
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



SOIXANTE-NEUVIÈME ANNÉE

1896

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1896

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La présentation par M. Duguet d'un malade atteint d'actinomycose et un rapport de M. Vallin sur le travail de MM. Dubousquet-Laborderie et Duchesne que nous avons publié (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1373), telle est la partie scientifique de cette séance, qui a été presque entièrement consacrée à l'élection d'un membre associé libre. Ainsi que nous l'avons annoncé, M. Blache a été élu après deux tours de scrutin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Les cils vibratiles des bactéries; les divers moyens de les mettre en évidence.

Par le docteur Paul REMLINGER,
Médecin aide-major, attaché au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

Si on dépose sur une lame une goutte d'une culture en bouillon de bacillus subtilis, de bacterium coli ou d'un grand nombre d'autres espèces microbiennes, qu'on recouvre d'une lamelle et qu'on porte au microscope (objectif 8 à sec), ces microbes se présentent sous forme d'éléments hyalins, animés d'un mouvement très vif. Souvent c'est un simple mouvement de translation; mais parfois les choses se compliquent : c'est ainsi qu'indépendamment de son mouvement de translation, le bacille d'Éberth présente un mouvement d'oscillation tout particulier, « secousse de vibration pour les petits bacilles, disent MM. Chantemesse et Widal, sorte de reptation pour les formes allongées ». C'est ainsi encore qu'on a pu distinguer au gonocoque un triple mouvement de progression, d'oscillation et de rotation. On sait, depuis les travaux de Koch, que la mobilité des bactéries est fonction de cils vibratiles. Tantôt le cil est unique; tantôt ils sont trois ou quatre, rassemblés à une même extrémité du bacille, agissant à la façon d'une hélice pour le faire progresser. Parfois ils sont au nombre de dix ou douze et se disposent régulièrement de chaque côté du corps bacillaire comme autant de paires de rames. Ajoutons que leur longueur peut être trois ou quatre fois celle du bacille.

En dépit du nombre des cils et de leur taille, c'est en vain que l'œil les cherche sur une préparation à l'état frais. Et si le microbe est coloré à l'aide des procédés ordinaires, ils échappent également. Difficilement colorables, ils ont besoin pour se colorer de procédés spéciaux basés sur l'emploi de puissants « mordants ». D'autre part, ils ne s'aperçoivent pas sur des préparations à l'état frais pour des raisons physiques que nous allons exposer en deux mots. La matière dont sont formés les cils est transparente. Elle l'est beaucoup plus que celle des bacilles plus épais, plus différenciés, qui la portent. Elle est à peu près du même degré de réfringence que l'eau. Dès lors, les cils sous-tendent pour l'œil un angle assez considérable. Et en vertu d'un théorème d'optique, leur éclat intrinsèque n'est ni augmenté, ni diminué par le passage au travers du système optique du microscope. Il n'est pas plus augmenté que celui du fond transparent sur lequel ils se projettent. Leur éclat relatif ne varie donc pas et ils restent invisibles, alors même que le grossissement les a amenés à sous-tendre pour l'œil un angle supérieur à celui que peuvent dédoubler les éléments rétiniens. Ils sont noyés par un phénomène d'irradiation analogue à celui qui rend pénible la lecture en plein soleil (1).

Quels sont donc les moyens de mettre en évidence les cils vibratiles des bactéries? Ces moyens sont au nombre de trois :

1° La photographie;
2° La coloration à l'état vivant;
3° La coloration après la mort du bacille.

1° La photographie sans coloration préalable a été surtout appliquée à la mise en évidence des cils vibratiles par Nehaüss (2). A ce que la plaque photographique réussisse là où notre œil échoue, il n'y a pas matière à surprise. Ainsi que le fait remarquer M. Duclaux (3), notre œil est moins sensible que la plaque photographique à des différences de transparence à la fois fines et importantes. Puis souvent l'éclairement intensif des préparations qui seul peut faire

(1) DUCLAUX. Analyse de l'atlas de Frænkel et Pfeiffer : « La représentation photographique des préparations de bactéries », *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1889.

(2) NEHAUSS. Sur l'existence d'un cil flagellé chez le bacille du choléra asiatique, *Centralbl. f. Bakt.*, 1889, t. V, p. 81, et *Anleitung zur Mikrophotographie*, Berlin 1887.

(3) DUCLAUX. Loc. cit.

apparaître certaines particularités de structure est insupportable à notre rétine. La plaque sensible ne doit subir qu'une très courte exposition à cette lumière vive, mais cela lui suffit. Nehaüss étale donc sur une lame une trace de la culture du bacille dont il veut photographier les cils; il la sèche et sans la colorer il la photographie à un grossissement de 1000 diamètres. Les cils d'un grand nombre de bactéries se photographient très aisément par ce procédé. Nehaüss éprouva plus de difficultés quand il voulut photographier les cils dont, avec raison, il supposait muni le vibrion cholérique. Il y réussit néanmoins et ce fut lui qui décrivit le premier le cil à forme de tire-bouchon, généralement unique, qui existe à une extrémité de ce vibrion. Pour ingénieux et pour fidèle que soit ce procédé, il n'en est pas moins vrai qu'en raison de l'outillage assez compliqué qu'il nécessite, il constitue un procédé d'exception, à la portée seulement de quelques privilégiés. Aussi nous suffisait-il de le signaler. Plus simple et plus pratique est la mise en évidence des cils vibratiles à l'aide des méthodes de coloration.

2° M. Straus (1) est arrivé à colorer des cils à l'état vivant à l'aide du procédé suivant : on prélève une parcelle d'une culture jeune en bouillon de vibrion du choléra et on la dépose sur une lame de verre. On y ajoute, en bien mélangeant, une goutte de fuchsine de Ziehl (2), ou mieux, à ce qu'il nous a semblé, de violet phéniqué de Nicolle. On recouvre d'une lamelle et on examine aussitôt à immersion. La réussite n'est pas fatale, sans qu'il soit bien facile de déterminer quelles conditions amènent l'échec. Mais dans les cas heureux, le spectacle qu'on a sous les yeux est un des plus saisissants que puisse offrir le microscope. Au milieu du liquide teinté en rose pâle ou en violet clair, on voit, animés d'un mouvement très vif, les microbes colorés de façon beaucoup plus foncée. Si on fixe avec un peu d'attention les microbes mobiles, on distingue à l'une des extrémités un cil unique, mince, coloré assez faiblement, mais surtout accusé par des grains foncés, disposés en série. Ces grains semblent plutôt fixés à la surface du flagellum que contenus à son intérieur. On dirait qu'en s'agitant au milieu du liquide, le flagellum a attiré à lui de petits grains de matière colorante qui, maintenant, lui adhèrent. Au bout de cinq à dix minutes, les bacilles deviennent immobiles; ils sont morts et les flagella sont beaucoup plus difficiles à voir. Ce procédé a donc l'inconvénient de ne pas fournir de préparations persistantes. Il ne s'applique du reste qu'au bacille du choléra et à quelques vibrions pseudo-cholériques (vibrion avicide, Finkler-Prior, Deneke). Avec les autres bactéries mobiles, le bacille d'Éberth et le bacterium coli, en particulier, les résultats sont toujours négatifs. Ce fait est à rapprocher de celui-ci, que les cils vibratiles des vibrions cholériques peuvent se colorer sans le secours d'aucun mordant. Souvent, en effet, nous avons réussi à les mettre en évidence à l'aide de ce procédé très simple : une trace de culture du bacille du choléra, diluée dans de l'eau, est étalée sur une lamelle bien propre, flambée au préalable. On sèche, on fixe; on laisse tomber quelques gouttes de fuchsine de Ziehl et on chauffe par-dessus la flamme-veilleuse du bec de Bünsen jusqu'à apparition de vapeurs. On lave; on met à nouveau de la fuchsine; on recommence cette opération trois ou quatre fois, après quoi on sèche et on monte directement dans le baume. Si maintenant, nous nous demandons pourquoi les cils du bacille du choléra se colorent plus facilement, nous pourrons peut-être hasarder l'interprétation suivante. En examinant avec soin et à un fort grossissement ce bacille coloré au Ziehl, on distingue une zone très fortement colorée, ayant les apparences d'un noyau. Tout autour est une zone plus pâle. C'est le protoplasma dont les cils émanent manifestement. Il n'y a pas de membrane d'enveloppe. Si on examine dans les mêmes conditions un bacille d'Éberth, on n'a pas l'impression de rapports aussi étroits entre le protoplasma et les cils vibratiles. Le bacille paraît entouré d'une membrane d'enveloppe dont les cils semblent des expansions, à moins qu'ils ne soient des filaments protoplasmiques qui se seraient frayé un passage au travers d'orifices percés dans la membrane. La difficulté qu'on éprouve à colorer les cils de certaines bactéries est peut-être liée à cette particularité.

3° Le procédé le plus habituel consiste à mettre les cils vibratiles en évidence après la mort du microbe. Une méthode colore ces cils après avoir mordancé leur paroi à l'aide d'une des nombreuses substances préconisées dans ce but. Une autre très élégante, due à Van Ermenghem, consiste à imprégner ces cils d'argent.

a. Koch le premier (1877) colora des cils vibratiles. Il traitait sa préparation sèche par l'extrait de bois de campêche, puis par le liquide de Müller. Quelques années plus tard, Nehaüss conseilla de faire bouillir cinq minutes la préparation avec de l'encre et de la laisser ensuite un quart d'heure dans une solution tiède et faible de chromate de soude. L'opération était recommencée trois, quatre fois, jusqu'à obtention du résultat voulu. Ces méthodes étaient défectueuses, inconstantes. Löffler (1), le premier, appliqua d'une façon raisonnée à la coloration des cils les mordants qui rendent tant de services dans l'industrie et réalisa ainsi un grand progrès. Il eut aussi le mérite d'attirer l'attention sur certaines précautions qu'il est nécessaire de prendre si on veut obtenir de belles préparations. Ces précautions ont été reconnues indispensables par tous ceux qui, plus tard, ont modifié la méthode initiale de Löffler. Nous allons les indiquer une fois pour toutes. Une parcelle de la culture à examiner doit être diluée dans une quantité notable d'eau stérilisée (2). Moins il y aura de bactéries sur la lamelle et plus la préparation sera élégante. La propreté de la lamelle doit être absolue; elle sera lavée à l'alcool, puis flambée de façon à ce que la goutte de la dilution s'étale naturellement à sa surface. Elle sera séchée à l'air et à l'abri de la poussière; aussi sera-t-elle tenue à l'aide de la pince de Cornet verticalement et non horizontalement. Ceci fait, on fixe en passant trois fois dans la flamme et on mordance à l'aide d'une encre de fuchsine ainsi composée :

Solution aqueuse de tannin à 20 p. 80.	10 c. cubes.
Solution aqueuse de sulfate ferreux saturée à froid..................	5 c. cubes.
Solution saturée de fuchsine dans de l'alcool absolu..............	1 c. cube.

On verse sur la lamelle une goutte d'encre de fuchsine et

(1) Straus. Sur un procédé de coloration à l'état vivant des cils ou flagella, Soc. de biol., 18 juin 1892.

(2) M. Straus dit : « Une goutte de Ziehl diluée dans III ou IV gouttes d'eau. » Nous n'avons jamais réussi avec une matière colorante aussi diluée.

(1) Lœffler, *Centralbl. f. Bakt.*, 1889, nos 8 et 9. — *Id.*, 1890, n° 20.

(2) L'eau ordinaire stérilisée est à employer de préférence à l'eau distillée.

on chauffe au-dessus d'une petite flamme jusqu'à émission de vapeurs. On lave à l'eau distillée, puis à l'alcool absolu. On colore à la fuchsine anilinée en chauffant avec précaution pendant une minute. On lave une dernière fois à l'eau; on laisse sécher et on monte dans le baume. Mais, d'après Löffler, il faut de plus, suivant l'espèce bactérienne à laquelle on a affaire, modifier la réaction du mordant en l'additionnant d'un nombre déterminé de gouttes d'alcali (sonde à 1 p. 100) ou d'acide (acide sulfurique à 2,25 p. 100), nombre constant pour chaque microbe. Nous aurons occasion de revenir sur ce point. Cette méthode, bien qu'un peu compliquée, a fait faire de grands progrès à l'étude des cils vibratiles. Elle a permis à Löffler de décrire les cils de la plupart des bactéries mobiles. Plus tard, elle a donné de bons résultats entre les mains d'Ali-Cohen (1), à qui elle a permis de trouver les cils du micrococcus agilis, de Sakharoff (2) qui, grâce à elle, a mis en évidence, sur un bacille rencontré par lui dans les selles d'un cholérique (bacillus asiaticus), la présence de cils spiralés fort intéressants. Enfin, la plupart des procédés que nous allons avoir à mentionner maintenant dérivent du procédé de Löffler. Trenkmann (3) mordance la paroi par un séjour de dix à douze heures dans une solution de tannin à 2 p. 100, additionnée de 1 ou de 2 millièmes d'acide chlorhydrique. Puis, il la plonge pendant une heure dans une solution saturée d'iode. Il colore ensuite par un autre séjour de trente minutes dans une solution de violet de gentiane aniliné. Sclavo (4) mordance la préparation en la plongeant une minute dans un bain contenant 1 gramme de tannin dans 100 centimètres cubes d'alcool à 50. Il la lave et la mordance à nouveau en la portant dans un autre bain formé d'une solution aqueuse d'acide phospho-tungstique à 5 p. 100. Il lave rapidement, laisse trois à cinq minutes dans le bain colorant d'Erlich. Il lave à nouveau, sèche et monte. Nous passons rapidement sur les modifications apportées à la méthode de Löffler, par Ludwig Lutschkée (5) (simple substitution de l'acétate de fer au sulfate ferreux de l'encre de Löffler), de Rémy et Lugg (6) (mordançage quinze à trente minutes à froid, coloration à l'étuve au violet de gentiane), pour décrire les modifications plus importantes que lui ont apportées MM. Nicolle et Morax (7). Ces auteurs ayant acquis la conviction que, dans la méthode de Löffler, l'acidification ou l'alcalinisation du mordant ne jouaient aucun rôle, les ont supprimées. Ils emploient de préférence les cultures fraîches sur gélose, puis — point capital — ils font agir le mordant d'une façon fractionnée. Ils versent sur la lamelle une goutte de l'encre spéciale de Löffler dont ils respectent la formule; ils chauffent doucement jusqu'à léger dégagement de vapeur, puis lavent à grande eau; ils recommencent trois ou quatre fois cette opération pour obtenir un mordançage suffisant; enfin, ils colorent pendant une demi-minute à chaud avec le liquide de Ziehl ou le violet de gentiane aniliné. Cette méthode de MM. Morax et Nicolle est excellente. Ils l'ont appliquée avec succès à l'étude des cils du bacille du choléra et des vibrions pseudo-cholériques. Plus tard, elle a permis à M. Ferrier (1), répétiteur à l'École de santé militaire de Lyon, de décrire un cil vibratile au microbe de la pneumo-entérite infectieuse du porc ou hog-choléra. Elle lui a permis également de modifier l'opinion qui, depuis Koch, avait cours sur les cils vibratiles du bacillus subtilis. Ce n'est pas un cil, en effet, mais une touffe de cils que ce bacille possède à chacune de ses extrémités. Cependant, une petite imperfection du procédé de MM. Nicolle et Morax tient à ce qu'au cours des mordançages et des lavages qui les suivent un peu de mordant adhère à la pince de Cornet et s'écoule sur la face inférieure de la lamelle. Il s'ensuit un louche dans la préparation. On obvie à cet inconvénient, comme l'indique, dans ses conférences de l'Institut Pasteur, M. le docteur Borrel, en faisant sa préparation non sur une lamelle, mais sur une lame tenue à la main et en rinçant cette lame à fond après chaque mordançage. Un dernier procédé de coloration de cils basé sur l'emploi des mordants est dû à M. Bünge (2). Bünge emploie le mordant suivant :

Solution aqueuse saturée de tannin. .	3 parties
Solution de sesquichlorure de fer à 1/20	1 partie

à 10 centimètres cubes de ce mélange, ajouter 1 centimètre cube de solution concentrée de fuchsine.

Ce mordant n'est à employer qu'après quelques semaines d'exposition à l'air libre, alors que sa coloration de bleu violacé est devenue brun-rougeâtre. Si on est pressé, on peut obtenir artificiellement cette teinte brun-rougeâtre, caractéristique de la maturation, en ajoutant goutte à goutte à un mordant vieux seulement de quelques jours, 3 p. 100 de son poids d'eau oxygénée (3). Mais le mordant obtenu de cette façon s'altère très rapidement et ne peut être conservé. La lamelle étant fixée, on fait tomber quelques gouttes du mordant filtré. On laisse agir cinq minutes; après quoi on lave doucement, on sèche et on colore à la fuchsine phéniquée en chauffant légèrement. On lave et on monte.

b. Le procédé de Van Ermenghem (4) diffère considérablement des procédés précédents basés sur l'emploi des mordants. On pourrait l'appeler procédé de l'argent ou encore procédé photographique. Van Ermenghem commence par fixer la lamelle dans un bain ainsi composé :

Acide osmique à 2 p. 10..............	1 partie
Tannin à 20 p. 100....................	2 parties
Acide acétique .... IV à	V gouttes

à froid, il est nécessaire que la lamelle plonge dans ce bain pendant une bonne demi-heure, à 60 degrés, 5 minutes suffisent. Il lave et plonge la lamelle pendant 3 à 10 secondes dans une solution de nitrate d'argent à 0,5 p. 100. Les contours des cils se trouvent bien délimités par l'argent. On ne lave pas, mais on plonge immédiatement la lamelle dans un bain réducteur, ainsi composé :

(1) Ali-Cohen. *Centralbl. f. Bakt.*, t. VI, p. 33.

(2) Sakharoff (de Tiflis). *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895, p. 550.

(3) Trenkmann. *Centralbl. f. Bakt.*, 1890, t. VI, nº 16, et 1891, t. VIII, nº 13.

(4) Sclavo. *Hyg. Rundschau*, III, 21, p. 950.

(5) L. Lutschkée. *Centralbl. f. Bakt.*, 1892.

(6) Remy et Lugg. *Travaux du laboratoire de l'Université de Gand*, 1892.

(7) Nicolle et Morax. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893.

(1) Ferrier. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1895.

(2) Bunge. Nouvelles communications sur la coloration des cils, *Fortschrift der Medicin*, t. XII, p. 929 et 462.

(3) La maturation des solutions d'hématoxyline consiste, comme l'a démontré Mayer, en une oxydation de la matière colorante. C'est guidé par cette analogie que Bunge s'est demandé s'il ne serait pas possible de hâter la maturation de son mordant en l'oxydant. De tous les agents d'oxydation, l'eau oxygénée est seule à lui avoir donné de bons résultats.

(4) Van Ermenghem. *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1893, p. 231-236.

Acide gallique	5	grammes.
Tannin	3	—
Acétate de soude fondu	10	—
Eau	350	—

L'argent étant réduit, on lave ; on renforce la coloration des cils en plongeant à nouveau la lamelle dans une solution de nitrate d'argent et on passe à nouveau dans le bain réducteur.

Le procédé de Löffler, modifié par Nicolle et Morax, le procédé de Büngе et le procédé de Van Ermenghem sont également recommandables. Ce sont les procédés de choix pour la coloration des cils, et il est difficile de se prononcer entre eux. On peut dire, cependant, que la méthode de Van Ermenghem, dont la réussite est un peu plus délicate, donne en revanche les préparations les plus élégantes.

Si maintenant nous voulons résumer en quelques mots les notions qui ont été acquises sur les cils vibratiles, grâce à ces divers procédés de mise en évidence, nous voyons qu'il est absolument prouvé que la mobilité des bactéries est liée à la présence des cils. La mobilité se rencontre surtout chez les bacilles et les vibrions. Aussi, est-ce chez eux qu'on trouve le plus souvent des cils vibratiles. Le micrococcus agilis fait exception. Il est mobile, ainsi que son nom l'indique, aussi est-il pourvu d'un cil. Nous avons vu qu'il avait été découvert par Ali-Cohen. La longueur des cils vibratiles est très variable. Généralement, elle est de trois ou quatre fois celle du corps bacillaire; mais parfois [bacillus asiaticus (1)], la longueur des cils est telle qu'ils traversent tout le champ du microscope. Elle est, du reste, susceptible de varier dans des proportions considérables pour une même espèce bactérienne. M. Ferrier (2) a vu que le bacterium coli, cultivé à la température ordinaire sur gélatine ou sur agar, émettait souvent des prolongements considérables. Par contre, après plusieurs passages à travers l'organisme vivant, la longueur des cils du cocco-bacille de la pneumo-entérite infectieuse se trouve diminuée de moitié. Les cils vibratiles sont rarement rectilignes; presque toujours ils sont ondulés ; ils prennent l'aspect d'un tire-bouchon (bacille du choléra) ou plus souvent d'un fouet. D'où le nom de flagellum qui leur est souvent donné. Presque toujours aussi ils sont composés d'un seul filament. M. Sakharoff a décrit cependant, chez le bacillus asiaticus, des cils composés formés d'un certain nombre de filaments enroulés les uns autour des autres comme la lanière d'un fouet. Quant au nombre des cils vibratiles, il varie beaucoup selon les espèces microbiennes. Un certain nombre de microbes n'ont qu'un cil situé à une extrémité. D'autres en ont deux, un à chaque bout. Chez d'autres, c'est une touffe qui se trouve à chaque extrémité, ou bien le bacille est entouré d'un véritable chevelu. Plus rarement, les cils sont disposés régulièrement de chaque côté du corps bacillaire comme autant de paires de rames. Le nombre des cils varie beaucoup aussi pour une même espèce microbienne et chez un même individu. En effet, un microbe jeune a beaucoup de cils; il les perd en vieillissant. D'où l'indication d'examiner toujours une jeune culture quand on veut étudier les cils vibratiles d'un microbe. Il varie pour une même espèce car, ainsi que le fait remarquer M. Ferrier, sur une préparation, à côté de microbes très ciliés, on voit des individus ne présentant qu'un cil ou deux, et l'existence de cils épars au milieu de la préparation n'explique pas cette inégalité apparente dans la répartition, les cils ainsi détachés étant beaucoup moins nombreux que les microbes. M. Ferrier a vu aussi que l'élévation de la température, les antiseptiques, le passage à travers l'organisme, sont capables de diminuer ou même de faire disparaître complètement les cils d'une bactérie. Étant donné ce pléomorphisme, on comprend sans peine quelle valeur restreinte possède un caractère différentiel entre deux microbes, basé sur leur plus ou moins grand nombre de cils. On conçoit quelle valeur plus restreinte encore il convient d'attribuer à une classification des bactéries basée sur le nombre et la disposition des cils. Cette classification a cependant été proposée à Naples par Di Messea (1).

Enfin, pour ce qui est de la nature des cils vibratiles, nous avons vu qu'ils devaient être considérés comme des prolongements du protoplasma bactérien. Nous n'avons fait de réserve que pour quelques espèces dont les cils pourraient être des émanations de la membrane d'enveloppe s'ils ne sont pas des filaments protoplasmiques qui se seraient frayé un passage au travers d'orifices percés dans cette membrane.

(1) Sakharoff. Loc. cit.
(2) Ferrier. Loc. cit.

(1) Di Messea. Contribution à l'étude des cils des bactéries et proposition d'une nouvelle classification basée dessus, *Rivista d'ig. et sanita publica*, 1re année, et *Hygien Rundschau*, t. I, p. 297.

HÉMATOCÈLE SOUS-PÉRITONÉO-PELVIENNE

TRAITÉE PAR L'INCISION ISCHIO-RECTALE ET LA DÉCORTICATION DE LA POCHE (2)

Par le docteur Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'histoire de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne est encore trop incomplète pour qu'il ne soit pas utile d'en recueillir et d'en analyser tous les faits. Celui que M. Lejars présente au Congrès est l'observation d'une femme de quarante-sept ans, qu'il a opérée, à la Pitié, en 1894.

Jusqu'à quarante-deux ans, sa santé avait été parfaite; elle avait eu deux grossesses, sans accident, elle était bien réglée. Une métrorragie, qui survint bruyamment, sembla marquer le début de l'affection actuelle : dès lors, la menstruation devint très irrégulière, toujours accompagnée de douleurs vives et d'une gêne croissante de la miction et surtout de la défécation. Il y a un an, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur au-dessous de la fesse gauche, tumeur qui, depuis, n'a fait que s'accroître.

Voici ce que l'on constate : au niveau de la fosse ischio-rectale droite, les téguments sont soulevés, par une bosselure arrondie, aussi grosse que le poing, recouverte par une peau légèrement violacée, rénitente plutôt que fluctuante. Ce n'est que le pôle inférieur d'une vaste poche, que l'on retrouve par l'exploration du rectum, du vagin et de la fosse iliaque.

La paroi latérale droite du rectum est soulevée par une masse épaisse qui en obstrue presque entièrement la lumière. Dans le vagin, toute la hauteur de la paroi postéro-latérale est occupée par une volumineuse tumeur qui rend le toucher très difficile : l'utérus, de volume normal, est fortement remonté et se sent nettement au-dessus du pubis. Enfin la fosse iliaque droite est remplie, dans sa moitié

(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1260.

inférieure, par l'énorme poche, dont la topographie est ainsi déterminée.

Une ponction, pratiquée par M. Lapointe, interne des hôpitaux, avait ramené un liquide brunâtre, évidemment hématique. L'on était donc en présence, selon toute probabilité, d'une hématocèle sous-péritonéo-pelvienne.

Le 7 septembre, M. Lejars attaqua la tumeur par la région ischio-rectale; il fit, à trois travers de doigt, en dehors de l'anus et de la fourchette, une incision antéro-postérieure de 10 centimètres, qui lui permit d'ouvrir presque aussitôt la poche : il sortit environ 1 litre d'un liquide épais, couleur chocolat, mêlé de gros caillots noirs. La cavité, une fois vidée, remontait à une profondeur de près de 20 centimètres; elle était close de toutes parts.

M. Lejars se mit en devoir de décortiquer la paroi. Ce fut surtout à la partie supérieure et en dedans, au niveau de la paroi rectale, que les difficultés furent grandes; pourtant, à mesure que la poche était libérée, les tractions exercées sur elle abaissaient son cul-de-sac supérieur, qui devenait de plus en plus accessible; il constata, au cours de ce long travail, que la poche avait refoulé et dissocié le releveur de l'anus, dont les fibres éparpillées recouvraient sa face externe. Enfin, la décortication s'acheva sans incident : la cavité, partiellement rétrécie par des sutures, fut tamponnée à la gaze salolée.

Les suites de l'opération furent traversées par un incident, que l'amincissement de la paroi rectale, en quelques points, était de nature à faire craindre, et que M. Lejars aurait évité en ne poursuivant pas la dissection à ce niveau et en laissant adhérents au rectum les segments de la poche qui lui étaient trop intimement soudés : une fistule stercorale s'établit au quatrième jour. La guérison n'en eut pas moins lieu, sans autre complication : un mois après, la fistule stercorale fut opérée et, plus tard, deux petites interventions complémentaires achevèrent de faire disparaître, à peu près complètement, la légère incontinence qui avait persisté.

L'examen de la poche et de son contenu n'a donné aucun résultat intéressant. M. Lejars se gardera donc de formuler aucune hypothèse pathogénique. Il insistera seulement sur la localisation exacte de la collection sanguine sous-péritonéo-pelvienne. Le relief qu'elle dessinait au niveau de la fosse ischio-rectale semblait commander la voie à suivre; du reste, cette voie ischio-rectale doit être tenue pour très favorable, puisqu'elle lui a permis de décortiquer la paroi dans sa totalité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre 1895. — Présidence de M. Empis.

RAPPORT

De la diminution de la fièvre typhoïde à Saint-Ouen. — M. Vallin fait un rapport sur une communication de M. Dubousquet-Laborderie (voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 1373).

Dans ses conclusions, M. Vallin fait observer qu'une période de trois ans est un peu courte pour affirmer qu'il ne s'agit pas d'une série heureuse.

PRÉSENTATION

Actinomycose. — M. Duguet présente un malade atteint, depuis trois mois, d'actinomycose de la face et du maxillaire inférieur. C'est un blanchisseur de Courbevoie qui soigne un cheval. La porte d'entrée paraît avoir été une dent molaire. Le malade est soumis au traitement par l'iodure de potassium et est en voie d'amélioration.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la section des associés libres.

Au deuxième tour de scrutin, M. Blache est élu par 46 voix sur 82 votants.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres complètes du docteur E. Reliquet (1), réunies et publiées par A. Guépin.

C'est une réédition des travaux de Reliquet sur les maladies des voies urinaires. L'ordre chronologique a été à peu près suivi par le docteur Guépin. Les premiers volumes contiennent le *Traité des opérations* et les *Leçons sur les maladies des voies urinaires*; d'autres, les mémoires et les communications faites aux Sociétés savantes; les derniers renferment les publications communes de MM. Reliquet et Guépin sur les *Faux rétrécissements de l'urèthre* et *Glandes de l'urèthre*.

L'auteur s'est efforcé de donner à cette publication le caractère que M. Reliquet désirait lui voir conserver; il n'a ajouté aucune note qui ne fût indispensable et s'est borné à modifier ou même atténuer quelqu'une des opinions émises dans les premiers travaux. Certains points ont été présentés sous un jour plus nouveau.

L'opération du trépan (2), par F. Terrier et M. Péraire.

Ce petit traité est un aperçu succinct de l'histoire de la trépanation du crâne, dans les temps préhistoriques, dans l'antiquité, le moyen âge et l'époque moderne. C'est le résumé des leçons du professeur Terrier, remis au courant de la technique.

Ce travail est borné à l'étude de l'opération en elle-même; grâce aux dessins de M. Péraire, le lecteur peut avoir une idée, aussi exacte que possible, des nombreux instruments utilisés pour la trépanation du crâne.

Les auteurs ont emprunté, à la chirurgie opératoire du système nerveux de Chipault, les notions sur les opérations nouvelles destinées à remplacer, compléter ou perfectionner l'opération classique du trépan.

Dans leur quatrième chapitre, MM. Terrier et Péraire tracent le tableau des indications et des contre-indications du trépan, au moins à l'époque actuelle. Cette étude est d'ailleurs courte, car les auteurs ont voulu surtout rester dans le domaine presque exclusif de la médecine opératoire.

Suture intestinale. — Dans le numéro du 2 janvier, M. Thiénot nous a décrit une technique intéressante de suture intestinale. Il utilise une carte de visite roulée en tube, qui sert de tuteur aux parois de l'intestin sectionné : M. Thiénot désire être reconnu l'inventeur de ce procédé, mais s'il veut bien se reporter aux traités de Nélaton et de Malgaigne, il trouvera déjà décrit le procédé dit de « *la carte vernissée* ».

(1) 5 vol. in-8°. Prix : 32 francs. — Paris, Battaille et Cie.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris est terminé. Les nouveaux externes, dont les noms suivent, entreront en fonction le 1er février prochain.

1. MM. P. Duval, Lœfer, Girard, Tridon, J. Heitz, Bosvieux, Katz, Pécharmant, E. Guihal, Clavé.

11. E. Benoît, Gadaud, Gourand, Le Gambier, Assicot, Salomon, Mermier, Alexandre, d'Herbécourt, Grégoire.

21. Fossard, L. Legrand, Roubaud, Vivier, M. Heitz, P. Lebreton, Alquier, Legay, Bailey, Alglave.

31. Belgrand, Bender, Decherf, Méheut, Thoyer, Bernheim, Menu, Theuveny, Vaugean, Tissot.

41. Guillain, Gueyesse, Regnard, Poujade, Clerc, Loin, Guessarian, Guenot, Fresson, Poulain.

51. Babonneix, Saurain, J. Desvaux, Balthazard, Bonfils, Larigaudry, Guéry, Chalochet, Cotar, G. Picard.

61. Hallopeau, Théohari, Bizot, Viteman, Barbin, Girbe, R. Follet, Bauny, Mauger, P.-J. Petit.

71. Ménier, H. Millon, Minet, J. Monod, Blondin, Jeannin, P. Darbois, Bacaloglu, Troisier, Coyon.

81. de Lacroix de Lavalette, Ballet, P. Mayer, Deck, Gaukler, Loiseau, J. Jamet, Hugé, Hivet, Courtellemont.

91. Tardif-Bardinet, Saison, Jacques Thomas, Reynaud, C. Michaut, Dropet, Merlet, Ducroquet, Foisy, Marais.

101. Hanotte, Cels, Inglessi, Berton, Mlle Pariselle, G. Michaux, Bluysen, Schultz, Blandin, Bergouignan.

111. Aubourg, Marcille, Leroy, Jullien, Elias, Debret, Cochemé, Duclaux, Chomet, Brinon.

121. Willard, Ungauer, Mme Romanescu, Piot, Monthus, Mlle Marein, Beaujard, Audebal, Guillermin, Grenet.

131. Géraud, Bobo, Garoflied, Morfaux, Galca, Froussard, Bénéteau, Lobligeois, Thorel, Parent.

141. J. Vaillant, Lance, Carton, Chalmette, de Font-Réaulx, Lecœur, Degrenne, Lequeux, Letellier, Dionis du Séjour.

151. Mlle Cohn, Cathelin, Charpentier, Vernet, Zimmern, J. Lévy, Moret, Zannelis, Robin, Roy.

161. Bloch, Robillard, Soulier, Robert, Henriot, Imbault, Heller, P. Renault, Rellay, Pédebidou.

171. Bleynie, Delestre, J. Gagey, Giffard, H. Dubois, Neveu, Moureyre, Diel, Ligerot, Henri Le Roux.

181. G. Milon, Masbrenier, Detot, Decorse, Delamare, Talandier, J. Fournié, Mannoni, Manet, J.-P. Dupuy.

191. Sabatié, Poutchkow, Kuhn, Iselin, Chaillous, Cache, Audion, Beauvy, H. Guillot, Mettey.

201. de Closmenil, Delaunay, Méret, Wagon, Genton, Picandet, Boricaud, Bertrand, Marcel, Schachmann.

211. Barrieu, Fromageot, Fossier, Dambrin, Thoizon, Sébilleau, Lagrange, Brocard, A. Boullet, Sainton.

221. Wahl, Mahar, Delherm, A. Chevallier, M. Adeline, Moulon, Pauly, Dardeau, L. Roques, Guillot.

231. Crotet, Lochelongue, Chalret du Rieu, Le Couëdic, L. Vaillant, Louste, Arnal, Génévrier, P. Guibal, Juquelier.

241. Lambert, Voisin, Biard, Edwards, Ganault, Duc-Dodon, C. Durand, Pourtié, Judet, Daverède.

251. Javal, Couzin, Gottschalk, Coittier, Planchon, Léculier, Percheron, Néret, P. Mathieu, Maricot.

261. Deletré, Peaudecerf, Ruelle, Delage, Weber, Lacasse, Halgan, Zamfiresco, Artaud, Trastour.

271. Bruder, Bodin, Bougon, Blum, M. Bloch, E. Bloch, J. Surrel, Sersiron, Forestier, Duclos.

281. Mainot, Marmasse, Guérin, Ravary, Brissart, Achille Audy, Desgranges, Mlle Mugnier, L. Renault, Reliquet.

291. Hayem, Haret, Fachatte, M. Labussière, Martial, Lopès, Chapotin, Cailloué, Guerbé, Abrant.

301. Bousquet, Blavot, J. Andrieu, Gibert, Glaize, Thibault, Froin.

— Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Lepage, pour l'emploi (provisoirement) de médecin-chef à l'hôpital militaire de Bordeaux.

MM. les médecins-majors de première classe Nicaud, pour l'hôpital militaire de Marseille; Mareschal, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Pouchet, pour le 9e d'infanterie; Passabosc, pour ordre à l'hôpital militaire de Toulouse; Demandre, pour le 157e d'infanterie; Boutié, pour le 18e d'artillerie; Bouchoir, pour le 28e d'artillerie; Bassompierre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Kleimpetter, pour le 96e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Biéchy, pour le 108e d'infanterie; Jouanno, pour le 62e de même arme; Richard, pour le 155e de même arme; Boutry, pour le 105e de même arme; Renaut, pour le 72e de même arme; Gauthier, pour le 3e dragons; Courtot, pour le 16e escadron du train; Uffoltz, maintenu au 4e tirailleurs; Beylier, pour le 5e chasseurs d'Afrique; Février, pour le 4e chasseurs à cheval; Gruson, pour le 2e bataillon d'artillerie à pied; Fargin, pour le 14e dragons; Chevalier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Danjou, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Lafforgue, pour le 20e d'infanterie; Benoist, pour le 63e de même arme; Cuche, pour le 4e hussards; Armynot du Châtelet, pour le 92e d'infanterie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite du décès de M. Jules Levrat, chirurgien-major de la Charité, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie.

M. Auguste Pollosson passe de l'Hôtel-Dieu à la Charité dont il devient chirurgien-major. — M. Vallas passe de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu. — M. Jaboulay, chirurgien-major désigné, entre en fonctions à l'hôpital de la Croix-Rousse.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Livon, professeur de physiologie, est maintenu pour trois ans, à dater du 27 décembre 1895, dans les fonctions de directeur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raymond (d'Eymoutiers).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de l'Agence des voyages économiques :

Excursion en *Palestine* et *Égypte* (du 7 janvier au 12 février 1896). — Itinéraire : Paris, Marseille, Alexandrie, Jaffa, Jérusalem, Jéricho, Port-Saïd, Le Caire, pyramides de Ghizeh, Héliopolis, Alexandrie, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 1 900 francs; 2e classe, 1 680 francs.

Excursion en *Algérie* et *Tunisie* (du 21 janvier au 24 février 1896). — Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Bougie, Sétif, Constantine, Biskra, Batna, Hammam-Meskoutine, Bône, Tunis, Sousse, Kairouan, Tunis, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 1 180 francs; 2e classe, 1 080 francs.

Excursion en *Italie* et sur le *Littoral méditerranéen* (du 24 janvier au 23 février 1896). — Itinéraire : Paris, Turin, Milan, Vérone, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pise, Gênes, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Nice, Cannes, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 905 francs; 2e classe, 805 francs.

Les prix ci-dessus comprennent : le transport en chemin de fer, les passages à bord des paquebots, le logement, la nourriture pendant toute la durée du voyage, etc., sous la responsabilité de l'Agence des voyages économiques.

Les souscriptions seront reçues aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.
ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, Collin et Cie, 49, rue de Maubeuge.

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

CAPSULES & DRAGÉES
Au Bromure de Camphre
du Docteur Clin

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut « produire une sédation énergique sur le « système circulatoire et surtout sur le « système nerveux cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces.» *(Gaz. Hôp.)*
« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations « faites dans les hôpitaux de Paris.» *(Un. Méd.)*
Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur.
Maison CLIN & Cie, à Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR

Le **RICINOL REYNAUD** *n'est autre chose qu'une gelée d'huile de ricin naturelle, aromatisée et sucrée, complètement privée de son odeur désagréable et de son goût nauséabond. Soluble dans l'eau et dans tout autre liquide c'est le purgatif le plus agréable, le plus sûr et le mieux accepté par les enfants et les personnes délicates.*

Chaque flacon contient exactement 30 gr. d'huile de ricin, dose largement suffisante pour purger une grande personne — deux à trois cuillerées à café pour les enfants.

Prix du Flacon : 1 fr. 25. — Phie DEVAUX, 128, Aven. Parmentier, Paris et dans toutes Pharmac.
Vente en Gros : **9 et 11, Rue de la Perle, Paris.**



CARBONATE DE GAÏACOL

MARQUE GRIFFON

Marque **"GRIFFON"**
GARANTI CHIMIQUEMENT PUR
DE LA FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
HOFFMANN, TRAUB & Cie
Bâle (Suisse)



Hoffmann, Traub & Cie
BALE (Suisse).

Le Carbonate de Gaïacol, Marque **GRIFFON**, n'irrite pas, comme le *Gaïacol*, les voies digestives et est facilement supporté par les malades.
En vente dans toutes les grandes Drogueries.
Prière à MM. les Pharmaciens d'exiger la MARQUE GRIFFON
Vente en Gros : **HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue St-Antoine, PARIS**



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE
ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*

AIROL

MARQUE GRIFFON

ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.



Hoffmann, Traub & Cie
BALE (Suisse)

L'**AIROL** n'est pas toxique, est inodore.
L'**AIROL** est un cicatrisant des plaies.
L'**AIROL** n'irrite pas les muqueuses.
L'**AIROL** est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.
En vente dans toutes les Drogueries.
Vente en Gros : **HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS**

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.
Prix du flacon : 4 francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ** Mariani est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ** Mariani est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ** Mariani peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et tles phies.

LE TRAUMATOL (iodocrésine)

Présenté à la Société de Chirurgie** (Séance du 30 Octobre) **et employé depuis deux ans dans les Hôpitaux de Paris, a été reconnu supérieur comme antiseptique et anesthésique à l'Iodoforme.

LE TRAUMATOL est sans odeur, non caustique. Il se prépare sous toutes les formes : POUDRE, GAZE, OVULES, EMPLATRE, CRAYONS, VASELINE, COLLODION, GLYCERINE. Il est donc appelé à rendre de très grands services en Chirurgie, en Gynécologie et dans les affections de la peau.

Pharmacie CHEVRIER, 21, Faubourg Montmartre, PARIS.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME, MALADIES DES OS, CACHEXIES, SCROFULES, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX

DOSES : 1 cuill. à bouche chez les adultes ; 1 cuill. à café chez les enfants du 1er âge ; 2 cuill. à café de 6 à 12 ans, au moment des deux principaux repas, dans de l'eau sucrée ou coupée de vin. **PRIX : 2 fr. 50 le flacon.**


GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— LYON —
KELENE
CHLORURE D'ETHYLE PUR
Application du Profr Dr C. REDARD
Pour prix et litterature demander le prospectus
Brevetés.g.d.g.

N° 4. — JEUDI 9 JANVIER 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 9 JANVIER 1896. — N° 4.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Empis, en quittant le fauteuil de la présidence, a fait le résumé traditionnel des travaux de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler. A en juger par ce résumé, la somme de travail fournie par la savante compagnie serait encore assez considérable. Mais combien peu de discussions, combien peu de travaux originaux ! Après un mot de souvenir pour les morts, des souhaits de bienvenue pour les nouveaux élus et un juste tribut d'éloges aux membres du dernier bureau, M. Empis a cédé le fauteuil à M. Hervieux, qui a remercié, à son tour, l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait et remercié, au nom de l'Académie, M. le président sortant. La séance a été levée sur cet échange de congratulations.

NOUVEAU BOUTON ANASTOMOTIQUE
POUR LES OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

Par M. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Le nouveau bouton anastomotique que je présente, vu de face, a la forme d'un anneau elliptique, et est percé au

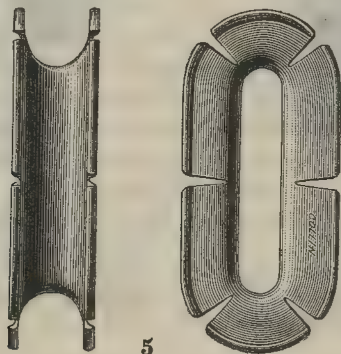


FIG. 1. — Bouton n° 5 vu de profil (figure de gauche) et de face (à droite).

centre d'un orifice allongé, mesurant cinq millimètres de large sur trente millimètres de long. De profil, ses bords ont la forme d'une gouttière circulaire qui mesure dix millimètres de large et huit millimètres de profondeur. L'appareil est en étain pur ; les lèvres de la gouttière présentent de chaque côté trois incisures et les lames séparées par ces incisions sont minces et peuvent facilement s'écarter ou se rapprocher par pression des doigts, agrandissant ainsi ou diminuant la largeur de la gouttière (voir fig. 1).

Voici comment on emploie cet appareil. Supposons qu'il s'agisse d'une entéro-anastomose. Je fais d'abord sur chaque anse une incision longitudinale suffisante pour le passage du bouton.

Je borde chaque orifice intestinal avec une suture en bourse, et je serre cette suture en bourse qui s'enfonce au fond de la gouttière circulaire de mon bouton.

Je place ensuite une autre suture en bourse sur l'autre orifice intestinal et je serre également cette suture dans le fond de ma gouttière, dont une lèvre se trouve dans une anse et l'autre dans l'anse voisine (voir fig. 2).

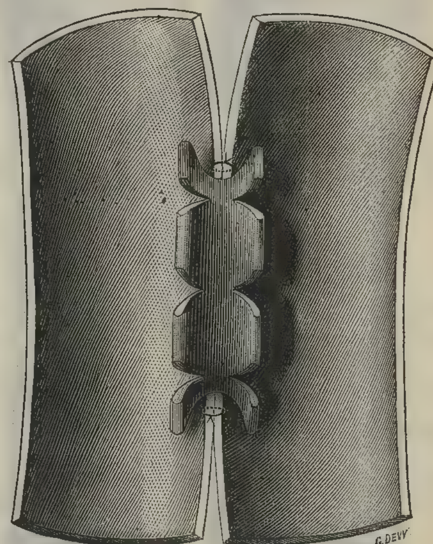


FIG. 2. — Idée générale de l'opération. Coupe représentant le bouton en place. La gouttière n'est pas serrée.

A travers les parois intactes, je rapproche avec les doigts les lèvres de la gouttière. Ce serrage fait l'effet d'un véritable étage de sutures, car les lames, une fois serrées, ne s'écartent plus que difficilement (voir fig. 3).

Par précaution je place en outre autour du bouton quelques points de suture séro-séreux, complémentaires, espacés les uns des autres d'un centimètre environ.

Il existe une seconde manière d'appliquer le bouton,

beaucoup plus correcte et plus rapide, mais un peu plus difficile, non pas à exécuter mais à décrire.

Voici cette manière, qui est la seule bonne au point de vue technique.

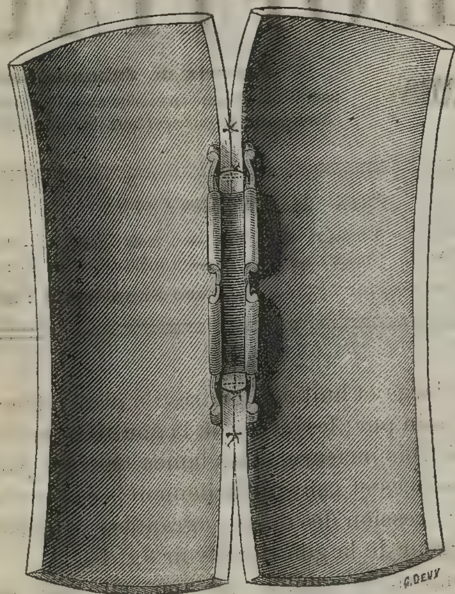


Fig. 3. — Même figure que la précédente. La gouttière est serrée.

Je commence par placer une suture en surjet sur toute la longueur des lèvres postérieures de l'entéro-anastomose et je noue les deux chefs du fil au fond de la gouttière de mon bouton (voir fig. 4).

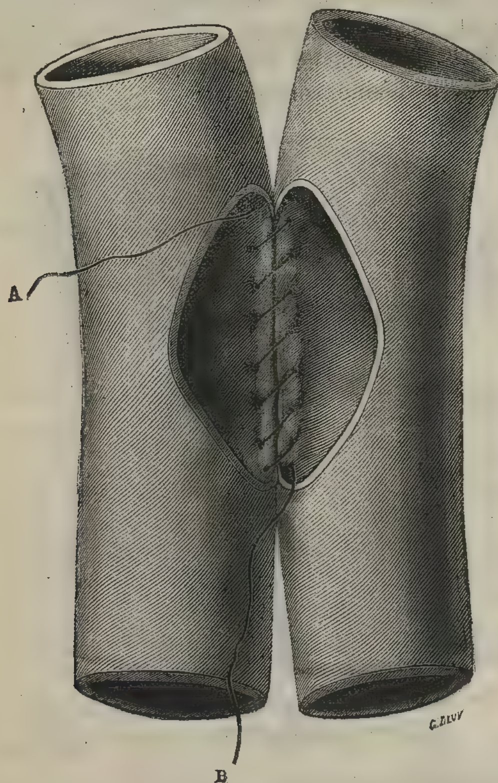


Fig. 4. — Exécution du surjet sur les lèvres postérieures de l'anastomose avec le fil AB.

J'engage alors le milieu d'un autre fil dans la gorge postérieure de la gouttière et avec le chef supérieur de ce second fil j'exécute un surjet sur les lèvres antérieures de l'anastomose. Je noue ensuite les deux chefs de ce second fil (voir fig. 5, 6 et 7).

Il ne me reste plus qu'à rapprocher les bords de la gouttière et à placer la suture de sûreté, comme il a été dit plus haut.

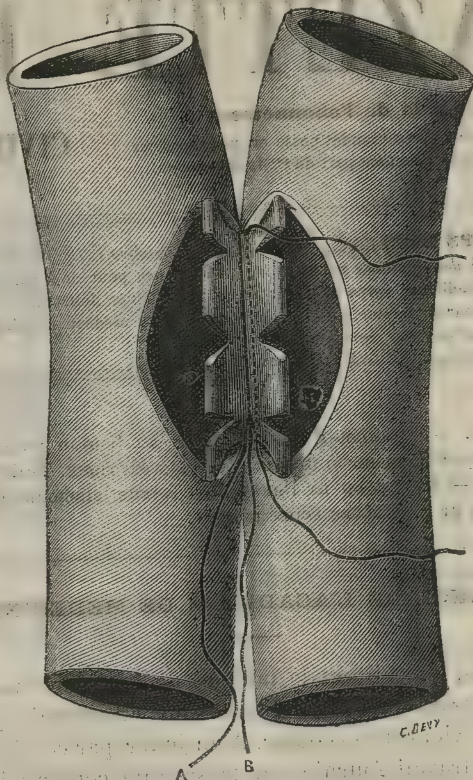


Fig. 5. — Le fil AB a été noué au fond de la gouttière. On a passé le fil CD dans la gorge postérieure de la gouttière.

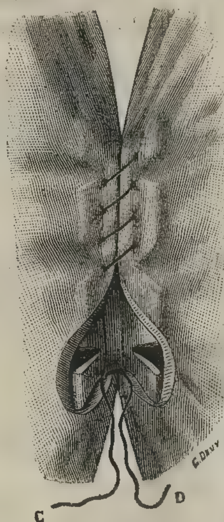


Fig. 6. — Le fil AB de la figure précédente a été omis intentionnellement. Avec le chef C du fil CD on exécute un surjet sur les lèvres antérieures de l'anastomose.

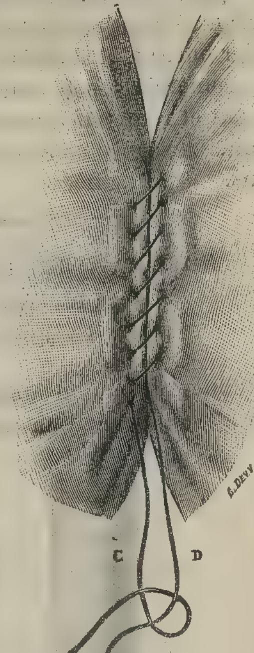


Fig. 7. — Le surjet des lèvres antérieures exécuté avec le chef C du fil CD est terminé. On noue ensemble les chefs C et D.

Il existe cinq modèles de ce bouton :

N° 1, pour la cholécystentérostomie ;
Nos 2 et 3, suture circulaire de l'intestin grêle ;
N° 4, suture circulaire du gros intestin ;
N° 5, pour la gastro-entérostomie et l'entéro-anastomose.

La suture circulaire s'exécute de la même façon que l'entéro-anastomose, on se comporte vis-à-vis des orifices circulaires exactement comme on fait pour ceux de l'entéro-anastomose.

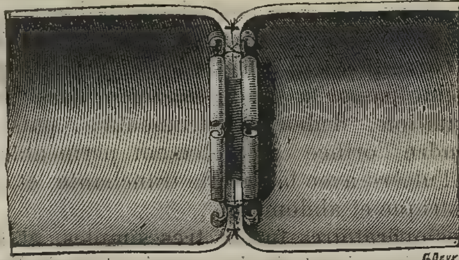


Fig. 8. — Suture circulaire exécutée avec le bouton. Sur cette figure, la gouttière a été serrée.

J'ai employé ce bouton plusieurs fois chez l'homme. Sur une malade atteinte de cancer stomacal, j'ai pratiqué dans une même séance la gastro-entérostomie, avec ligature du bout supérieur et entéro-anastomose; la malade, opérée le 27 septembre 1895, vit encore. C'est donc un double succès.

Sur un vieillard de soixante et onze ans atteint d'un cancer du côlon transverse, j'ai anastomosé l'intestin grêle avec l'S iliaque. Le dixième jour le bouton était tombé dans le rectum d'où je le retirai. Le malade mourut pour une raison étrangère à l'opération, mais j'avais constaté, par une seconde laparotomie, l'intégrité absolue du péritoine et de l'anastomose. L'examen du bouton rendu a montré qu'il n'y avait pas de tissus sphacelés entre les lèvres de la gouttière. C'est là un résultat très intéressant.

C'est donc un troisième succès à inscrire à l'actif du bouton.

Sur un troisième malade atteint de symptômes de sténose pylorique, je fis une gastro-entérostomie avec mon bouton. Ce malade eut, après l'opération, des vomissements incoercibles dont je ne discuterai pas la cause ici. Quoi qu'il en soit, les vomissements furent si violents que le malade rompit la cicatrice de sa paroi abdominale; malgré ces conditions défavorables, la gastro-entérostomie était parfaite, comme on le constata après la mort qui survint par épuisement.

Mon bouton présente une série d'avantages sur celui de Murphy :

1° L'opération est plus rapide, puisqu'on ne fait qu'un seul surjet au lieu de deux;

2° Mon gros bouton a une circonférence plus petite que le plus petit bouton de Murphy; il a un orifice plus grand que le plus gros bouton de Murphy;

3° Mon bouton ne sphacèle pas l'intestin comme le bouton de Murphy, il est donc moins dangereux;

4° Mon bouton peut toujours être appliqué dans de bonnes conditions, quelle que soit l'épaisseur des parois stomacales ou intestinales. On sait qu'il n'en est pas de même avec le bouton de Murphy;

5° Tandis que le bouton de Murphy ne peut pas être desserré, le mien peut l'être facilement avec le pavillon d'une sonde cannelée;

6° Mon bouton est très simple, il ne comporte pas de mécanisme délicat ou compliqué; il ne peut se fausser comme celui de Murphy.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des engelures. — Nous avons déjà donné quelques formules pour la cure des engelures. Mais l'efficacité inconstante du traitement rend nécessaire, pour le praticien, la connaissance de topiques variés. En voici quelques autres :

1° Baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer;
2° Frictionner les engelures à l'alcool camphré;
3° Les saupoudrer ensuite avec :

Salicylate de bismuth		10 grammes.
Amidon		90 —

M. S. A.

4° Pour calmer les démangeaisons du soir, si elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine	} *ââ*	50 grammes.
Eau de roses		
Tanin		10 centigr.

M. S. A.

Poudrer ensuite avec la poudre précédente.

Engelures ulcérées. — Les envelopper de feuilles de noyer ramollies dans l'eau chaude. (Besnier.)

Après avoir trempé les mains dans la décoction de feuilles de noyer et avoir frictionné les engelures avec l'alcool camphré, appliquer la pommade suivante :

Camphre pulvérisé		50 centigr.
Oxyde de zinc	} *ââ*	1 gramme.
Baume du Pérou		
Vaseline		30 —

M. S. A. (Le Gendre.)

Alun	} *ââ*	5 grammes.
Borax		
Eau de rose		300 —

M. S. A. (Liebreich.)

Nitrate d'argent		1 gramme.
Eau distillée		150 —

M.

Iodure de potassium	} *ââ*	1 gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque		
Alcool camphré		40 —

M. S. A. (Brocq.)

Ensuite faire deux ou trois fois par jour, sur les engelures, des onctions légères avec une des préparations suivantes :

Extrait de saturne	} *ââ*	30 grammes.
Alcool camphré		

(Mialhe.)

Acide chlorhydrique		2 grammes.
Axonge	} *ââ*	15 —
Pommade camphrée		

M. S. A. (Carrié.)

Acide phénique pur		1 gramme.
Iode pur	} *ââ*	2 —
Tanin pur		
Cérat		50 —

M. S. A.

Nitrate d'argent		10 centigr.
Pommade rosat		10 grammes.

M. S. A.

Térébenthine	ãã	10 grammes.
Cire jaune		
Pétrole.		

M. S. A.

Huile camphrée.	2 grammes.
Lanoline.	20 —

M. S. A.

Graisse de bœuf	ãã	25 grammes.
Oxyde de fer.		
Oxyde noir de fer. . . .	ãã	3 —
Essence de térébenthine.		
Essence de bergamote		20 centigr.

M. S. A. (Brocq.)

Pour la face, prescrire une des quatre dernières formules.

Engelures ulcérées. — Lotions avec le vin aromatique, la liqueur de Van Swieten, l'alcool camphré.

Onctions avec une des préparations suivantes :

Acide phénique	25 centigr.
Liniment oléo-calcaire. . . .	50 grammes.

M. S. A.

Lycopode	ãã	8gr50
Tanin		
Axonge.		15 grammes.

M. S. A.

Chlorhydrate de morphine . .		10 centigr.
Acide borique	ãã	1 gramme.
Oxyde de zinc		
Vaseline pure.		15 —

M. S. A.

Emplâtre rouge de Vidal. (Brocq.)

Traitement interne. — Huile de foie de morue, sirops de raifort iodé, iodo-tanique, d'iodure de fer, etc. (d'après le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*).

REVUE DE LA PRESSE

Dilatation mécanique du pylore et curetage de l'ulcère de l'estomac. — M. A. Podreze est d'avis que le procédé de Loretta doit être appliqué à tous les cas de sténose bénigne du pylore, car ce procédé compromet, d'après lui, moins que toutes les autres interventions, la vie du malade, et permet d'obtenir une guérison définitive. A l'appui de son affirmation, l'auteur rapporte l'observation suivante :

Un homme de trente-quatre ans est entré dans le service de M. Podreze, se plaignant de troubles gastriques divers, dont il souffrait déjà depuis huit ans. Au début, il n'éprouvait que des brûlures le long de l'œsophage et des éructations, mais bientôt, à ces phénomènes s'ajoutèrent des gastralgies avec vomissements et constipation; il y a deux ans, le malade eut une hématémèse. L'état général est devenu mauvais, le malade, très amaigri, affaibli, est incapable de travailler.

A l'entrée du malade, on trouve à l'examen une dilatation considérable de l'estomac; en outre, dans la région pylorique et dans la profondeur, on sent une sorte de cordon allant obliquement en bas et à gauche. Le suc gastrique est riche en acide lactique et ne contient que des traces d'acide chlorhydrique.

A l'opération, on trouve les parois gastriques, au voisinage du pylore, infiltrées, épaissies, ressemblant à du tissu cicatriciel et adhérant en arrière au pylore, en avant au duodénum. Cette cicatrice englobe la partie initiale du duodénum et le ligament duodéno-hépatique avec les vaisseaux et conduits biliaires. Ne pouvant séparer les organes adhérents, l'auteur incise l'estomac et explore sa surface interne. Il peut alors constater l'existence d'un ulcère rond, situé sur la petite courbure et la face postérieure de l'organe, au voisinage du pylore. Les adhérences et les épaississements extérieurs correspondent à cet ulcère. L'orifice pylorique laissait à peine passer la sonde cannelée; aussi pratiqua-t-on la dilatation, d'abord instrumentale, puis digitale, jusqu'à rendre l'orifice complètement perméable. Ensuite on curette l'ulcère avec la curette tranchante, et on suture la plaie gastrique et abdominale.

Les suites opératoires furent très simples, et le malade quitta l'hôpital au bout de deux mois. Depuis l'opération, le malade ne souffre presque plus, et encore n'est-ce qu'après des excès de table ou une nourriture trop grossière, qui ont amené deux fois des vomissements. L'appétit est devenu excellent; le poids du corps a augmenté de 30 livres. L'auteur a vu son opéré cinq mois après l'opération et a pu constater que sa santé était toujours satisfaisante. (*Wratsch*, 1895, n° 8.)

Néphrite aiguë et eczéma. — Il existe fort peu d'observations plus ou moins authentiques où l'eczéma aurait provoqué par lui-même l'inflammation aiguë du parenchyme rénal; le plus souvent, l'albuminurie et la néphrite observées au cours de l'eczéma doivent plutôt être mises sur le compte des médicaments employés. Aussi les observations de M. Bruhns sont-elles d'un réel intérêt.

Dans trois des sept cas publiés par cet auteur, l'albuminurie s'est montrée avant toute médication; il est donc difficile de la mettre sur son compte.

Chez le quatrième malade, on a employé, il est vrai, le diachylon qui est à base de plomb; on ne pouvait cependant pas incriminer le plomb comme cause de la néphrite, puisqu'il n'y avait chez ce malade aucun autre symptôme de saturnisme.

Si Pässler a publié une observation de néphrite saturnine, il ne faut pas oublier que cet auteur n'attribuait la néphrite de son malade à l'intoxication saturnine que parce qu'elle était accompagnée de stomatite intense. Or celle-ci, de même que les autres manifestations du saturnisme, manquait chez le malade de Bruhns; d'autre part, la néphrite ne s'est développée ici qu'au bout de quatre semaines d'application de la pommade de Hebra; enfin la quantité du médicament employé était trop peu élevée pour pouvoir produire le saturnisme.

Chez le cinquième malade, on n'a employé pendant quelques jours que la pommade de Wilkinson et la néphrite ne s'est montrée que quelques jours après la suppression de ce médicament.

Dans le sixième cas, on a employé d'abord le styrax, ensuite le baume du Pérou; pour ce qui est de ce dernier, plusieurs auteurs ont démontré qu'il ne peut pas provoquer une néphrite; en outre, sa quantité chez le malade de Bruhns était très faible; quant au styrax, Unna a décrit, il est vrai, une albuminurie passagère consécutive à l'emploi de cette substance, mais chez aucun des 124 malades qu'il traitait par le styrax, il n'a observé de néphrite véritable, comme c'était le cas chez le malade de Bruhns.

Enfin dans la septième observation de cet auteur, la cause de la néphrite observée chez un eczémateux, était encore plus douteuse que les autres. Ainsi donc, dans tous ces cas, la néphrite paraît être directement liée au trouble cutané. Les expériences faites sur des animaux dans le but d'étudier l'état des reins au cours d'un eczéma artificiellement provoqué ne peuvent pas beaucoup contribuer à éclaircir la question de la néphrite dans l'eczéma, car il est fort difficile

de se rendre un compte exact de ce qui se passe dans cette occasion et de savoir ce qui provoque la néphrite : l'eczéma ou les substances médicamenteuses employées pour provoquer cette dernière.

Tout en admettant que les affections d'origine cutanée peuvent donner lieu à la néphrite, la pathogénie de cette néphrite reste néanmoins fort obscure. Il est également difficile de dire si ce qui se passe dans ces cas peut être comparé à ce qui se passe lorsque la néphrite se développe sous l'influence d'un refroidissement périphérique. Cependant, le rapport entre les fonctions de la peau et celles des reins est certain. Tout ce qu'on peut admettre pour le moment, c'est qu'il faut une certaine prédisposition de l'organisme pour que l'eczéma provoque sur ce terrain une lésion rénale; autrement ce fait qu'il existe des milliers d'eczémateux sans néphrite resterait inexplicable. Lorsque la néphrite se développe au cours d'un eczéma très étendu et dont la cause est inconnue, il se pourrait peut-être que les deux affections fussent provoquées par une seule et même infection ; mais ce n'est qu'une hypothèse. Quant au rôle qu'on attribuait à l'altération des fonctions de la peau dans la production de la néphrite, Senator a démontré, en couvrant chez l'homme la presque totalité de la surface du corps de substances imperméables, que la rétention des produits de la perspiration cutanée n'exerce aucune influence fâcheuse sur les reins. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1895, n° 28.)

Un cas de tuberculose miliaire sans fièvre. — En raison de la rareté des cas de granulie ne s'accompagnant pas d'élévation plus ou moins marquée de la température, l'observation de M. J. Falknerc nous paraît mériter d'être rapportée.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans qui, depuis deux ans, souffrait de pesanteur dans l'abdomen, surtout après les repas; le ventre avait graduellement augmenté de volume ; malgré la conservation de l'appétit et l'absence de tout trouble gastro-intestinal, le malade disait avoir quelque peu maigri; les sueurs nocturnes, abondantes au début, étaient supprimées depuis quelque temps. Ne voyant se produire aucune amélioration dans son état, le malade entra dans le service de l'auteur, à l'hôpital Israélite d'Odessa.

A l'examen, on constatait un léger œdème des pieds, un peu d'ascite et de pleurésie; l'espace de Traube était un peu envahi. Respiration un peu affaiblie aux sommets et au niveau de l'épanchement pleural. Pas de râle, aucun autre symptôme à signaler, cœur normal; pouls à 76, légèrement dépressible.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, son état semblait être assez satisfaisant ; il pouvait passer plusieurs heures par jour hors du lit et faire quelque menue besogne; la température oscilla pendant ces sept jours entre 36 et 37 degrés; l'urine était légèrement albumineuse.

Les sixième et septième jours du séjour du malade à l'hôpital, le pouls devint un peu arythmique et, le septième jour au soir, le malade succomba subitement.

Malgré l'état relativement favorable dans lequel se trouvait le patient, l'auteur, M. J. Falknerc, avait pu porter le diagnostic de tuberculose miliaire. L'ascite et l'œdème des jambes ne pouvaient, en effet, être attribués à une affection hépatique, le foie ayant conservé ses dimensions normales et la circulation collatérale faisant défaut. Tandis que l'amaigrissement, les sueurs et surtout la coïncidence des exsudats pleural et péritonéal parlaient en faveur d'une infection tuberculeuse aiguë. Ce diagnostic fut pleinement confirmé par l'autopsie où l'on trouva la séreuse intestinale farcie de tubercules miliaires qui couvraient également le feuillet pariétal du péritoine; il y avait aussi de la péritonite adhésive par place. Les sommets des deux poumons étaient adhérents et contenaient de nombreux tubercules récents; en outre, dans le sommet droit, on retrouvait un foyer caséeux au centre, point de départ probable de la granulie; tandis que les tubercules péritonéaux étaient tous récents.

Quant à la cause de la mort, vu le certain degré de dégénérescence graisseuse du myocarde et l'arythmie qui a précédé la mort, l'auteur l'attribue à la paralysie du cœur.

En terminant, l'auteur attire l'attention sur les points intéressants suivants de cette observation :

1° Cette observation démontre que la tuberculose miliaire peut évoluer sans fièvre.

2° Tout en envahissant la séreuse pleuro-péritonéale, la granulie peut évoluer sans donner lieu à des phénomènes inflammatoires perceptibles par les moyens d'investigation cliniques; l'exsudat qui l'accompagne peut offrir les caractères de l'ascite et de l'hydrothorax, sans s'accompagner de douleur, de toux et de râles, et le liquide peut se déplacer librement.

3° Pendant l'évolution de cette forme, le malade peut conserver un état général assez bon. (*Gaz. méd. de la Russie mérid.*, 1895, n° 21.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique et opératoire (1), sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet.

Les candidats qui autrefois avaient tant de peine à fouiller les monographies pour mettre au point un chapitre de pathologie, sont aujourd'hui amplement favorisés par le nombre et la valeur des grands traités de chirurgie, qui viennent de voir le jour. Après l'apparition du récent « Traité de chirurgie » dont la publication fut un gros succès, pourquoi ce nouveau venu? Nous serions embarrassé de le dire; mais, sans en demander davantage, nous devons nous en réjouir.

Le premier volume, qui paraît actuellement à la librairie Baillière, est consacré presque exclusivement à la pathologie chirurgicale générale. Il est dû à la plume autorisée du professeur Le Dentu, des agrégés Delbet et Ricard, du chirurgien Faure, du médecin militaire Nimier et des deux chefs de clinique chirurgicale Lyot et Brodier.

Les directeurs désirent que leur œuvre soit surtout thérapeutique. Ils voudraient que leur livre « pût devenir le livre de chevet de ceux qui se proposent d'être utiles à leurs malades ». C'est là une noble ambition qu'ils feront bien de ne pas perdre de vue, et ils devront faire en sorte d'attirer sur ce point l'attention de leurs collaborateurs, s'ils veulent que le contenu du livre réponde bien à l'étiquette. Dans une publication de ce genre, confiée à vingt-cinq collaborateurs distincts, il n'est pas toujours aisé de maintenir unique une direction dont chacun, suivant son tempérament spécial, tend plus ou moins à s'affranchir.

Dans ce premier volume offert aujourd'hui au public médical, le côté thérapeutique est forcément restreint, il ne s'agit encore que de choses générales, et la thérapeutique ne devient guère précise que pour les cas précis. Nous devons donc attendre un autre volume pour juger si le programme des directeurs sera bien rempli.

Le premier chapitre est dû à M. Nimier, du Val-de-Grâce, il comprend l'étude des contusions et des plaies. Nous signalerons les plaies par armes à feu, que notre collègue de l'armée a étudiées avec un soin particulier.

A M. Ricard, élève du regretté professeur Verneuil, incombait la tâche de traiter des complications des traumatismes. L'auteur a glissé rapidement sur les généralités un peu banales aujourd'hui, et pourtant si chères aux auteurs

---

(1) In-8°, t. Ier. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

anciens. Il a consacré ses soins plus spécialement aux complications septiques. Quatre de ses chapitres nous paraissent devoir être signalés, ce sont ceux qui traitent du tétanos, de l'érysipèle, de la septicémie gazeuse et de la suppuration.

M. Faure, de sa plume si claire et de son style si alerte, a su jeter quelque clarté dans cette question encore obscure des septicémies.

Il semblait que tout était dit sur les brûlures, cependant l'article de M. Le Dentu nous montre ce que l'on peut tirer de cette question qu'on pouvait croire sans grand intérêt. C'est au même auteur que l'on doit le chapitre sur la tuberculose et les abcès froids.

M. Lyot a écrit sur les ulcères, les fistules, les cicatrices, le charbon; nous recommanderons surtout son chapitre sur la gangrène.

Le gros de l'ouvrage est occupé par le travail de M. Delbet sur les néoplasmes. C'est une œuvre originale, où l'auteur a su mettre une grande clarté et une lucidité d'exécution remarquable. M. Delbet a le mérite des opinions franches et nettes. On peut ne pas partager sa manière de voir, on peut trouver qu'il tranche parfois avec une autorité un peu vive, qu'il fait volontiers table rase des opinions qu'il n'admet pas, mais on ne peut pas ne pas le comprendre, et M. Delbet vient, par son travail, de faire avancer d'un pas la question si difficile et si complexe des néoplasmes.

En résumé, tel qu'il est, le premier volume du nouveau traité ne peut que servir de modèle à ceux qui doivent le suivre, il est d'un bon augure pour l'avenir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Destrez, pour le 2e chasseurs à cheval; François, pour le 118e d'infanterie; Gontier, pour le 20e d'artillerie; Lainé, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied; Sendral, pour le 27e dragons; Cultin, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Jacob, pour le 1er régiment du génie; Lejonne et Jacquet, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; Lions, pour le 32e d'infanterie; de Libessard, pour le 5e de même arme.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 janvier 1896, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Auffret, directeur du service de santé maritime à Rochefort; Butte, délégué cantonal à Paris; Caillet, médecin-inspecteur des écoles, maire de Luynes; Gancalon, professeur à l'Association polytechnique; Clary-Bousquet, inspecteur de l'Assistance publique, à Cahors; Cruard, délégué cantonal à Attichy; Despagnet, secrétaire général de la Société d'ophtalmologie de Paris; Duboys de Lavigerie, médecin de la caisse des écoles du XVIIe arrondissement de Paris; Dugenet, adjoint au maire de Bléré; Gérard, délégué cantonal à Montcornet; Larrivé, publiciste scientifique à Paris; Lissoude (de Salies de Béarn); Loignon, médecin du lycée de Talence; Magnant, médecin inspecteur des écoles à Paris; Marchandé, vice-président de la Société de stomatologie, à Paris; Masbrenier, médecin en chef de l'hospice et de la maison centrale de Melun; Moris, ancien professeur à l'École de médecine navale de Rochefort; Rossi, membre du bureau d'administration du collège d'Embrun; Servaux et Verdier (de Paris); de Weling, président de la Croix-Rouge, à Rouen.

MM. les pharmaciens Cabanès (de Gourdon); Croutelle (de Mantes); Poumerol (de Villers-Cotterets).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Achalme, Adler, Audigé, Belin, Moïse Bloch, Bonnet, Bourge, Claude, Cornil, Culan Delaunay, Depieris, Dupont, Fourrier, Gouverné, Jasienski, Kœnig, Laborde, Manson, Maurel, Michelon, de Molènes, Natt Œttinger, Réteaud, Salmon, Soulié, Spira, L.-G. Tissier Paris).

MM. les docteurs Aluison (d'Eurville); Bardon, médecin collège de Brive; Bertrand (de Consenvoye); Beulard (de Vi franche); Blanc, maire de La Garde; Bonarme (de Pons); B nenfant (de Saint-Prouant); Borel, délégué cantonal à Chabe Bouchoir (de Lorient); Boy-Teissier, médecin des hôpitaux Marseille; A. Bron, maire de Crazannes; Burlot, inspecteur service des Enfants assistés des Bouches-du-Rhône; Cantet (des Sables-d'Olonne); Carrié (de Varennes); Castaing (de La chelle); Chagnoleau (de Rochefort); Chaplain, délégué canto à Maromme; Combalat (de Marseille); Ducros (de La Réo Duprez (de Neuve-Chapelle); Font-Réaulx (de Saint-Junie Gand (de Melle); Guiderdoni, adjoint au maire d'Allauch; G laume, conseiller d'arrondissement à Guillestre; Komorow délégué cantonal à Mondoubleau; Labatut, délégué canton Dax; Laurent, conseiller général à Briey; Ch. Lavielle (de Da Le Bouteiller, conseiller général à Valognes; Legrand (de B ritz); Legrand, délégué cantonal à Beaufort-en-Vallée; Mais nave, conseiller général à Castets; Marie (de Dun-sur-Avro Marty (de Fleury-d'Aude); Mercat, délégué cantonal à Châte Renault; Monard, maire de Sains; Périgord (de Limoges); P jean (de Decize); Phélippot (de Bordeaux); Plantin (de Suze Rousse); Prévost, conseiller municipal à Pont-l'Évêque; Ra adjoint au maire d'Ambazac; Santelli (de L'Isle-Rousse); Stei conseiller d'arrondissement à Tournan; Terrien (des Essart Tourtelot (de Saint-Fort-sur-Gironde); Valette, conseiller d rondissement à Cahors; Vidal, conseiller général à Paulhagu Vignes, médecin de l'hôpital de Corbeil; Wurtz, médecin du c lège de Compiègne.

— Par divers arrêtés ministériels sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Teissie M. Joly, pharmacien à Paris, professeurs à l'Association Dames françaises.

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Barbe et Barbilli professeurs à l'Association des Dames françaises; Meunier, p fesseur à l'École de médecine de Tours; Liogère, bibliothécai l'École de médecine de Reims; Topsent, chargé de cours l'École de médecine de Reims.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 5 janvier, notes tot sées : 47, M. Glika. — 45, MM. Deguy, Keim et Théohari. — M. Chaillous. — 40, MM. Gaulieur, Moret et Rellay. — 33, M. kora. — 32, M. Legay.

Séance du 6 janvier, notes totalisées : 46, MM. Rebreynd Rosenthal. — 43, MM. Gibert et Turner. — 42, M. de F Réaulx. — 34, M. Leven.

Séance du 7 janvier, notes totalisées : 45, M. Herrenschmi — 43, MM. Bernheim, Constentoux, Ed. Mercier et Roux. — M. Veuillot. — 39, M. Celos. — 35, M. Masselon. — 33, M. Fournié.

— *École de médecine de Caen.* — M. Guillet, professeur de pat logie externe et de médecine opératoire, est nommé, sur demande, professeur de clinique obstétricale.

M. Noury, suppléant des chaires de pathologie et de cliniq chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en out d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoir ladite école.

— *École de médecine de Dijon.* — Il est créé à ladite école u chaire de physique.

M. Brunhes, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de p sique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 6. — MARDI 14 JANVIER 1896. 69e ANNÉE. MARDI 14 JANVIER 1896. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 janvier 1896.

La statistique que nous avons publiée, sur le nombre sans cesse croissant des médecins étrangers, a eu le don d'éveiller l'attention de nos confrères de la presse et d'un certain nombre de Sociétés médicales. Mais à côté du mal que nous signalions et du léger remède qu'y apportait la délibération récente de la Faculté, bien des projets nouveaux ont été proposés.

Quelques-uns de nos confrères, en minorité il est vrai, ont protesté bien haut contre toute mesure barrant la route du doctorat aux étrangers. C'en était fait, disaient-ils, du bon renom de la France! Que devenait cette réputation d'hospitalité dont nous étions si fiers? L'étranger, chassé de chez nous, affluera dans les pays voisins, où il ira porter son argent et ses sympathies! Les bonnes raisons ne manquaient certes pas; du moins en apparence, car ceux qui parlent ainsi confondent ce qui touche à l'enseignement de la médecine et ce qui touche à la pratique de la médecine, deux choses absolument dissemblables.

Le docteur ou l'étudiant français qui va à l'étranger est, en général, bien accueilli; c'est un fait incontestable. Mais il est accueilli à titre de voyageur, de passager, et nullement d'étudiant résidant. S'il veut s'instruire et voir s'ouvrir devant lui les portes des policliniques, il faut qu'il se fasse inscrire près d'un professeur *particulier*, qu'il paiera suivant un tarif préalablement fixé. Mais nulle part, comme chez nous, il ne trouvera hôpitaux, Facultés et cliniques, largement et constamment ouverts. Le fait seul de ce libre accès de nos amphithéâtres nous donne, au point de vue de l'hospitalité, une large avance sur ce qui nous est accordé à l'étranger.

Mais, si l'un de nous veut faire ses études complètes et exercer la profession médicale dans un pays autre que la France, il lui faudra alors, non seulement le titre scientifique de docteur, mais le diplôme d'État donnant droit de pratiquer. Or, ce second diplôme, il ne l'obtiendra pas s'il ne se soumet pas à des conditions spéciales, variables pour chaque pays. Récemment encore, dans un pays voisin et ami du nôtre, un docteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, n'a pu acquérir ce diplôme d'État et il a dû, de guerre lasse, quitter la résidence qu'il avait choisie à l'étranger, et revenir s'installer à Paris.

Nous demandons donc que chez nous, en France, on continue à ouvrir libéralement les portes de nos Facultés et de nos hôpitaux aux docteurs étrangers, qu'on leur accorde tous les diplômes qu'ils peuvent mériter par leur valeur et leurs travaux, mais à titre purement honorifique et sans droit de pratique. Il y a de la naïveté à accorder aux autres ce que ceux-là mêmes nous refusent dans leur propre pays. La presse médicale, en entier, a protesté avec énergie contre le poids si lourd que la loi militaire fait porter à nos élèves dont les études sont brusquement interrompues au milieu de leur cours. Pourquoi, dès lors, donner à l'étranger qui, lui, ne paye pas cet impôt militaire, les mêmes droits qu'à nos fils qui donnent au pays une des meilleures années de leur jeunesse? Ne réservons donc pas nos faveurs aux seuls étrangers, comme cela existe en ce moment, traitons-les comme les nôtres propres. Il nous semble que c'est là déjà une grande faveur et qu'il est bien étrange qu'on ait pu leur accorder davantage.

Aussi nous résumons-nous en disant : Donnons aux étrangers le diplôme de docteur à titre purement honorifique. De ceux qui voudront exercer chez nous, exigeons la naturalisation, *avant vingt ans*, c'est-à-dire avant qu'ils aient dépassé l'âge de l'application de la loi militaire.

La première séance de l'année (10 janvier) n'a pas manqué d'intérêt à la Société médicale des hôpitaux. Revenant sur la question de la **rougeole à rechute**, soulevée dans la dernière séance par MM. Chauffard et Lemoine, M. Comby déclare qu'il s'agit là d'un fait très rare, car sur plus de 700 malades soignés par lui l'an dernier à l'hôpital Trousseau, il n'en a pas vu un seul cas. M. Sevestre, qui a pu observer un nombre considérable de rougeoles, n'a vu l'éruption récidiver que deux fois : il s'agit donc là de faits extrêmement rares.

On sait que, à plusieurs reprises, il a été question devant la Société d'accidents cérébraux susceptibles de simuler la méningite, soit chez des hystériques, soit chez des enfants. M. Gilles de La Tourette proteste avec véhémence contre le terme de **méningisme** employé pour désigner ces états. Méningisme comme nervosisme, ces mots ne serviraient qu'à masquer notre ignorance. Dans ce que l'on appelait nervo-

sisme, on confondait des états névropathiques différents. De ce fonds commun, on a tiré et érigé à l'état d'entités morbides l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie; on en tirera d'autres encore. Parmi les faits de méningisme, beaucoup sont attribuables à l'hystérie. Or, par un examen complet des malades, comprenant l'examen des urines, on eût pu toujours établir ce diagnostic. On eût trouvé l'inversion de la formule des phosphates qui, pour MM. Gilles de La Tourette et Cathelineau, caractériserait l'hystérie.

M. Hutinel réclame, au contraire, le droit de se servir du mot méningisme, par lequel il désigne un ensemble symptomatique de temps en temps rencontré chez les enfants et certainement complètement étranger à l'hystérie. On voit chez de très jeunes enfants, atteints d'entérite ou d'affections diverses, survenir des accidents qui rappellent tout à fait la méningite; à l'autopsie, on ne constate rien que de la congestion des méninges. Comme on ne trouve de microbes nulle part, on est amené à incriminer des toxines indéterminées.

On voit que les faits auxquels M. Hutinel a fait allusion sont tout à fait différents de ceux dont parlait M. Gilles de La Tourette. Il nous semble qu'il serait facile de donner satisfaction aux deux auteurs en appelant méningisme hystérique les faits visés par M. Gilles de La Tourette et méningisme infectieux des enfants les faits visés par M. Hutinel. Il resterait sans doute place pour d'autres états de méningisme dus à d'autres causes.

M. Béclère présente une femme de vingt-neuf ans à laquelle il a injecté sous la peau 1560 centimètres cubes de sérum sanguin de génisse vaccinée au troisième jour de l'éruption d'une **variole confluente**. La guérison a été rapide. M. Béclère ne veut pas, pour le moment, exposer les résultats obtenus par la sérothérapie dans le traitement de la variole, mais seulement indiquer comment il a été amené à essayer ce traitement, après avoir fait sur les animaux de longues et nombreuses recherches préparatoires, avec l'aide de MM. Chambon et Saint-Yves Ménard.

La vaccination n'enrayant nullement la marche de la variole, les deux maladies pouvant évoluer parallèlement, simultanément, sans se gêner l'une l'autre, il était naturel d'injecter du sérum d'homme ou d'animal immunisé. L'injection du sérum humain n'ayant donné aucun résultat favorable à d'autres observateurs, M. Béclère rechercha si le sérum de génisses vaccinées pouvait rendre des génisses non vaccinées réfractaires à la vaccination. Il vit ainsi qu'en injectant une quantité très élevée de sérum sanguin à une génisse, on ne l'immunisait pas complètement contre la vaccine, mais qu'on diminuait sensiblement l'intensité de l'éruption vaccinale. Ce résultat est obtenu, par exemple, avec une quantité de sérum correspondant au centième du poids de l'animal auquel on l'injecte. De là les fortes doses injectées à l'homme.

M. Le Gendre, dans le service duquel ces essais ont été faits, déclare être convaincu de l'utilité de ce traitement sérothérapique de la variole.

M. Joffroy a vu un alcoolique atteint de **cirrhose avec ictère** présenter des accidents cérébraux rappelant de très près ceux de paralysie générale, mais en différant cependant par certaines nuances symptomatiques. Il attribue ces manifestations à la viciation du fonctionnement du foie, à l'auto-intoxication hépatique. On put observer un parallélisme parfait entre les accidents hépatiques et les accidents cérébraux, ceux-ci s'atténuant en même temps que ceux-là. C'est donc une contribution à l'étude de ce qu'on pourrait appeler l'hépatisme cérébral; malheureusement dans le cas de M. Joffroy, la nécropsie ne put pas être pratiquée.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Torsion du mésentère consécutive à une fossette duodénale et ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë.

Par le docteur A. Mignon,
Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce,

V..., garde républicain, âgé de vingt-huit ans, d'une très belle constitution, ne comptait dans son passé pathologique qu'une crise de coliques extrêmement violentes, d'une durée d'un quart d'heure environ, et survenue au Tonkin en 1891. Avant et après, parfait état de santé : pas de troubles intestinaux.

Le samedi 7 septembre 1895, vers sept heures du soir et en pleine santé, après avoir bu quelques verres de cidre avec un camarade, V... est subitement pris de malaise et de vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux, avec de vives douleurs dans l'abdomen. Celles-ci se continuèrent pendant toute la nuit.

Le lendemain matin, le malade est dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce, avec le diagnostic de péritonite; le médecin, dans le service duquel il est envoyé, nous fait appeler en consultation à sept heures du soir, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début des accidents. Nous trouvons V... à demi-assis sur son lit, les yeux cernés, la paupière supérieure légèrement tombante. Les extrémités sont chaudes; température 39 degrés; la respiration peu fréquente; le pouls faible et à 150; le ventre est distendu dans sa moitié sous-ombilicale seulement, et la limite de la distension est perceptible à la vue. Les muscles droits sont saillants. On dirait une forte rétention d'urine; mais la vessie, qui est explorée, ne contient aucune goutte d'urine, et la matité est complète dans toute la zone sous-ombilicale, aussi bien dans les flancs que dans la région hypogastrique. La sensibilité du ventre est peu vive à la palpation; on constate seulement de la vigilance musculaire. Avec cela des nausées, quelques vomissements bilieux, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, sans aucun résultat.

Le début brusque de l'affection, les vomissements répétés, l'absence d'émission de matières fécales, l'adynamie cardiaque, l'anurie concoururent à nous faire porter le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë, ayant déterminé une inflammation péritonéale traduite par l'élévation de température et la zone de matité.

Nous avons pensé à l'invagination, au volvulus, à la présence d'une bride; mais nous devons avouer que nous n'avons pas cherché à comparer la valeur de ces différentes hypothèses, l'exploration intra-abdominale nous semblant la seule chance de salut du malade. Tout ce que nous pouvions affirmer, c'est que l'obstacle siégeait en amont du gros intestin.

Malgré la gravité de la situation, nous avons dû remettre l'intervention au lendemain matin, 9 septembre. A ce moment, l'état de V... est le suivant : intelligence nette, mais paresseuse; pouls insensible; pas de dyspnée; température 38 degrés. Extrémités froides. Position assise sur le lit; même niveau de la matité abdominale que la veille; émission de quelques gouttes d'urine pendant la nuit; pas de selles.

L'opération est faite à neuf heures, avec anesthésie locale à la cocaïne; l'anesthésie générale nous faisant craindre un collapsus mortel. L'incision fut pratiquée sur la ligne mé-

diane, de l'ombilic au pubis; insensibilité complète du sujet pendant la section de la peau et de la ligne blanche; mais excitation très vive pendant la division et le pincement du péritoine. Issue d'un litre et demi environ de sérosité citrine; pas de flocons fibrineux. Les anses intestinales sont libres, non agglutinées, très distendues, violacées et difficiles à maintenir dans la cavité abdominale. Nous commençons l'exploration intra-péritonéale par la région iléo-cæcale; elle est normale. Mais en remontant le long du côlon ascendant, nous rencontrons, à une hauteur correspondant au niveau de l'ombilic, une corde très dure étendue transversalement de la colonne vertébrale vers le flanc droit. Elle nous semble avoir le volume du pouce; et nous avons nettement la sensation qu'elle forme une espèce de pont au-dessous duquel des anses intestinales sont engagées, aplaties et comprimées; nous agrandissons en haut l'incision de la paroi abdominale, et nous nous attachons à dégager ces circonvolutions intestinales en les attirant à nous. Elles se laissent amener sous les yeux sans difficulté; et nous constatons qu'au lieu d'avoir la coloration violacée des anses superficielles, elles ont une teinte rose pâle, comme si la circulation y était ralentie; de plus, l'une d'elles porte une ecchymose transversale longue de 2 centimètres. Nous jugeons notre intervention terminée quand tout l'intestin nous paraît dégagé de dessous le pont fibreux; car comment songer à sectionner une bride fibreuse plus grosse que le pouce, et d'ailleurs de quelle nature était-elle?

Le reste de l'observation montrera combien notre prudence était en fait justifiée.

Mais pendant nos manœuvres de dégagement, plus de la moitié du paquet intestinal était sorti du ventre et avait été recueilli dans une serviette chaude. Quand il fallut lui faire reprendre domicile, le malade qui n'était pas anesthésié et dont le pouls se relevait un peu depuis la libération de l'intestin, se raidit et ferma sa boutonnière abdominale. Force fut de donner quelques gouttes de chloroforme au blessé et d'introduire dans l'abdomen les bords libres de la serviette servant d'enveloppe à l'intestin. Après cinq minutes environ de pression continue, la serviette et les intestins se trouvèrent entrés dans l'abdomen. Un grand lavage du péritoine compléta l'opération.

A peine la légère action du chloroforme dissipée, le blessé se sentit mieux : il manifesta le besoin d'aller à la garde-robe et rendit, avant la terminaison du pansement, sous forme de jets, 500 grammes environ d'un liquide séreux dans lequel flottaient des débris alimentaires : preuve que l'étranglement avait été levé. Mais... l'adynamie cardiaque continua; et V... mourut à deux heures de l'après-midi, sans souffrance, avec sa pleine intelligence et par syncope, soit cinq heures après l'opération.

L'autopsie fut faite le lendemain; et c'est surtout son résultat qui fait l'intérêt de cette observation. Les sutures de la paroi abdominale avaient bien tenu; la cavité péritonéale renfermait une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Les anses intestinales étaient distendues et violacées; et la distension s'était généralisée à toute la longueur de l'intestin grêle. En remontant le long du côlon ascendant, nous retrouvons dans le flanc droit la corde transversale que nous avions sentie pendant la vie.

Elle a conservé la même dureté et la même tension, mais au-dessous d'elle nous ne sentons plus aucune anse intestinale : celles que nous avons dégagées sont restées libres.

Quelle pouvait être l'origine de cette corde?

Si nous nous contentions de séparer les unes des autres les circonvolutions de l'intestin grêle et de chercher à nous rendre compte de l'état des parties profondes, nous ne voyions rien. Nous eûmes alors l'idée de fendre transversalement le côté droit de la paroi abdominale et de rejeter tout le paquet intestinal à droite, en dehors de la cavité du péritoine. Nous devions ainsi découvrir la face gauche du mésentère; mais au lieu d'un mésentère normal, voici ce que nous remarquons. Le mésentère est enroulé sur lui-même. Il représente un gros câble du volume du pouce. Il est évident que sa portion inférieure s'est relevée et s'est enroulée de gauche à droite sur son repli supérieur. La corde n'est pas tout à fait transversale, ainsi que nous l'avions pensé pendant l'opération; elle est oblique en bas et à droite. Elle commence vers l'angle duodéno-jéjunal et le point d'enroulement se trouve à 13 centimètres environ de l'attache vertébrale. On voit encore une anse intestinale passant comme un fer à cheval au-dessus de la corde mésentérique.

Le processus de l'enroulement du mésentère une fois admis, il fut facile de procéder à sa détorsion et de rétablir ses rapports physiologiques. Nous avons, à cet effet, enveloppé toute la masse intestinale dans une serviette et nous lui avons imprimé un mouvement de rotation de droite à gauche, c'est-à-dire en sens inverse de celui que nous supposions avoir produit l'enroulement mésentérique. Alors, la corde de disparaître et le mésentère de reprendre sa position physiologique; seulement, au lieu d'être souple comme à l'état normal et d'avoir sa coloration habituelle, il est épaissi, dur, œdémateux, rouge noirâtre; les veines sont très dilatées et en partie thrombosées. Nous enlevons alors tout l'intestin grêle, suivant le procédé employé dans les autopsies, et, fait nouveau, nous trouvons sur la face gauche du mésentère un vice de conformation remarquable. Il y a là un repli péritonéal dont la disposition ne peut être mieux comparée qu'à un nid d'hirondelle ou, si l'on veut, une valvule sigmoïde de l'aorte, appliquée sur la face mésentérique. Cette espèce de nid admet la totalité du poing. Il s'attache en haut par un seul pilier au niveau de l'angle duodéno-jéjunal; son insertion inférieure se fait à 10 centimètres plus bas et par deux petits replis. La profondeur et la largeur de cette poche sont de 8 centimètres.

Le fond touche la colonne vertébrale. Sa bordure arrondie, mousse, lisse, ne contient aucun gros vaisseau et est constitué par l'adossement de deux feuillets séreux. L'ouverture de cette poche, quand on redressait et qu'on tendait verticalement le mésentère, regardait en haut; mais quand le mésentère occupait dans la cavité abdominale sa situation normale, elle devait être dirigée en bas et à gauche.

Cette observation nous semble pouvoir motiver quelques réflexions :

Au point de vue cliniqne, nous signalerons l'absence de vomissements fécaloïdes, l'élévation prompte de la température et la rapidité de l'épanchement;

Au point de vue opératoire, nous ne pouvons qu'attirer l'attention sur la sensation de corde rigide, volumineuse, que donne le mésentère enroulé sur lui-même;

Au point de vue anatomique, on ne peut hésiter à admettre que toutes les lésions observées chez notre blessé constituent une série successive d'accidents subordonnés les uns aux autres.

Le fait initial est une fossette duodénale congénitale, qui s'est distendue peu à peu sous l'influence des poussées de l'intestin grêle, au point de former la poche que nous venons de décrire.

Cette poche, une fois constituée, a servi de point d'appui aux intestins qui, en s'y précipitant, ont déplacé le mésentère, l'ont chassé de plus en plus vers le flanc droit, l'ont fait tourner sur lui-même jusqu'à ce que sa partie inférieure vînt se placer au-dessus de son repli supérieur.

A ce moment, l'enroulement, la torsion du mésentère étaient complets et il formait une corde passant comme un

pont en avant de la région lombaire droite. C'est sur cette corde que les anses intestinales, restées ou non dans la poche anormale, vinrent s'aplatir pour produire l'occlusion.

Ces explications du fait clinique se justifient par des expériences fort simples sur le cadavre. Il est possible d'enrouler le mésentère sur lui-même en faisant décrire à toute la masse de l'intestin grêle un mouvement de rotation de gauche à droite. On retrouve, quand le mouvement a été complet, la corde transversale du flanc droit.

Dans ces conditions, les mains de l'expérimentateur remplacent, comme force motrice, la poussée de l'intestin prenant point d'appui dans la poche anormale du mésentère.

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature médicale, de cas pouvant être rapprochés de celui-là. Mais la conception différente de l'évolution de lésions anatomo-pathologiques si complexes peut entraîner dans la description de telles modifications que nous n'oserions affirmer n'avoir pas méconnu des faits similaires.

ANESTHÉSIE AU CHLORURE D'ÉTHYLE

AVEC APPLICATION DE LA BANDE D'ESMARCH SUIVIE DE GANGRÈNE.

Par le docteur SZCZYPIORSKI (de Longwy).

Le chlorure d'éthyle est un anesthésique précieux pour de courtes interventions comme : ouverture des abcès, des panaris; ablation des loupes, des kystes dermoïdes (deux cas personnels); avulsion dentaire. Si l'on congèle à fond le pourtour de la dent à extraire, l'avulsion se fait sans la moindre douleur, quoique le patient conserve la sensibilité tactile et se rende compte de tous les temps de la petite opération. Le seul inconvénient de cette anesthésie, c'est la congestion consécutive des tissus congelés et une petite hémorragie.

Jamais la moindre escharre n'a suivi son application, parfois cependant prolongée et concentrée sur une zone très étroite.

Je l'ai appliquée avec le même succès et sans aucun incident dans deux cas de cure radicale de l'ongle incarné au gros orteil, ischémié préalablement au moyen de la bande d'Esmarch.

Voici maintenant la relation des deux cas qui prouvent que, dans certaines conditions, l'anesthésie par le chlorure d'éthyle donne lieu à la gangrène.

OBSERVATION I. — Jeune homme de dix-neuf ans. Opéré le 27 septembre 1895, pour un kyste sébacé à la pulpe du médius de la main gauche. Après antisepsie rigoureuse à l'eau phéniquée à 50 p. 1000 et à l'eau sublimée à 1 p. 1000, application de la bande élastique et anesthésie au chlorure d'éthyle. L'incision cutanée n'est pas sentie, mais la dissection profonde du kyste est sensible. Un point de suture au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée à 10 p. 100, trempée dans l'eau sublimée à 1 p. 1000 et bien exprimée. Huit jours après, au renouvellement du pansement, on s'aperçoit de la gangrène de la peau sur le pourtour de l'incision. Absence complète de suppuration.

OBS. II. — Garçon de dix-sept ans. Écrasement de l'annulaire et du médius de la main gauche. Le 4 octobre 1895, amputation de la dernière phalange du médius. A ce moment, le résultat de l'intervention ci-dessus n'a pas encore été connu. Même manière de procéder. Trois points de suture au crin de Florence. L'anesthésie fut complète. Consécutivement gangrène du lambeau et exfoliation du cartilage articulaire de la deuxième phalange. Aucune trace de suppuration.

Ce sont là deux cas similaires. Dans l'un comme dans l'autre, il s'agit du doigt médius. Dans l'un comme dans l'autre, l'anesthésie est précédée de l'application de la bande d'Esmarch.

Cette dernière circonstance a dû jouer ici le rôle d'agent provocateur. Sans la bande élastique, en un mot, sans ischémisation préalable du doigt, la gangrène, nous semble-t-il, n'eût pas eu lieu. De sorte qu'*un organe grêle*, *comme le doigt*, pourvu fort parcimonieusement de chairs, *ne se prête pas à l'anesthésie au chlorure d'éthyle quand celle-ci doit être associée à l'application de la bande d'Esmarch*.

Et si, dans les deux cas d'opération de l'ongle incarné au gros orteil fait par le même procédé, il n'y a pas eu la moindre escharre, cela s'explique, semble-t-il, par la structure du gros orteil, beaucoup plus charnu et plus massif, et peut-être aussi par la moindre durée de l'opération.

ANNEAU DE LAITON

DEMEURÉ DOUZE ANS INCLUS DANS LA VERGE

Par les docteurs LEFLAIVE et BARBULÉE.

Le 9 septembre 1895, nous fûmes appelés à donner nos soins à M. B... qui se plaignait de ne plus pouvoir uriner que goutte à goutte et avec d'extrêmes souffrances. Le malade, qui avait une assez forte fièvre et dont l'état mental trahissait une anxiété et une dépression extrêmes, ne se prêtait guère à un interrogatoire circonstancié; voici cependant ce qu'il nous fut raconté.

A l'âge de douze ans, étant au lycée, il avait passé sa verge dans un anneau de rideau. L'organe s'étant fortement tuméfié, l'anneau ne put être retiré. L'enfant, malgré ses souffrances, garda le silence sur cet accident. L'anneau ulcéra peu à peu la peau, la sectionna circulairement, s'enfonça dans le sillon ainsi creusé, dont les bords le recouvrirent et se réunirent peu à peu au-dessus de lui. Une fois l'anneau disparu dans les tissus, la situation devint tolérable et le patient continua à garder le silence sur ce qui s'était passé.

Douze ans plus tard, à l'âge de vingt-quatre ans, M. B... se maria. Quel avait été jusqu'à son mariage son passé génital? nous n'avons pu le savoir. Quoi qu'il en soit, les premières tentatives qu'il fit pour s'acquitter de ses devoirs conjugaux amenèrent des accidents. Les téguments de la verge devinrent rapidement rouges, tuméfiés, très douloureux. En même temps les mictions fréquentes, pénibles comme dans la rétention d'urine, l'obligèrent à s'adresser au médecin.

Quand nous vîmes le malade, tandis que la racine de la verge était d'aspect normal, le prépuce et la moitié antérieure du membre étaient énormes et avaient l'apparence phlegmoneuse la plus accentuée. Il était impossible de découvrir le gland et le méat, et une tentative de cathétérisme éveilla des douleurs extrêmes. Le malade était en proie à un violent ténesme et ne rendait que quelques gouttes d'urine toutes les cinq ou dix minutes. A la partie moyenne de la verge, on voyait une mince bande blanchâtre faisant le tour de l'organe et constituée par du tissu de cicatrice. A ce niveau, malgré l'empâtement phlegmoneux, on pouvait sentir profondément, sous les téguments, un anneau dur, mobile autour des corps caverneux.

Après avoir chloroformisé le malade, nous fîmes une incision longitudinale de 3 centimètres sur le côté de la verge. Le bistouri traversa une couche de tissu cicatriciel très dense, épaisse de près de 1 centimètre. Après avoir ouvert

une collection de pus urineux, il mit à nu l'anneau métallique; celui-ci fut chargé sur une sonde cannelée, puis sectionné avec une pince coupante. Une des extrémités fut saisie avec une pince à verrou et il fut possible, non sans peine, d'amener au dehors le morceau de métal, heureusement assez malléable. C'était un anneau de laiton mesurant 72 millimètres de long, 3 de large et 1 d'épaisseur. Il était incrusté d'une matière blanche, d'aspect crayeux, et il était contenu dans une sorte de gaine circulaire. Une injection pratiquée dans cette gaine ramena du pus et des débris calcaires.

Les suites furent fort simples, bien que l'issue d'urine par la plaie montrât que le canal de l'urèthre était perforé. Les symptômes de phlegmon disparurent rapidement, les mictions redevinrent faciles et indolores, et la fistule pénienne ne laissa bientôt sourdre que quelques gouttes d'urine; elle paraissait devoir se fermer spontanément.

Dans ce cas, l'obstacle à la miction, la perforation uréthrale et l'infiltration d'urine résultaient de la compression des parties molles enflammées, enserrées par un anneau inextensible. Malgré son séjour prolongé dans les tissus, le corps étranger ne paraît pas avoir lésé l'urèthre et déterminé de rétrécissement organique.

Il n'est pas rare qu'un individu, enfant, adulte ou vieillard, ayant, dans un but peu avouable, introduit sa verge dans un orifice inextensible, une virole métallique, éprouve quelque difficulté à l'en retirer. Parfois même il est obligé, pour cela, d'aller piteusement réclamer l'assistance médicale. Les suites en sont d'ordinaire peu graves. Cependant, à côté des faits de ce genre que rapportent les traités de chirurgie pour faire mention du procédé plus ou moins ingénieux mis en usage pour libérer l'organe compromis, on voit relater des accidents de sphacèle localisés ou plus ou moins étendus qui ont été le résultat de l'imprudence commise et trop tardivement avouée. Ces observations classiques sont reproduites de toutes parts et on les trouvera rapportées dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* à l'article CORPS ÉTRANGERS, p. 658, et à l'article PÉNIS, p. 582. Nous n'avons pas besoin d'y insister.

Mais nulle part, dans nos recherches bibliographiques — forcément incomplètes, il est vrai — nous n'avons trouvé mention d'un fait analogue au nôtre, dans lequel on voit un anneau métallique exercer d'emblée une constriction assez forte sur la verge pour couper les téguments, s'enkyster ensuite dans les tissus et y demeurer douze ans avant de déterminer des accidents sérieux imposant l'intervention chirurgicale. C'est ce qui nous a engagés à publier cette observation. (*Bulletin médical.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès annuel de médecine mentale (1). Quatrième session tenue à La Rochelle du 1er au 6 août 1893. Comptes rendus publiés par le docteur MABILLE, secrétaire général du Congrès.

Ce gros volume de 750 pages contient *in extenso* toutes les communications faites au Congrès de La Rochelle. Les médecins qu'intéresse la psychiatrie trouveront là, outre les excellents rapports de MM. Régis et Chevalier-Lavaure, sur les « Auto-intoxications dans les maladies mentales », de M. Cullerre, sur les « Faux témoignages des aliénés devant la justice », et de M. Giraud, sur le « Patronage des aliénés », de nombreux mémoires sur différents sujets à l'ordre du jour.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — La Rochelle, Martin; Paris, G. Masson.

Dégénérescence sociale et alcoolisme (1), par le docteur LEGRAIN, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, avec une préface de M. J.-C. BARBIER, premier président honoraire de la Cour de cassation.

Tous ceux — et ils sont nombreux — qu'intéresse cette question si complexe et si importante de l'alcoolisme, liront ce petit livre qui se recommande, comme on peut le voir plus haut, à plus d'un titre. M. Legrain étudie la descendance des buveurs, à la première, à la deuxième et à la troisième génération, et il montre, en s'appuyant sur de personnelles et très nombreuses observations, ce que sont les fils des alcooliques. Des statistiques et des tableaux synoptiques mettent bien en lumière l'influence de l'alcool sur la production héréditaire des névroses convulsives (éclampsie infantile, épilepsie et hystérie), des états dégénératifs, de la tuberculose, etc.

Partant de ces faits, M. Legrain étudie les différents moyens prophylactiques que l'on peut opposer à ce redoutable fléau social : l'impôt sur l'alcool, la suppression du privilège des bouilleurs de vin, la rectification obligatoire des alcools, le dégrèvement des boissons hygiéniques, la propagande anti-alcoolique par les sociétés de tempérance. Mais ces mesures — quelque efficaces qu'elles soient — ne supprimeront jamais tous les alcooliques. Il faut donc aussi songer à assister, à réprimer ceux-là. L'hospitalisation des ivrognes dans des asiles spéciaux, leur rétention à temps sont des questions absolument d'actualité, puisqu'on se préoccupe de bâtir dans le département de la Seine un établissement destiné au traitement des buveurs d'habitude.

On voit par ce court compte rendu que la matière de ce petit livre est grande. Sa lecture sera certainement profitable à tous ceux qui l'entreprendront.

Le vertige (2), par le docteur Pierre BONNIER.

« Qu'est cette fonction fondamentale dont l'intégrité nous évite l'incoordination, l'ataxie? Elle n'a pas même un nom. Qu'est aussi cette autre fonction dont le trouble nous jette dans la sensation vertigineuse et dans l'incohérence sensorielle et motrice à la fois? Elle n'est pas davantage définie. Le vertige est le trouble bien caractérisé d'une fonction qui ne l'est pas. »

C'est pour remplir cette lacune que M. Pierre Bonnier s'est livré à une série de recherches qui ont abouti à une œuvre très originale. Il est difficile de donner, en quelques lignes, un aperçu des idées de l'auteur. Voici seulement le plan de son livre. Il étudie d'abord le sens de l'espace, qui serait une synthèse des sensations fournies par tous les sens : cette synthèse donne le sens de l'orientation. Le vertige est le trouble apporté à cette opération. Il peut tenir à des désordres qui ont pour siège une seule branche nerveuse, par exemple le nerf olfactif ou l'optique, — et l'origine du vertige est alors simple. Dans d'autres cas, il ressortit à des troubles plus complexes, frappant de différentes façons plusieurs territoires nerveux; tels sont les vertiges brightique, épileptique, tabétique, etc.

Le travail de M. Bonnier est la marque d'un esprit très personnel. Et si les théories qu'il propose sont un jour infirmées, il lui restera — cela lui est acquis déjà — d'avoir posé un problème très difficile et qui n'avait guère préoccupé les médecins jusqu'à ce jour.

E. TOULOUSE.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Carré.

(2) In-16 (Biblioth. Charcot-Debove). Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Lampe hygiénique à mousse de platine.

Système du docteur Onimus.

La partie essentielle de cet appareil est la mousse de platine rendue incandescente par l'évaporation de teintures alcooliques ou éthérées. L'action de la mousse de platine a de tout temps été reconnue tellement active qu'on lui a même attribué une action spéciale, qu'on avait surnommée « action catalytique ». Aussi aucun moyen n'est aussi énergique comme antiseptique, surtout si l'on y ajoute des essences.

La lampe étant allumée, on laissera pendant quelques minutes la flamme chauffer, puis rougir la mousse de platine, après quoi on éteindra la flamme en soufflant, et les produits de l'évaporation maintiendront le platine incandescent.

Pour remplir la lampe, on dégagera l'orifice en tournant la potence qui porte la mousse de platine, puis on retirera le tube de verre et la mèche en évitant de toucher le platine avec les doigts.

Il suffit de quelques minutes de fonctionnement pour faire disparaître l'odeur du tabac, l'odeur des cuisines, etc.

L'atmosphère fade qui se développe dans la chambre d'un malade est vite détruite et remplacée par un air plus léger et plus sain.

La lampe hygiénique sert également à purifier rapidement l'air des chambres d'hôtel et des compartiments de wagon.

Au point de vue médical, on peut, par ce procédé, faire absorber des substances médicamenteuses. C'est d'ailleurs un moyen excellent dans beaucoup d'affections, surtout dans celles de la poitrine, lorsqu'on veut ménager l'estomac, en faisant *respirer* les médicaments. Ceux-ci acquièrent même, par leur contact avec la mousse de platine, une activité plus considérable. On peut en varier évidemment la composition, selon les cas.

Pour assainir uniquement et parfumer une chambre, voici par exemple une formule qui peut être modifiée selon l'essence préférée :

Alcool à 95 degrés.	120	grammes.
Éther.	20	—
Essence de thym.	8	—
Essence de citron.	10	—

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 janvier 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Vadon, Guertin, Waynbaum, Morault, Vialloux, Critzmann, Narodezki, Poillot, Lamand, Crochet, Guyard, Javey, Louradour, Sipp, Lapicque, Leseigneur, Gillé, Guérin, Delestang, Bonnemaison, Bauraud, Feuchère, Gotteland, Roy, Jay, Sauvage, Dégrange, Le Boul, Bertrand, Vernet, Changeux, Vallais, de La Chapelle, Plouvier, Millon, Nouvel, Julien, Vivent, Razemon, Audignon, Nordmann, Savy, Boissat, Bardonnet, Saint-Pé, Mareuge, Huot, Dietrich, Poisson, Gauthier et Durand.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 janvier 1896, un concours s'ouvrira le 16 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'École de médecine de Rennes.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 décembre 1895, les récompenses suivantes ont été décernées aux docteur, interne et externes des hôpitaux dont les noms suivent :

Seine. — Médaille d'argent : M. Levrey (Léon), interne à l'hôpital Trousseau. — Médailles de bronze : MM. Audion (Pierre) et Macaud (Gaston), externes à l'hôpital Trousseau. — Ont contracté des affections contagieuses dans l'exercice de leurs fonctions.

Algérie. — Rappel de médaille d'or : M. le docteur Soulié, sous-directeur de l'Institut Pasteur, à Alger. Mission à Tanger (épidémie cholérique de 1895); titulaire de la médaille d'or à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1893, dans le département de Constantine.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1896, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

MM. les docteurs Billet (de Lons-le-Saunier) a été le premier, dans le sud du Jura, à reconstituer les vignobles par des plants greffés : vingt-cinq ans de service. — Vaffier, maire de Chênes; administrateur de la société d'agriculture de Mâcon. Auteur de divers articles agricoles et viticoles. S'est occupé activement de la reconstitution des vignobles dans la région. — Bardo, membre du conseil général d'Alger, maire de Chéragas; trente-quatre ans de services. — Fabriès, maire de l'Oued-Imbert, vice-président du comice agricole de Bel-Abbès pendant dix ans, puis président depuis 1891. A collaboré à l'établissement de la carte agronomique de l'arrondissement de Sidi-bel-Abbès; trente-deux ans de services. — Vincent, à Papeete, président de la chambre d'agriculture des établissements français de l'Océanie.

— *Concours de l'internat.* — Questions posées : Rapports de l'uretère. — Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale.

Séance du 10 janvier, notes totalisées : 44, M. Griffon. — 43, MM. Fontoynont et Roques. — 41, MM. Clerc, Iselin et Michaut (Ch.). — 40, MM. Bacaloglu et Rastouil. — 37, M. Drouard. — — 36, M. Weill (B.).

— Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Poitiers se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Tiffaud et Mathieu. — *Interne suppléant :* M. Fourré. — *Externes :* MM. Gruié, Félix, Fontanille, Teysseré, Pouliot, Fourré, Mesmin et de Clisson.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dechaux (de Montluçon); Labric, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; Nestor Lenglet (d'Englefontaine); Raymond (d'Eymoutiers); Taupin (de Rouen).

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, nos 11 et 12, novembre et décembre 1895.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 fr. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — JEUDI 16 JANVIER 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 16 JANVIER 1896. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 11 janvier 1896, M. Habert, médecin-major de deuxième classe au 17e bataillon de chasseurs à pied, a été affecté au 156e d'infanterie, par permutation avec M. Goulon, médecin-major de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1896, le paragraphe 1er de l'article 5 du règlement du 24 décembre 1891 est modifié comme il suit :

Bourses du doctorat de deuxième année. — Sont admis à concourir, les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

— *Concours de l'internat.* — Questions posées : Rapports de la parotide ; Oreillons. — Muscles de l'éminence thénar ; paralysie saturnine.

Séance du 13 janvier : 42, MM. Marcille et Mettetal. — 40, MM. Masbrenier, Radouan et Ungauer. — 37, M. Guéry.

Séance du 14 janvier : 43, MM. Cadal et Coyon. — 41, MM. Herbécourt, Larrieu et Le Dard. — 40, M. Arnal. — 38, M. Frossard.

La prochaine séance aura lieu jeudi 16 janvier.

— Le concours pour la chaire de chirurgie militaire et navale près l'École de médecine navale de Toulon, s'est terminé par la nomination de M. le médecin principal de la marine Cocquiart.

— Un concours s'ouvrira le 16 juillet 1896, devant l'École de médecine de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté décerne les récompenses suivantes aux thèses soutenues pendant l'année scolaire 1894-1895 :

Médailles d'argent : MM. F. Bezançon, Charcot, P. Delbet, Huber, Jayle, Jourdan, P. Londe, Michon, Phulpin et Reymond.

Médailles de bronze : MM. Bergé, Biétrix, Bresset, Chaillou, Cocagne, Damaye, Delabost, Durante, Duvivier, F. Genouville, Glantenay, Gouget, Halipré, Hulot, Laisney, Lapicque, Leseigneur, Moreigne, Phiot, Rodriguez et Wassermann.

Mentions honorables : MM. Bernard, Corby, Crochet, Daumy, Desgrez, Djoritch, Dutournier, Flamant, Gentilhomme, Jacquinet, Jeannin, Juvara, Lefilliâtre, Maggiar, Mme Magnus, MM. Marçais, Moreau, Perregaux, Pouzol, Quelmé, Raffray, Gervais de Rouville et Sourdille.

— Le registre d'inscriptions à la Faculté de médecine de Paris, ouvert le 8 janvier, sera clos le samedi 1er février 1896, à trois heures.

Les inscriptions sont délivrées de midi à trois heures de l'après-midi (excepté les lundis et mardis).

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Porte, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Berger.

— Un groupe d'amis de M. le docteur Albert Le Blond se propose de lui offrir un banquet ainsi qu'un souvenir, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Le montant de la cotisation est fixé à 20 francs, comprenant le prix du souvenir et celui du banquet, qui aura lieu le mercredi 12 février prochain, à sept heures et demie, chez Marguery.

Prière d'adresser les adhésions, avant le 6 février, à M. le docteur Georges Lévy, 47, rue de Paradis, ou à M. le docteur Philippeau, 12, rue de Châteaudun.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

77. M. Moissonnier. Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. — 78. M. Durville. L'hygroma de la bourse séreuse du psoas. — 79. M. Francopoulo. La gangrène totale du pied par congélation et son traitement opératoire. — 80. M. Noblet. Du méningisme, syndrome de E. Dupré. — 81. M. Gardé. Effets physiologiques de l'électricité. Mort apparente. Rappel à la vie. — 82. M. Gatay. Phlébite rhumatismale. — 83. M. Baron. De l'ictère catarrhal chez les enfants. — 84. M. Debains. Conduite à tenir dans l'avortement ovulaire et embryonnaire. — 85. M. Martin. Des kystes du canal thyro-lingual. (Contribution à l'étude des affections congénitales de la langue et du cou.) — 86. M. Ortéga. Étude sur l'empyème des sinus frontaux. — 87. M. Aupérin. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose rénale à forme hématurique. — 88. M. Dorion. Sur un cas de nécrose après brûlure. — 89. M. Delarue. Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires. — 90. M. Girard. Corps étrangers de l'oreille. — 91. M. Pruvost. Utérus double et accouchement.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lagneau a fait connaître les résultats d'une étude statistique intéressante sur les enfants abandonnés. Que deviennent les enfants privés de leur mère? Quel contingent fournissent-ils à la morbidité et à la mortalité infantiles? Quels résultats donnent les lois et mesures de protections instituées en leur faveur? Telles sont les diverses questions auxquelles se rapporte le travail de M. Lagneau. Il résulte de ses recherches que, malgré tous les efforts de l'Assistance, la privation des soins maternels accroît la mortalité de l'enfant dans des proportions considérables. Or, on conçoit toute la gravité de cette constatation, si l'on ajoute que le nombre des mères obligées de se séparer de leur enfant va toujours croissant. Il importe donc de faire tout le possible pour permettre à ces mères de conserver près d'elles, de soigner elles-mêmes leur enfant, et d'appliquer, dans toute sa rigueur, la loi de la protection des enfants du premier âge.

Quand on étudie de près, comme le fait M. Lagneau, ces graves questions, on est péniblement impressionné par les conséquences désastreuses qui en résultent pour notre état social, et on ne saurait trop insister sur la nécessité de favoriser, par tous les moyens possibles, les mesures qui semblent les plus propres à remédier à cet état de choses.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'antisepsie simple et pratique à la campagne.

Dans la majorité des cas de la pratique, les fautes les plus graves sont journellement commises contre l'antisepsie, parce que le praticien ignore que c'est chose simple d'obtenir une antisepsie, qui, pour être scientifiquement et théoriquement insuffisante, est, en réalité, pratiquement efficace.

Les différents livres qui traitent de l'antisepsie, chose qui paraît si banale à nos jeunes élèves d'aujourd'hui, ne tiennent pas compte de ce que la pratique urbaine est toute différente de la pratique hospitalière et qu'aussi nombre de confrères, éloignés depuis longtemps des études chirurgicales, doivent difficilement s'y reconnaître dans le dédale des appareils et des préparations nécessaires pour une antisepsie rigoureuse.

Quelques confrères instruits accuseront peut-être les conseils que nous allons donner d'être d'une banalité par trop grande, nous leur répondrons que ces lignes ne sont point pour eux, mais pour nos confrères isolés, loin de tout centre chirurgical, dépourvus de ressources pharmaceutiques et livrés à leurs propres forces. Si les moyens que nous préconisons ne permettent pas d'obtenir l'antisepsie idéale et rigoureuse, indispensable pour les grandes opérations abdominales, du moins elle est absolument suffisante pour les mille cas de la pratique courante.

Supposons donc qu'il s'agisse d'une plaie quelconque, large ou petite, superficielle ou profonde, légère ou grave, accidentelle ou chirurgicale. En face d'elle, avant d'appliquer le pansement définitif, le praticien doit, *avant tout*, obtenir trois choses : l'asepsie de ses mains, l'asepsie de ses instruments et l'asepsie de la plaie.

Asepsie des mains. — C'est là le premier point par lequel il faut débuter : rinçage, savonnage, brossage méthodique et *prolongé*, à l'eau plutôt chaude que froide. Nettoyage absolu des ongles. Telle est la première manœuvre.

Dans une cuvette voisine, bien nettoyée à l'eau bouillante, ou flambée à l'alcool, il va falloir faire la solution antiseptique, qui doit parfaire ce que le savonnage a commencé.

Cette solution s'obtiendra extemporanément, en ajoutant la quantité voulue d'une solution à parties égales de glycérine et d'acide phénique, pour obtenir une solution aqueuse dont le titre variera de 2 à 5 p. 100.

S'il n'y a point d'instruments à stériliser, la solution de sublimé nous paraît préférable, elle est bien moins irritante, à pouvoir antiseptique égal. On l'obtient aisément, soit à l'aide d'une solution mère, soit à l'aide des paquets, dits « paquets de sage-femme » dont l'Académie a donné la formule :

Sublimé	50 centigrammes.
Acide tartrique	50 —
Carmin d'indigo.	q. s.

soit à l'aide de papiers imprégnés de solution titrée, soit à l'aide de pastilles conservées dans des tubes, et dont le dosage varie de 25 centigrammes à 1 gramme. Le titre de la solution que l'on doit obtenir doit être, en général, celui de la liqueur de Van Swieten, c'est-à-dire à 1 p. 1000.

Nous ne saurions trop conseiller à nos confères de ne se servir que de solutions colorées pour éviter de graves mécomptes et pour leur permettre de reconnaître toujours la nature des substances employées. Par exemple, les solutions phéniquées peuvent être colorées en rose ou en jaune, les solutions de sublimé en bleu. Il convient toutefois d'éviter ces excès de coloration dont abusent certains pharmaciens. L'usage de ces solutions teint les mains d'une façon aussi désagréable que persistante.

Les solutions étant préparées, on peut les mettre dans deux récipients, préalablement rincés ou mieux stérilisés par l'inflammation de quelques gouttes d'alcool. L'un de ces récipients contiendra la solution qui doit rester pure jusqu'au pansement et être mise en dernier lieu en contact avec la plaie. L'autre va servir à nettoyer à nouveau les mains du chirurgien lorsqu'il aura, une première fois, savonné la plaie et la région voisine de la plaie.

Asepsie de la plaie. — Les mains une fois nettoyées au savon, dans une cuvette, remplie d'eau propre et tiède, on plonge la brosse et le savon dont le chirurgien va à nouveau se servir pour nettoyer la région blessée.

Quand cette première toilette est faite, il va falloir la terminer définitivement. Pour cela le chirurgien plonge à nouveau ses mains dans l'eau pour les débarrasser du savon en excès, nettoyer la brosse, et il immerge et brosse à nouveau ses mains dans la solution antiseptique préparée. Quand nous disons ses mains, nous n'entendons pas seulement les extrémités des doigts, mais la main, le poignet et une grande partie des avant-bras. Car il demeure entendu que le médecin, en arrivant, a mis habit bas et a retroussé, au-dessus du coude, les manches de sa chemise.

Après une immersion et un brossage suffisants, les mains sont propres et peuvent, avec des linges stérilisés, nettoyer définitivement la région blessée. Ces linges stérilisés peuvent être des compresses, des serviettes, des mouchoirs, qu'on aura fait bouillir pendant le temps des premiers préparatifs. On les refroidira en versant, dans le récipient qui

les contient, une certaine quantité du liquide antiseptique préparé.

On peut, et cela est plus commode, utiliser du coton hydrophile, qu'on aura roulé en tampons et mis macérer dans la solution de sublimé pendant les différents temps du brossage au savon.

Avec ces linges ou ces tampons, imprégnés de solution antiseptique, on frotte la périphérie de la blessure et on irrigue celle-ci largement, de façon à la débarrasser de toutes les souillures qui peuvent la contaminer.

Lorsque ce lavage est effectué, la plaie est prête pour le pansement. Ce pansement sera sec, pulvérulent, à l'iodoforme ou au salol; obturateur, au collodion ou au stérésol, si la plaie est sûrement aseptique. Il sera humide, à l'acide phénique ou au sublimé, s'il persiste des doutes sur la possibilité d'une infection. On utilisera, pour les premiers de ces pansements, de la gaze iodoformée, phéniquée ou salolée; pour les seconds, des compresses ou des tampons imprégnés de solution antiseptique et recouverts de taffetas gommé, qu'on aura préalablement passé à la solution de sublimé ou d'acide phénique.

Du coton hydrophile, ou du coton cardé ordinaire, une bande faite de *tarlatane souple* ou de *mousseline molle* qu'on a eu soin d'humecter dans l'eau, maintient le tout et assure une protection suffisante jusqu'au prochain pansement.

Asepsie des instruments. — Si l'on a eu à se servir d'instruments, ciseaux, stylets, sonde cannelée, pinces, quelques minutes d'ébullition avec les compresses, ou bien le flambage dans un plat ou l'on a versé une légère couche d'alcool, procurent une asepsie suffisante. On les refroidira en versant dessus une certaine quantité d'une solution d'acide phénique et non de sublimé, cette dernière substance détériorant très rapidement les instruments.

Avant de terminer ces quelques conseils, disons encore que, pendant toute la durée de ces manœuvres, les mains de l'opérateur doivent rester constamment humides, ne jamais toucher à un objet voisin, toujours suspect d'être contaminé.

En résumé, les différents temps se succèdent de la façon suivante :

1° Lavage et brossage consciencieux des mains;

2° Lavage et brossage consciencieux de la région blessée;

3° Immersion et brossage des mains dans une solution antiseptique;

4° Lavage et brossage de la plaie avec cette solution;

5° Pansement.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Vallas.

De la pharyngotomie transhyoïdienne (1).

Je propose, sous ce nom, une opération destinée à donner accès dans la partie inférieure du pharynx.

Cette région peut être le siège de productions néoplasiques implantées sur divers points, notamment sur l'épiglotte et les parties avoisinantes : sillon glosso-épiglottique et base de la langue d'une part, replis aryténo-épiglottiques et orifice supérieur du larynx d'autre part. Toutes ces tumeurs, surtout les tumeurs malignes qui demandent à être enlevées largement, sont d'un abord difficile, en raison de la profondeur à laquelle elles sont situées. Jusqu'à présent, les chirurgiens les ont attaquées soit par les voies naturelles, soit par une incision transversale de la membrane hyo-thyroïdienne (pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne).

Par les voies naturelles, en s'aidant du miroir laryngoscopique, on peut enlever les tumeurs bénignes plus ou moins bien pédiculées, mais les tumeurs malignes, infiltrées dans la profondeur des tissus, échappent à cette intervention.

La pharyngotomie sous-hyoïdienne permet de serrer de plus près les indications opératoires. Toutefois, on peut lui faire deux reproches. En premier lieu, elle nécessite une incision transversale qui entame les parties molles du cou sur une trop grande largeur, et expose à la blessure d'organes importants, surtout du rameau supérieur du nerf laryngé supérieur. En second lieu, elle ne donne qu'un jour insuffisant, le champ opératoire étant bientôt limité, en haut par l'os hyoïde, en bas par le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Pour ces raisons, il est préférable de se frayer une route à travers l'os hyoïde lui-même, comme je l'ai fait récemment, et pour la première fois à ma connaissance, sur deux malades.

Le manuel opératoire est des plus simples et comprend les temps suivants :

1° Incision verticale sur la ligne médiane de 8 à 10 centimètres dont le milieu répond au corps de l'hyoïde.

2° Ostéotomie de l'os hyoïde et section médiane, au-dessus et au-dessous, des muscles qui s'y insèrent.

3° Incision, toujours verticale et médiane, de la membrane hyo-thyroïdienne.

Le dernier temps peut être supprimé, si l'on se trouve en présence d'une tumeur sous-muqueuse de la base de la langue.

J'ai pratiqué cette opération consécutivement sur deux malades qui ont été présentés, après guérison, à la *Société des Sciences médicales* (séance du 8 janvier 1896).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un épithélioma du sillon glosso-épiglottique étendu à toute la face antérieure de l'épiglotte et à la muqueuse de la base de la langue. Après avoir fait la trachéotomie préventive, je pratiquai la pharyngotomie transhyoïdienne, et il me fut facile d'extirper l'épiglotte en totalité et toutes les parties de la muqueuse linguale envahies par le néoplasme. Une sonde à demeure fut placée dans l'œsophage pour permettre l'alimentation du malade. Le lendemain de l'opération, la canule trachéale fut enlevée et, cinq semaines après, la cicatrisation était complète.

La seconde malade, jeune fille de 20 ans, présentait une tumeur congénitale de la base de la langue, développée dans l'épaisseur des muscles, au niveau du *foramen cæcum*, et en rapport avec l'évolution du canal thyréo-glosse. Une première tentative d'extirpation par la voie sus-hyoïdienne latérale, tentée en 1894, avait échoué. Je fis, il y a trois semaines, la section de l'os hyoïde, sans incision de la membrane hyo-thyroïdienne, et, par la brèche ainsi obtenue, j'arrivai sur la tumeur que je pus énucléer et extirper en totalité. La trachéotomie ne fut pas pratiquée dans ce cas, car toutes les manœuvres opératoires eurent lieu sous la

(1) Communication à la Société des sciences médicales de Lyon, dans la séance du 8 janvier 1896.

muqueuse linguale en dehors de la cavité pharyngienne. La guérison fut obtenue en un mois (1).

Je n'ai observé aucun trouble fonctionnel après la section médiane de l'os hyoïde, bien que la suture osseuse n'ait pas été pratiquée.

En résumé, la pharyngotomie trans-hyoïdienne, qui donne beaucoup de jour et ne menace aucun organe important, me paraît devoir être la méthode de choix pour aborder la partie inférieure du pharynx, de préférence à la voie sous-hyoïdienne uniquement suivie jusqu'à ce jour.

DE L'ÉCLAMPSIE TARDIVE ET DE SON DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Par les docteurs Alf. Jean,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
et Manuel Vicente.

I

Cet article a pour objet de mettre en lumière un fait souvent méconnu, parce qu'il est rare, à savoir que l'éclampsie des femmes en couches se montre parfois à une époque tardive, longtemps après l'accouchement, et qu'à cet égard, on est dans une sécurité trompeuse lorsque l'on s'appuie uniquement sur l'absence de l'albuminurie pour se croire à l'abri d'une redoutable complication.

Après comme avant l'accouchement, l'éclampsie peut se produire, alors même que l'urine est normale et ne contient pas d'albumine.

Nous n'apprendrons rien de nouveau en disant, d'autre part, que l'ensemble morbide aboutissant à la crise convulsive caractéristique est un état mal défini et que, si l'albuminurie n'y est pas constante, l'absence de ce fil conducteur, l'albuminurie, doit souvent mettre obstacle à une exacte interprétation des faits.

Ce que nous voudrions faire comprendre et admettre, c'est que cet état mal défini est l'*état éclamptique* lui-même, — appelons-le ainsi à défaut d'autre terme, — qu'il ne lui manque que la crise, laquelle d'ailleurs peut être légère, ébauchée et passer inaperçue; et que, au surplus, cette crise inséparable de l'idée d'éclampsie, on a pu la faire naître au moyen d'une excitation.

L'étymologie, par un singulier résultat de l'enchaînement des mots et des idées, nous a fait prendre ici l'habitude de limiter nos investigations aux formes apparentes d'un mal qui a son existence propre et que, trop souvent, nous ne combattons que lorsqu'il s'est manifesté bruyamment.

Ce mal existe cependant longtemps avant la convulsion dont il explique la genèse.

La convulsion ne fait que rendre ostensible une forme *aggravée*.

Pourquoi continuerions-nous de ne voir que cette forme aggravée et d'attendre pour traiter la forme initiale que l'albuminurie ou la convulsion lui aient donné une sorte de personnalité morbide?

Si l'on arguait de l'impossibilité de faire, dans beaucoup de cas, un diagnostic et un traitement préventifs, nous répondrions que le médecin n'attend pas la venue d'une attaque d'éclampsie urémique pour diagnostiquer l'urémie. La convulsion n'est pour lui qu'un fait accessoire. Avant qu'elle se produisît, il la considérait comme possible, mais ce n'était pas elle seule que visait son traitement. Son siège était fait de longue date, il savait qu'il devait compter avec elle, et le jour où elle se produit, il dit que la maladie est arrivée à un stade avancé, peut-être terminal et qu'il faut rattacher l'effet à la cause.

L'analogie n'est pas complète avec l'affection qui nous occupe, attendu que l'éclampsie proprement dite guérit souvent et que l'albuminurie, à peu près constante de l'état urémique, enlève toute incertitude au diagnostic.

Serait-ce une raison pour que le traitement ne précédât pas la crise quand l'albuminurie a fait défaut? Qu'il s'agisse de l'urémie ou de l'éclampsie vraie, le traitement doit être préventif et nous voudrions que l'on sût reconnaître à temps l'éclampsie tardive, non albuminurique et silencieuse, comme on sait reconnaître l'urémie dans certaines néphrites sans albumine.

II

Toutes choses égales d'ailleurs, si l'on veut bien admettre ce que nous dirons plus loin, il n'est pas nécessaire d'être grand clerc pour se mettre en garde contre l'éclampsie tardive. Il suffit d'y penser et s'il arrive qu'on mette au régime lacté, pendant une semaine, quelques accouchées qui n'en ont pas besoin, le dommage ne sera pas bien grand.

Observation I. — Mme X..., âgée de trente-cinq ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, a eu deux enfants.

Au mois de mars dernier, elle accouche d'un troisième enfant dans des conditions normales.

Cette malade a été atteinte de syphilis avant la naissance de son premier enfant et a suivi un traitement spécifique.

Le premier enfant, âgé de six ans, a souffert de kératite spécifique. Le second enfant est indemne. Pendant la période de gestation, le traitement a été repris lors de la dernière grossesse.

L'accouchement s'est fait normalement à terme.

Durant une semaine, les suites de cette couche sont normales, mais vers le huitième jour, la malade perd l'appétit et se plaint de malaise général et de céphalalgie. Elle n'a pas de frissons. La température reste à 37°5, 38 degrés. Les lochies sont un peu odorantes. Traitement : injections de sublimé au 1/4000; sulfate de quinine.

Malgré ce traitement ayant en vue la possibilité d'une infection puerpérale légère, tous les symptômes persistent. L'antisepsie, dirigée tout d'abord par une sage-femme, paraissait avoir été incomplète et l'on pensait qu'en employant un traitement sérieux, l'amélioration surviendrait, mais, au contraire, la situation reste stationnaire, sans apparence de mieux. On examine l'urine extraite avec la sonde, elle est normale. L'alimentation est toujours difficile, la céphalalgie continue et s'accompagne d'une torpeur et d'une sorte d'obnubilation intellectuelles, dont l'explication nous échappe. C'est alors que le docteur Jean voit la malade pour la première fois, vers le dixième jour de la maladie.

Sans pouvoir formuler une opinion bien arrêtée, il pense, avec son confrère, le docteur Vicente, qu'il s'agit d'une infection puerpérale dont on pourra triompher avec les injections intra-utérines et le curetage de l'utérus.

Cette opération est pratiquée le jour même.

Or, pendant le cours de l'opération, faite cependant avec toutes les précautions utiles et sans le secours du chloro-

(1) L'examen microscopique, pratiqué par M. le docteur Paviot, à la Faculté, a montré que cette tumeur était constituée par des éléments thyroïdiens présentant tous les intermédiaires depuis les vésicules thyroïdiennes jeunes jusqu'aux vésicules adultes et complètement développées. Cette observation est un exemple unique, je crois, de goitre aberrant inclus dans l'épaisseur de la langue.

forme, la malade esquissa deux petites crises éclamptiques, avec perte de connaissance et mouvements convulsifs de la face et des yeux. Chaque fois il fut facile de la réveiller. Elle paraissait alors sortir d'un rêve et ne se rappelait rien.

A ce moment, notre attention est attirée par une légère bouffissure de la face et des yeux, que nous remarquons pour la première fois.

L'opération terminée, la malade reste hébétée, elle a la tête lourde, mais elle est consciente.

L'urine examinée de nouveau est normale.

Nous soumettons la malade au régime lacté pendant dix jours et, à ce moment, elle peut reprendre son alimentation habituelle. Revue un mois après, le retour à la santé est complet. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la phtisie et des affections pulmonaires.

Par le docteur E. Lasniée.

Les notions nouvelles sur la bactériologie des affections pulmonaires et de la phtisie en particulier, ont été très profitables à la thérapeutique de ces affections, moins peut-être parce qu'avec leur aide on a pu préciser la nature du mal, que parce qu'elles ont confirmé les idées théoriques que la clinique avait fait pressentir. Grâce à leur lumière, les affections des bronches et des poumons, et surtout la phtisie pulmonaire, qui représente bien le type des maladies infectieuses à marche plus ou moins chronique, ont été attaquées, sinon avec de nouvelles armes, du moins avec des agents rajeunis, perfectionnés et mieux appropriés. Quelle que soit la valeur séméiologique que l'on attache ici au microbe, il est bien certain qu'il faut tenir compte de deux facteurs, le microbe, et le terrain. Le traitement actif, médicamenteux, s'attaque particulièrement au premier, les corroborants, la suralimentation par la poudre de viande et le traitement hygiénique ont pour fonction de fortifier le terrain et de le rendre inaccessible au parasite.

Avant d'avoir compris ces notions, la thérapeutique avait déjà, en quelque sorte instinctivement, divisé ses moyens. Si quelques médecins, accordant une valeur presque exclusive au traitement hygiénique, avaient fait peu de cas de la plupart des médicaments inscrits sur nos formulaires, il faut reconnaître, cependant, qu'un seul d'entre eux avait surnagé, la créosote. Il avait bien fallu que cet agent possédât des propriétés curatives manifestes pour avoir trouvé grâce aux yeux des plus sceptiques.

Depuis les dernières découvertes, le traitement créosoté n'a fait que prendre de la faveur. On a compris qu'il y avait beaucoup à attendre de l'action antiseptique de certains agents introduits dans l'organisme. Dans ces tentatives innombrables, c'est encore la créosote qui l'a emporté.

Faire pénétrer la créosote dans l'organisme, l'en saturer, pour ainsi dire, tel a été le but des efforts de la thérapeutique dans ces derniers temps. Toutes les voies ont été mises à contribution : la voie gastro-intestinale, la voie pulmonaire, la voie sous-cutanée. Nous n'avons pas l'intention de discuter ici les indications qui doivent guider le praticien à choisir l'une ou l'autre de ces voies. Nous ferons seulement remarquer que la voie gastro-intestinale est celle qui sera toujours le plus souvent employée et qui rendra, en somme, le plus de services, comme étant la plus commode et la mieux acceptée.

Tous les malades supportent facilement la créosote pure et bien préparée. Le principal est de n'employer qu'un produit très pur et débarrassé de tous principes irritants.

Sous son influence, les malades voient, leur appétit s'accroître; les digestions sont plus faciles et se font sans développement de gaz, ce qui peut s'expliquer par les propriétés antiputrides et antifermentescibles de cette substance. Les quintes de toux diminuent, surtout la nuit; l'expectoration est plus facile, moins abondante; parfois elle change de caractère, de purulente elle devient muqueuse, prend une odeur aromatique, surtout après l'usage des hautes doses. L'odeur de l'haleine montre que la créosote s'élimine par les poumons et peut agir directement sur la muqueuse lésée ou sur les surfaces pour modifier ou tarir les sécrétions. D'un autre côté, la fièvre hectique diminue ou cesse par un mécanisme indirect, par suite de la diminution des sécrétions et de l'amélioration des surfaces malades. Le pouls et la respiration diminuent de fréquence, les sueurs persistent rarement.

En général, on observe à la fois une amélioration de l'état local et des phénomènes subjectifs. Les bruits pulmonaires anormaux diminuent, le poids du corps augmente. L'examen des crachats et la recherche des bacilles confirment l'amélioration des symptômes.

Depuis longtemps déjà, M. Trouette-Perret a eu l'heureuse idée d'associer la créosote au baume de Tolu et au goudron, non seulement mélangés, mais émulsionnés entre eux, ce qui en double pour ainsi dire l'action, tout en supprimant toute intolérance et toute action irritante. La pureté des produits composants est rigoureuse et absolue.

Le mélange est mis dans de petites capsules appelées Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : chaque capsule contient 5 centigrammes de créosote pure dehêtre, et 5 centigrammes de baume de Tolu émulsionnés dans 7 centigrammes et demi de goudron de Norvège; c'est le meilleur mode d'administration de la créosote, le plus rationnel d'ailleurs et le mieux toléré. Deux ou trois de ces Gouttes Livoniennes, prises à chaque repas, suffisent d'ordinaire pour produire les meilleurs résultats : on augmente ou diminue cette dose, suivant l'état du malade et l'effet à obtenir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1896. — Présidence de M. Hervieux.

RAPPORT

Eaux minérales. — M. CONSTANTIN PAUL lit un rapport sur les eaux minérales.

COMMUNICATION

Combien d'enfants, dans notre état social, sont privés des soins de leurs mères! — M. LAGNEAU. En 1892, sur 875888 décédés, plus d'un sixième, 155618 avaient moins d'un an. Cette mortalité élevée paraît attribuable au défaut de soins maternels, dont sont privés de très nombreux enfants.

En effet, en 1893, il y a en France 14969 orphelins et 78934 enfants trouvés et abandonnés, soit 93903 enfants assislés, dont 68 sur 100 meurent avant vingt ans. Beaucoup de femmes riches, au nombre annuel de plus de 5000 à Paris seulement, se font suppléer pour l'allaitement par des nourrices sur lieu, qui en laissant prématurément, avant la fin du septième mois, leurs enfants à des parentes, à des amies, les exposent à une mortalité pouvant s'élever jusqu'à 77 sur 100.

Si quelques ouvrières peuvent conserver leurs enfants tout en travaillant, lorsqu'elles se trouvent à proximité de crèches où elles peuvent les déposer et les allaiter, la plupart des femmes employées dans le commerce, dans l'administration, et surtout la plupart des domestiques ne peuvent

conserver leurs enfants et sont obligées de les envoyer en nourrice.

Bien que de jeunes mères, sans déclaration préalable, envoient chez des parentes leurs jeunes enfants, il est curieux de constater que, conformément à la loi du 23 décembre 1874, sur les 181 943 nouveau-nés enregistrés en 1891, dans nos villes de plus de 20000 âmes, 48839, près d'un quart, sont déclarés comme devant être envoyés en nourrice; proportion qui, à Paris et à Lyon, s'élève à environ un tiers. La mortalité des nourrissons parisiens, suivant leur âge et les conditions de placement, varierait de 21 à 52 sur 100.

Lorsqu'on voit combien la privation des soins maternels accroît la mortalité de l'enfant, on sent combien il importe : 1° de multiplier tous les moyens qui permettent à des mères de plus en plus nombreuses de conserver près d'elles leurs enfants; 2° d'étendre à des enfants de plus en plus nombreux l'application encore incomplète de la loi pour la protection des enfants du premier âge.

M. LE PRÉSIDENT annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon, sur les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un curieux de médecine au XVIIe siècle. Le conseiller Fabri de Peiresc.

Par le docteur CABANÈS.

Il méritait mieux qu'un buste, « le grand humaniste, le grand savant, le grand Mécène du XVIIe siècle », comme on l'a qualifié — et vraiment ces qualificatifs ne dépassent pas la mesure — qu'on vient d'officiellement encenser sur une des places d'Aix-en-Provence. Ce nom ne dit rien aux ignorants : Peiresc! Peiresc! encore une gloire du Midi, une illustration régionale, un grand homme de province! Et ceux qui raillent les décentralisateurs — quel mot aux pédantes allures! — laissent déborder leur ironie : il y a donc disette d'hommes, dans le pays des oliviers, pour aller déterrer d'aussi obscurs personnages! Ceux qui parlent ainsi ne connaissent rien de la vie de Peiresc. D'autres croient avoir tout dit quand ils ont qualifié ce magistrat lettré de protecteur des arts et d'amateur éclairé. A ceux-là, M. Gaston Paris, qui a prononcé une si jolie allocution au pied du buste de Peiresc, a suffisamment répondu : « Ce n'est pas assez, a-t-il parfaitement dit, d'appeler Peiresc, comme on fait d'ordinaire, un *grand curieux* ou un *grand amateur*. Il fut plus et mieux que cela. Un curieux collectionne trop souvent pour le simple plaisir de collectionner, ne rattache entre eux par aucun lien les objets de sa curiosité et ne se soucie que de les posséder; un amateur n'approfondit rien et se borne à jouir intelligemment, mais superficiellement, de travaux d'autrui. Peiresc ne fut un grand curieux que parce qu'il avait l'esprit scientifique et en même temps pratique, l'amour du vrai et l'amour du bien. Il ne se contenta pas non plus de profiter du travail des autres, il travailla lui-même énormément. Il fut en histoire, en archéologie, un excellent critique; en sciences physiques et naturelles, un observateur méthodique et sagace... »

C'est à ce dernier point de vue surtout que nous voudrions faire connaître Peiresc, qui, s'il ne fut pas un des réguliers de la profession, s'intéressa à tous les problèmes, à toutes les découvertes scientifiques qui passionnèrent les esprits au temps où il vécut.

Il n'y avait pourtant pas été préparé par ses études premières. Peiresc était d'une noblesse de robe et ses origines lui dictaient sa vocation. Il appartenait à une ancienne famille, de souche italienne, qui était venue sur le tard se fixer en Provence. Un de ses ancêtres avait suivi saint Louis à la seconde croisade. Le Parlement d'Aix avait compté plusieurs de ses aïeux parmi ses membres.

Le père de Peiresc, esprit cultivé, avait fait donner à son fils une éducation libérale des plus soignées. Le jeune homme, après avoir achevé ses études à Avignon, était parti pour l'Italie, afin de compléter son instruction. Il séjourna successivement à Pise, Florence, Boulogne, Ferrare, Venise et Padoue. A Padoue, il assista aux démonstrations publiques et particulières du plus célèbre professeur d'anatomie de l'Université de cette ville, Fabrice d'Acquapendente. Mais il s'attachait surtout à visiter, partout où il passait, les musées et les collections, et faisait l'acquisition de médailles, de marbres et autres objets d'art, destinés à enrichir le cabinet qu'il commençait, dès cette époque — il avait à peine vingt ans — à constituer.

Nous esquissons à larges traits la biographie de Peiresc, pour nous arrêter avec plus de détails sur ce qui fait l'objet de cette étude. De retour en Provence, notre conseiller reprend ses fonctions au Parlement d'Aix. Il ne tarde pas à se lier avec son premier président, G. du Vair; avec le poète Malherbe, dont il conquiert vite la sympathie, malgré ses dehors plutôt rudes. Toute la société lettrée du temps de Henri IV, les de Thou, les Sainte-Marthe, les Casaubon, etc., s'honorent de son amitié.

Qnand du Vair est nommé garde des sceaux, Peiresc l'accompagne à Paris, d'où il gagne, à ses premiers loisirs, l'Angleterre, puis la Hollande. En Hollande, il se présente à Scaliger et à Grotius qui lui réservent le meilleur accueil.

Rentré de nouveau à Aix, il se livre désormais à ses goûts et emploie la plus grande partie de son temps à correspondre avec les savants du monde entier sur les sujets les plus divers (1). A peine s'absente-t-il, pendant quelques jours, pour accompagner à Digne son ami et protecteur, G. du Vair qui va y prendre les eaux; ou pour se rendre à Montpellier, où il fréquente assidûment le Jardin royal des plantes et suit les cours du démonstrateur de botanique, Richer de Belleval, qui se montre enthousiasmé des progrès de son disciple.

Il rend aussi de fréquentes visites au célèbre François Ranchin, aussi épris de numismatique que de médecine, et au médecin Jean Dortoman. Ce Dortoman est une physionomie moins connue que Ranchin, mais qui n'en offre pas moins d'intérêt. C'est un habile praticien dont Peiresc suit assez volontiers les avis, malgré son scepticisme de bourgeois instruit à l'égard des pratiques médicales (2).

---

(1) Il correspondait avec Rubens, avec Van Dyck, qui fit son portrait, avec Galilée, dont il se montra un des plus chauds partisans. Dans une de ses lettres aux frères Dupuy, il s'étonne que Renaudot ait pu apprendre la sentence de l'Inquisition dans le procès intenté à Galilée, et il désirerait fort savoir de qui il tient la nouvelle. Il soupçonne le père Mersenne de la lui avoir communiquée, mais il ne parvient pas à tirer la chose au clair.

(2) Un jour que Dortoman alla voir Peiresc, conte le biographe de celui-ci, il lui apprit qu'il venait d'être consulté pour une femme de Beaucaire, grosse de vingt-trois mois. « Cette femme, qui est à son second mariage, lui dit-il, a eu du premier des enfants au terme ordinaire. Elle en a eu du second trois, dont un de onze mois, un de quatorze, l'autre de dix-huit. Et comme ces trois accouchements ont été très pénibles, elle consulte des médecins. » La femme, dont parlait Dortoman, accouchait peu de temps après d'un enfant qui avait des dents et des cheveux. Elle obtint de son mari qu'il n'aurait plus de rapports avec elle. (*Vie de Peiresc*, par Requier, p. 61-65.)

Entre temps, il s'occupait d'horticulture, d'astronomie avec Gassendi qui le guidait dans ses expériences, ne se contentant pas de faire de curieuses observations sur l'optique, sur la vision, mais consignant dans ses lettres le résultat de ses recherches sur les yeux de différents animaux; émettant des théories aussi neuves qu'originales sur la réflexion des images dans l'œil humain, sur le rôle du cristallin, etc.

Bien plus, il s'impose la tâche de servir lui-même de sujet d'expérimentation. Peu après son retour de Montpellier, il tombe malade. Le caractère de son affection est assez difficile à déterminer : il ne peut supporter le contact du moindre vêtement, sans en être incommodé. Il se forme sur son corps « une tumeur rouge, accompagnée d'une violente démangeaison ». Partant de là, assure son biographe — et, pour notre part, nous ne nous portons pas autrement garant de l'assertion — Peiresc pense « qu'à l'exemple de ce qui lui arrivait alors, il pouvait se faire qu'il vînt à l'embryon un signe dans la même partie du corps où la mère touchait le sien, lorsqu'elle était frappée de l'image d'une chose dont elle avait envie ». Après tout, cette explication des *nævi* n'est guère plus invraisemblable que beaucoup d'autres! Pourquoi les signes se forment-ils non sur le corps de la mère, mais sur celui de l'enfant? La théorie que Peiresc développe à ce propos est, pour le moins, assez confuse à l'appui de ce qu'il avance : il se contente de rapporter le fait d'une femme, habitant un bourg de Provence, qui, poignardée pendant sa grossesse, mit au monde un enfant, lequel portait les traces des coups qu'avait reçus sa mère et au même endroit...

Peiresc quitte ces études frivoles pour s'occuper à des travaux plus sérieux.

En 1613, des ouvriers qui travaillaient dans une sablonnière voisine du château de Chaumont, propriété du marquis de Langon, située dans le Bas-Dauphiné, à quatre lieues de Romans, trouvaient à dix-sept ou dix-huit pieds de profondeur un certain nombre d'ossements de grandes dimensions : un col de l'omoplate, deux vertèbres, une tête humérale, un fragment de côte, un tibia, une astragale, un calcanéum et enfin deux maxillaires, presque complètement privés de dents. Une telle découverte, faite de nos jours, provoquerait une vive émotion dans le monde scientifique et une enquête, menée par des savants, serait aussitôt ordonnée. Mais à l'époque dont nous parlons, les charlatans exploitaient la crédulité publique et il eût été téméraire d'empiéter sur leur domaine. Des légendes eurent bientôt cours. Le bruit se répandit que les ossements avaient été extraits d'un tombeau dont il ne restait pas le moindre vestige, tombeau qui contenait dans son intérieur cinquante médailles d'argent avec le portrait de Marius, accompagné des lettres M. A. Comme Teutoboque, roi des Cimbres, avait été vaincu par Marius, on en concluait que les os appartenaient à ce souverain, dont la taille, d'après la tradition, dépassait de beaucoup la moyenne.

Peiresc demanda à examiner les ossements et conclut qu'ils étaient ceux d'un éléphant et non ceux d'un homme. Riolan arrivait à peu près aux mêmes conclusions. Mais un chirurgien du nom de Mazuyer se crut autorisé à attribuer les ossements au roi Teutobochus et rédigea, en conséquence, un procès-verbal de la découverte, qu'il fit légaliser par un notaire, un capitaine châtelain, et son greffier.

Le roi donna ordre d'envoyer à Paris les ossements de Teutobochus et on les y expédia incontinent, sauf « une partie de cuisse et deux dents », que le marquis de Langon se réserva.

Le 20 juillet 1613, le mystérieux ossuaire arrivait à Paris et l'intendant des médailles et antiques s'empressait d'en donner un récépissé à Mazuyer et au notaire Bertrand, dit Chenevier, qui s'étaient engagés à restituer le dépôt à M. de Langon, dans les dix-huit mois, à moins, toutefois, que Sa Majesté n'en décidât autrement (1).

La Cour était alors à Fontainebleau. Les ossements furent l'objet de la curiosité générale. On les porta dans la chambre de la reine. Le roi, les voyant, demanda s'il avait vraiment existé de si grands hommes. On lui répondit affirmativement. « Beaucoup de tels sujets feraient une belle armée, dit quelqu'un. — Oui, ajouta le roi, mais ils auraient bientôt ruiné un pays (2). »

Dans la lettre, datée du cabinet du roi, qui fut écrite à M. de Langon pour le remercier de son envoi, on ne sembla pas bien convaincu de l'identité de ces débris avec les restes du roi Teutobochus. On ne la niait pas positivement, mais on désirait voir les fragments que M. de Langon avait conservés par devers lui, et les médailles qui avaient été, disait-on, trouvées dans le tombeau. C'était reconnaître qu'on avait des doutes. Le chirurgien Habicot, lui, n'en avait pas le moindre et conclut, avec Mazuyer, qu'on avait bien sous les yeux des os humains (3). Riolan lui répliqua en termes des plus acrimonieux. La polémique s'envenima. Nouvelle brochure d'Habicot, nouvelle réplique de Riolan. Puis le silence se fit quand le public fut las de s'intéresser à cette vaine querelle. On n'en devait reparler que deux siècles plus tard (4).

On vient de voir Peiresc s'occuper de paléontologie et d'anatomie comparée, mais ces questions ne l'ont détourné que pendant quelques jours de ses études habituelles. La médecine, et, le croirait-on, la physiologie, avaient, malgré tout, ses préférences.

En 1628, Peiresc ayant su que Gaspard Asellius, anatomiste de Pavie, venait de publier un livre sur la découverte des veines lactées du mésentère, qui véhiculent le chyle, envoie chercher avec diligence des exemplaires de l'ouvrage qu'il distribue à plusieurs médecins de ses amis. Mais il ne se contente pas de vulgariser cette découverte, qu'il estime capitale; il refait lui-même sur les animaux toutes les expériences d'Asellius pour les contrôler.

Quand il apprend que Harvey vient de découvrir le mécanisme de la circulation du sang, il s'empresse de se procurer son livre et vérifie par l'expérimentation la découverte du médecin anglais. Sachant qu'on ne pouvait distinguer les veines que dans l'animal vivant ou palpitant encore, il désespérait d'en faire jamais l'observation sur l'homme. Voici, dès lors, ce qu'il imagina et qui démontre bien son esprit inventif : « Il fit donner amplement à manger à un homme condamné à la corde, lorsque son jugement ne lui avait pas encore été prononcé et qu'il était dans un état tranquille, afin qu'il y eût chez lui de quoi former un chyle qui fût devenu lait lorsque l'observation se ferait. Une heure et demie après l'exécution, on transporta le cadavre avec une promptitude extrême sur un théâtre d'anatomie et, dans le ventre, qu'on ouvrit sur-le-champ, parurent les veines blanches, de quelques-unes desquelles on tira la liqueur lactée (5). »

La curiosité de Peiresc devait s'exercer sur bien d'autres sujets. C'est ainsi qu'il fut le premier à observer que le sable calculeux de la vessie avait la figure rhomboïdrique et que, vu au microscope, il paraissait comme un amas de

(1) Ed. Fournier. *Variétés historiques et littéraires*, IX, p. 243 (note).
(2) Lettre du P. Millepied au P. Louis Pichevine, datée du 8 octobre 1613, citée par Fournier.
(3) Dans un opuscule de 60 pages, intitulé : *Gigantologie*.
(4) Pour tous les détails de cette lutte épique, consulter la thèse du docteur Vaucaire sur Habicot (p. 54-65) et Fournier, loc. cit., p. 244-247.
(5) Requier. *Vie de Peiresc*, p. 298.

briques configuré de cette façon; et il expliquait de la sorte que les angles de chaque gravier, pinçant le canal, déterminaient les douleurs violentes que le patient éprouvait (1).

Il avait formé le projet de donner une seconde édition de la *Pharmaceutique* de Constantin, médecin provençal qui, dans son ouvrage (2), s'était appliqué à démontrer qu'il n'était pas nécessaire d'avoir recours aux plantes et aux remèdes étrangers, la nature procurant aux hommes, dans les pays où ils naissent, les aliments et remèdes dont ils ont besoin. Il se montrait d'autant plus partisan de cette thérapeutique, qu'il avait le moins possible recours à la science des médecins, quand il était malade, accordant plutôt sa confiance à la nature médicatrice.

Ce n'est pas, cependant, qu'il ait été réfractaire au progrès, car il fut, au contraire, un des esprits les plus libres de son temps. Nous n'en voudrions donner qu'un témoignage, mais il est décisif : Peiresc fut un de ceux qui accueillirent avec le plus d'enthousiasme le journalisme naissant et notre grand ancêtre Renaudot trouva en lui, dès le début, un de ses meilleurs correspondants.

Nous ne croyons pas le fait connu des biographes du gazetier et, à ce titre, on nous excusera peut-être de nous y arrêter. C'est la Correspondance de Peiresc que devront consulter les futurs historiens de la presse, s'ils veulent faire œuvre de conscience et de vérité. C'est dans ses lettres aux frères Dupuy qu'on trouvera l'impression la plus vivante, la plus exacte que produisit, à ses débuts, la première feuille périodique.

Dès qu'il a appris l'apparition du journal de Renaudot, Peiresc, à l'affût de toutes les nouveautés, n'a garde de laisser échapper cette occasion de s'informer. Les premiers numéros qu'il reçoit le comblent de satisfaction et il trouve ces gazettes ou demi-feuilles de *nouvelles étrangères* (3) « de bonne et commode invention ». Il demande qu'on lui en adresse un double exemplaire, afin de pouvoir disposer d'un numéro, sans doute pour le communiquer.

Mais le *gazetan*, comme il l'appelle, ne met pas beaucoup d'empressement à le satisfaire, car il se plaint amèrement que le journal lui arrive en retard (4). Ces plaintes se renouvelleront d'ailleurs à de courts intervalles, jusqu'au jour où Peiresc se servira de l'intermédiaire d'un de ses amis, M. Du Lieu, pour recevoir de meilleure heure la gazette. Il consentirait bien à donner les deux pistoles que Renaudot lui réclame; au moins faudrait-il que le journal lui arrivât en son temps. Les gens de Lyon et de Marseille le reçoivent huit jours plus tôt que lui, et il est collaborateur! Car il fournit Renaudot de nouvelles, d'informations, qu'il reçoit de différents pays, et il lit le journal une semaine après les autres! Il ne demande qu'à le recevoir, contre argent, mais à son heure, et il oppose, à l'inexactitude de Renaudot, la régularité avec laquelle lui sont servies les gazettes d'Amsterdam, qui lui arrivent à jour fixe.

Il est bien décidé à laisser là le gazetier « sans y plus songer » et il s'abstiendra à l'avenir de lui envoyer ses correspondances. Il ne tarde pas, en effet, à mettre ses menaces à exécution, mais Renaudot le presse tant et si bien, par l'intermédiaire de ses amis, les frères Dupuy, que, flatté dans son amour-propre, Peiresc se laisse fléchir. Mais il ne veut plus être astreint à une besogne commandée et il enverra sa *copie*, quand il lui plaira; au surplus, sa mauvaise santé lui commande des ménagements. Il ne s'oppose pas toutefois à ce que les frères Dupuy, qu'il tient au courant de tout ce qui se passe, communiquent à Renaudot ce qui leur semblera rentrer dans le cadre de sa gazette. Si Renaudot en peut tirer profit, c'est affaire à lui.

Une particularité qu'il importe de relever, c'est que Renaudot, au dire du moins de Peiresc, n'était pas précisément le petit manteau bleu qu'on s'est plu à nous dépeindre.

« M. de Bourdelot, écrit Peiresc, me parlait de lui (Renaudot), comme d'un homme qui, en badinant et souffrant les badineries de ceux qu'il est obligé de respecter, tire 20000 livres de rente de son bureau, ce dict-on, qui est une quinte essence et pierre philosophale d'importance. »

C'est une révélation dont s'alarmeront les biographes du gazetier, qui nous ont toujours représenté Renaudot plein de zèle pour le bien public.

Combien le portrait que nous en donne Peiresc, dans des lettres familières, qu'il était loin de croire destinées à une publicité posthume, nous semblera toujours plus exact et plus humain!

(1) Il pouvait en parler d'autant plus savamment qu'il était très sujet aux coliques néphrétiques.

(2) Cet ouvrage présentait cette particularité qu'il était imprimé sur trois colonnes.

(3) Les cinq premiers numéros de la *Gazette* de Renaudot ne contenaient, en effet, que des nouvelles de Constantinople et d'Anvers. C'est seulement dans le nº 6 que furent données des nouvelles de Paris et de Saint-Germain.

(4) *Correspondance de Peiresc aux frères Dupuy*, t. III, p. 66-67.

PROGRAMME

DU XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (MOSCOU 7/19-14/26 AOUT 1897)

I. Le XIIe congrès international de médecine est placé sous l'auguste patronage de Son Altesse Impériale le grand-duc Serge Alexandrovitch.

II. L'ouverture du congrès de Moscou aura lieu le 7/19 août 1897 et sa clôture le 14/26 du même mois. Sa durée sera de huit jours.

III. Le congrès se composera des médecins, qui se seront fait inscrire et auxquels il aura été délivré une carte de membre. Indépendamment des médecins, les personnes possédant un titre scientifique, qui désirent prendre part aux travaux du congrès, pourront également en faire partie aux mêmes conditions, mais en qualité de membres extraordinaires. Les vétérinaires, les pharmaciens et les médecins dentistes, pourront également en faire partie à titre de membres extraordinaires.

IV. Les personnes qui désirent prendre part au Congrès doivent, pour obtenir leur carte de membre, effectuer un versement de 10 roubles (25 francs), le versement leur donne le droit de prendre part à tous les travaux du congrès et de recevoir toutes ses publications ainsi qu'un exemplaire des « travaux du congrès », aussitôt après leur publication.

Remarque. — Les membres extraordinaires ne prennent part qu'aux travaux des sections du congrès pour lesquelles ils se sont fait inscrire. Ils reçoivent toutes ses publications, mais n'ont pas de droit de vote dans les questions qui concernent l'organisation du congrès.

V. En faisant leur versement au trésorier du congrès, les membres doivent indiquer exactement et lisiblement leurs noms, adresse et profession. Il serait en outre à désirer que ces renseignements fussent accompagnés de la carte de visite du souscripteur.

VI. Le but du congrès est exclusivement scientifique.

VII. Les travaux du congrès se répartissent entre douze sections : 1° *Anatomie* (anthropologie, anatomie normale, embryologie et histologie normale); 2° *Physiologie* (y compris la chimie médicale); 3° *Pathologie générale* et *Anatomie pathologique*; 4° *Thérapeutique générale* (hydrothérapie, climatothérapie, etc.); *Pharmacologie*, *Pharmacognosie* et *Pharmacie* (matière médicale); 5° *Pathologie interne*; 6° *Pédiatrie*; 7° *Maladies nerveuses* et *mentales*; 8° *Dermatologie* et *Maladies véné-*

riennes; 9° *Chirurgie* (y compris les maladies du larynx, des oreilles et des dents) et *Ophtalmologie;* 10° *Obstétrique et gynécologie;* 11° *Hygiène* (y compris la statistique sanitaire, la médecine sociale, l'épidémiologie, l'épizootologie et la technique sanitaire); 12° *Médecine légale.*

Remarque. — En cas de nécessité, il pourra encore être organisé des sous-sections supplémentaires.

VIII. La gestion du XII[e] congrès international de médecine appartient à la Faculté de médecine de l'Université impériale de Moscou. Son organisation générale est confiée à un comité, présidé par le M. le curateur de la circonscription scolaire de Moscou et composé de tous les membres de la Faculté de médecine, des présidents des comités de sections et de sous-sections et de membres honoraires. Les questions concernant l'organisation du congrès sont confiées aux soins immédiats d'un comité exécutif présidé par le doyen de la Faculté de médecine et composé de huit personnes choisies parmi les membres de cette Faculté.

IX. Le comité d'organisation et le comité exécutif continueront à fonctionner pendant la durée du congrès.

X. Les séances du congrès auront lieu chaque jour, soit dans les assemblées générales, soit dans les sections.

XI. Il a été décidé de tenir deux ou trois assemblées générales. L'époque de leur réunion sera déterminée par le comité d'organisation. A l'ouverture de la première assemblée générale, le président du comité d'organisation proposera aux membres du congrès d'élire les présidents honoraires et les secrétaires de ces assemblées.

XII. Les heures auxquelles se réuniront les sections seront fixées par le comité exécutif, après entente avec les présidents des comités de sections.

XIII. Le comité exécutif, après entente avec les présidents des comités de sections, indiquera en temps utile ceux des savants étrangers qui pourront être élus présidents honoraires des sections.

XIV. Les assemblées générales ont pour but : 1° de s'occuper des questions relatives aux travaux et aux affaires générales du congrès; 2° d'entendre les discours et communications offrant un intérêt général.

XV. Ne pourront prononcer des discours dans les assemblées générales, que les membres qui auront reçu une invitation à cet effet du comité d'organisation.

XVI. Les propositions relatives aux travaux du congrès devront être communiquées au comité d'organisation avant le 1[er]/13 janvier 1897. Le comité décidera s'il y a lieu de donner suite à ces propositions ou de les examiner pendant le congrès.

XVII. Dans leurs séances, les sections s'occuperont de l'examen des questions et des sujets proposés par leurs présidents des sections et approuvés par le comité d'organisation. Le principal objet des travaux des sections consistera dans l'audition des rapports des savants désignés par le comité et des communications ayant trait à la thèse donnée.

Si le temps le permet, on pourra examiner d'autres communications et d'autres sujets proposés par les membres du congrès et acceptés par les présidents des sections qu'elles concernent.

XVIII. Les questions scientifiques ne pourront pas être résolues par voie de vote.

XIX. Le temps assigné à chaque communication ne devra pas dépasser vingt minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront pas parler plus de cinq minutes chacun.

XX. Les membres qui prendront part aux débats devront remettre le jour même, aux secrétaires des sections respectives, l'exposé écrit de ce qu'ils auront dit pendant la séance.

XXI. Le français est reconnu comme la langue officielle du congrès, pour toutes les relations internationales. Dans les assemblées générales, il sera permis de prononcer le discours dans d'autres langues européennes.

Quant aux communications et aux discussions dans les sections du congrès, elles pourront avoir lieu en français, en allemand et en russe.

XXII. La personne chargée de présider une séance devra diriger les travaux conformément aux règles admises.

XXIII. Les étudiants en médecine et les personnes étrangères, qui s'intéressent aux travaux annoncés pour telle séance, pourront y être admis par les présidents honoraires, après entente préalable avec les présidents des comités de sections.

XXIV. Les communications et les questions concernant les travaux de telle ou telle section du congrès devront être envoyées au président du comité de la section qu'elles concernent. Toutes les autres communications et questions devront être adressées au secrétaire général du congrès.

XXV. Dans une des assemblées générales on désignera le lieu de réunion du XIII[e] congrès international de médecine.

Ajoutons que le comité exécutif se compose des membres suivants : président, professeur Klein; vice-président, professeur Kojevnikoff; trésorier, professeur Filatoff; secrétaire général, professeur Erismann; secrétaires adjoints, professeurs Diakonoff, Trikomiroff et Neyding; membres, professeurs Ostroumoff et Korsakoff.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Carnaval de Nice de 1896.* — Train de plaisir de Paris et de Lyon à Marseille et à Nice. — Séjour facultatif à Marseille, six jours à Nice.

Prix du voyage (aller et retour) : de Paris, **90** francs en 2[e] classe; **60** francs en 3[e] classe; — de Lyon, **50** francs en 2[e] classe; **30** francs en 3[e] classe.

Aller : départ de Paris le 12 février à 10 h. 25 du matin; de Lyon le 12, à 9 h. 45 du soir; arrivée à Marseille le 13 à 4 h. 17 du matin; départ de Marseille le 13 à 4 h. 27 du matin; arrivée à Nice le 13, à 9 h. 11 du matin.

Retour : départ de Nice le 19 février, à midi 15; arrivée à Lyon le 20, à minuit 57; arrivée à Paris le 20, à midi 17.

Nota. — Les voyageurs auront, à l'aller, la faculté de s'arrêter à Marseille et de se rendre ensuite à Nice par tous les trains ordinaires (sauf les express), pendant les journées des 13 et 14 février. Passé cette dernière date, ils perdront leur droit au parcours de Marseille à Nice, mais ils pourront reprendre le train de retour à son passage à Marseille.

On pourra se procurer des billets pour ce train de plaisir, tant à Paris qu'à Lyon, à dater du 25 janvier.

Pour plus de renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 58.)

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des brûlures; kératogenèse et kératoplastie.

Par le docteur THIÉRY,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis dix ans, nous n'avons obtenu que des succès de l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures; mais si, au début, nous avons limité à ces lésions l'usage de ce topique, nous avons pu aujourd'hui en étendre l'emploi à un assez grand nombre d'affections chirurgicales; ces dernières applications feront l'objet d'un nouveau travail.

Mais tout d'abord, nous voulons répondre à deux objections qui nous ont été faites, parce que, contenant *en apparence* une part de vérité, elles peuvent, si elles n'étaient détruites, s'opposer à la diffusion d'un procédé efficace de traitement de certaines plaies.

Ces objections les voici : La généralisation de l'emploi des solutions d'acide picrique ne doit pas être conseillée parce que l'acide picrique (1) est un corps :

1° Très toxique;

2° Explosible,

et que, pour ce dernier motif, il est dangereux d'en autoriser la délivrance par les fabricants de produits chimiques ou les pharmaciens.

Et de fait, à ne considérer que la difficulté qu'éprouvent nos confrères à obtenir ce *médicament*, on pourrait croire qu'il s'agit d'un composé des plus redoutables.

Or, en ne nous plaçant qu'au seul point de vue thérapeutique, nous n'hésitons pas à répondre :

1° Non, l'acide picrique n'est point un toxique dangereux;

2° Il ne constitue pas un explosif redoutable.

(1) Il ne s'agit, dans toute cette étude, que de l'acide picrique ordinaire couramment employé dans les laboratoires d'histologie pour le durcissement et la conservation des pièces. Nous ignorons s'il en existe d'autres variétés et, bien que le fait nous ait été affirmé, les renseignements puisés auprès de chimistes compétents ne confirment pas cette assertion.

Bien entendu la réfutation que nous allons faire de ces objections ne concerne que l'acide picrique lui-même et non ses composés, car il faudrait alors, si on suivait ses adversaires dans cette voie, bannir l'ouate des pansements parce qu'elle donne du fulmi-coton, la glycérine qui entre dans la composition de la dynamite, le mercure et l'argent qui peuvent former des fulminates, le collodion et l'éther, l'essence de pétrole, ces derniers, bien que répandus, étant réellement d'un maniement délicat.

I

A. TOXICITÉ DE L'ACIDE PICRIQUE. — L'acide picrique n'est point un toxique dangereux. La constatation en est facile à faire. Admettons d'abord qu'il soit réellement toxique, comme le bichlorure de mercure (sublimé) par exemple. Mais sa faible solubilité, la coloration éclatante (jaune d'or) de sa solution, son épouvantable amertume ne permettent pas une intoxication par erreur.

S'il venait à la pensée de quelque désespéré de choisir ce procédé d'empoisonnement, on peut affirmer qu'il aurait grand'peine à mettre à exécution sa triste détermination (1), et cela pour les motifs précédents, alors que mille corps usuels qui sont actuellement répandus, le sublimé (paquets de sage-femme de 25 centigrammes de substance active), les allumettes, le laudanum, etc., produiraient bien plus facilement le résultat cherché. Et cependant ce sont là des toxiques couramment délivrés par le marchand, l'herboriste et le pharmacien! L'acide phénique rentre dans le même cas ainsi que les acides forts, et l'on sait s'il est facile de ce procurer ces agents toxiques.

J'en conclus que l'acide picrique ne constitue pas un toxique dangereux, c'est-à-dire pouvant être administré *par mégarde* à une dose qui entraîne des accidents graves ou la mort et que l'empoisonnement criminel par cet agent est absolument improbable pour ne pas dire impossible, car il nécessiterait une violence, et laisserait des traces accusatrices, tous faits qui ne sont guère du domaine de l'intoxication criminelle.

Et, d'ailleurs, il est très peu toxique : la falsification des bières par ce corps (πίκρος, amer), son administration un peu démodée, il est vrai, comme amer, comme fébrifuge, comme anti-chlorotique (Parisel), même à la dose de 10 centi-

(1) KARPLUS. Ein Fall von Pikrinsäure Vergiftung, *Zeits. f. Klin. Med.*, Berlin 1893, t. XXII, p. 210-219.

grammes par jour (ce qui, en solution, représente un volume notable à cause de la faible solubilité de ce corps), l'emploi de ses sels de fer et d'ammoniaque (Parisel et Aspeud), des picrates de quinine et de cinchonine (Ossian Henry), le démontrent surabondamment.

Sans doute, administré à l'intérieur à ces doses, il donne au bout de quelques jours aux téguments une teinte jaunâtre qui rappelle celle de l'ictère (1), mais le malade n'en est nullement incommodé et cela même prouve la tolérance de l'organisme pour cet agent médicamenteux; l'appétit reste bon, il ne survient pas de troubles fonctionnels : il y a *imprégnation* (2) et non intoxication, états qu'il ne faut pas confondre, et d'ailleurs sa coloration disparaît spontanément huit jours environ après que l'on a suspendu l'emploi du médicament (Calvert). En chirurgie, il en est de même : j'ai eu l'occasion d'appliquer des pansements picriques humides, largement imbibés de la solution de cet acide, sur des surfaces dénudées qui représentaient plus du tiers de la surface totale du corps; la surface d'absorption était considérable et cette absorption s'est faite puisque la teinte jaune de la conjonctive bulbaire a pu apparaître dans trois cas; le même pansement a été appliqué à des enfants sur de grandes surfaces dénudées par la brûlure et l'on sait quelle est leur susceptibilité à l'égard des toxiques; j'ai saupoudré de larges ulcères de jambe (3) avec la poudre d'acide picrique; j'ai injecté la solution en quantité notable (60 à 80 grammes de solution sursaturée) dans la vaginale distendue par une hydrocèle, et en aucun cas je n'ai pu observer le moindre accident d'intoxication. Je ne parle pas des accidents locaux d'érythème sur lesquels je reviendrai et sur la réalité desquels d'ailleurs je ne suis pas fixé à cause de leur extrême rareté.

En résumé, de quelque façon que j'envisage la question, que l'acide picrique soit appliqué sur des brûlures en solution saturée, sur des plaies à l'état de poudre, et même à l'intérieur à doses de 10 centigrammes, ce qui, je le répète, représente un volume de solution très notable et presque impossible à déglutir grâce à son amertume, j'en arrive à cette conclusion que son emploi comme topique *en chirurgie* est absolument exempt de tout danger. J'ajouterai que, sur près de cent observations recueillies par mes élèves ou moi, aucun accident d'intoxication n'a été relevé.

Je ferai encore remarquer que la solution employée était toujours la solution *à saturation* : aucune erreur de pesée préjudiciable au malade ne peut donc être faite, puisque la solution qui nous a servi contient le maximum soluble d'acide picrique (4).

B. Explosibilité de l'acide picrique. — L'acide picrique ne peut être considéré comme un explosif au sens propre du mot. Certes nous n'ignorons pas que certains de ses sels, le picrate de potasse en particulier, soient des explosifs dangereux, mais nous persistons à dire que l'acide picrique n'est pas par lui-même un explosif à redouter en matière médicale, reproche auquel son seul nom donne une grande apparence d'exactitude, et que lui fait en particulier M. Albert Nodon qui veut lui substituer le permanganate de potasse.

Nous ne devons pas nous fier aux apparences et, comme je l'ai déjà dit, la parenté de l'acide picrique avec les picrates ne le rend pas plus dangereux que celle de l'ouate avec le fulmi-coton, de la glycérine avec la dynamite, etc. A ce titre, le chlorate de potasse et les gargarismes dans lesquels entre ce sel, sont redoutables, et de fait le chlorate de potasse à l'état de sel, le collodion, sont des agents explosifs beaucoup plus dangereux.

La solution d'acide picrique ne *peut*, quelque insistance qu'y mette l'expérimentateur, faire explosion. Voilà un fait qu'il faut établir et répandre. Déjà l'emploi courant de cette solution dans les laboratoires d'histologie montre son innocuité.

Il en est de même des cristaux d'acide picrique. On le conserve, on le dissout, on le secoue dans les flacons où on le conserve, et cela vingt fois par jour, sans qu'on ait jamais eu à enregistrer aucune explosion : dans les hôpitaux, les pièces de pansement imbibées de la solution sont détruites par le feu sans aucun incident (1).

II

Épidermogenèse; kératinisation; kératogénie et kératoplastie. — Notre attention a été attirée sur les propriétés kératoplastiques de l'acide picrique au moment de nos expériences sur l'emploi de ce corps dans la recherche de la glycose urinaire (1886), et dès ce moment nous avions remarqué l'immunité des surfaces dermo-épidermiques qui en étaient imprégnées contre les brûlures légères. Mais la constatation de ces propriétés doit être, nous semble-t-il,

(1) Voyez Vineta Bellaserra. Action de l'acide picrique sur la peau étudiée au point de vue médico-légal, C. R. du Congr. internat. de dermatol. et syphil. (1889), p. 921-924, Paris 1890. — L'acide picrique ne colore que la peau (élection épidermique), tandis que l'ictère colore tous les tissus, même profonds.

(2) Kutuzow. Uber die Anwendung der Calorimetrie zur quantitativen Bestimmung der Pikrinsäure in ihren Verbindungen mit organischen Basen.

(3) Élie Vaugrente. *Essai de traitement méthodique et rationnel des ulcères de jambe*, Th. de Paris 1894.

(4) Voir Adam Rymsza. *Ein Beitrag zur Toxicologie zur Pikrinsaure*, Dorpat 1889.

(1) On nous excusera d'insister si longuement, au début de notre étude, sur la toxicité et l'explosibilité hypothétiques de l'acide picrique; il y a une erreur vulgaire à relever, et d'ailleurs avant de soumettre à la lecture de médecins un travail où beaucoup seront tentés de puiser des indications pratiques, il était nécessaire de bien établir l'innocuité du procédé, suivant le vieux précepte : « Primum non nocere. »

Pour clore le débat, nous ferons une dernière citation, celle-ci plus autorisée en semblable matière et qui est due à notre cher ami Colson, examinateur à l'École polytechnique : « Autant les picrates sont des explosifs dangereux, autant l'acide picrique se manie avec sécurité. Il fond à 122 degrés, et l'huile obtenue par fusion peut même être sublimée sans altération à une température beaucoup plus élevée. Cependant, il n'est pas prudent de *surchauffer brusquement* l'acide picrique fondu, c'est-à-dire déjà porté à une température supérieure à 120 degrés. A l'air libre, il résiste aux chocs.

Tout le monde sait aujourd'hui que la mélinite est de l'acide picrique et que le chargement des obus est confié à des soldats. Ceux-ci chauffent l'acide picrique pour le fondre et l'introduire dans le projectile, et ce n'est que sous l'influence des détonateurs que la mélinite acquiert les propriétés brisantes qui la rendent si redoutable.

Le maniement de l'acide picrique par des soldats, l'emploi du feu pour amener la fusion de grandes masses de ce corps, le transport des obus, le coïncement des vis qui ferment le projectile, démontrent combien ce corps est *d'un maniement facile et d'une sécurité absolue* quand on ne dépasse pas 150 degrés, à plus forte raison quand il reste solide et froid. Or dans l'eau, l'acide picrique ne peut guère atteindre, même en cas d'imprudence, que la température d'ébullition de l'eau, c'est-à-dire 100 degrés. »

Cette réponse règle définitivement cette question litigieuse, sur laquelle nous n'aurions pas tant insisté si l'on n'avait créé sur l'explosibilité de l'acide picrique une légende aussi fausse que répandue.

surtout rapportée à l'usage qu'en font les histologistes. On l'emploie dans les laboratoires :

1° En solution saturée pour conserver (antiseptique et antiputride), durcir et fixer les menues pièces destinées à être débitées par le rasoir;

2° Uni au carmin (picro-carminate d'ammoniaque) pour la coloration des tissus.

Au point de vue thérapeutique, c'est surtout dans ses rapports avec la kératinisation des tissus que nous voulons l'étudier, et pour cela nous devons voir comment se comporte le processus réparateur des plaies en présence des différents topiques ordinairement appliqués.

Unna a déjà bien étudié cette question, et ses remarques méritent une citation intégrale :

« La cicatrisation convenable des plaies cutanées dépend du rapport qui s'établit dans la formation des feuillets méso et ectodermiques; des *bourgeons charnus irréprochables peuvent rester longtemps sans s'épidermiser*, ce qui se voit souvent sous nos pansements antiseptiques. Les deux feuillets ne peuvent réagir de la même façon vis-à-vis des substances chimiques et des méthodes de pansement. Le phénol, l'acide salicylique, le sublimé un peu concentré sont directement *kératolytiques*, détruisent l'épiderme et empêchent la kératinisation... La kératinisation se fait *malgré* les antiseptiques, mais *elle n'est pas favorisée par eux*... La majorité des antiseptiques sont des oxydants, des ozonides, en même temps des substances qui activent le bourgeonnement. Peu de substances réductrices peuvent être utilisées en médecine : tel est l'acide pyrogallique, substance éminemment réductrice et kératoplastique... »

Il résulte de ceci que contrairement à la pratique ordinaire, il ne peut être indifférent d'appliquer tel ou tel pansement « pourvu qu'il soit antiseptique » et que le choix du topique influe beaucoup sur la rapidité de la cicatrisation. Aussi ne pouvons-nous admettre l'opinion émise par M[me] Nageotte, dans sa remarquable thèse sur le traitement des brûlures, quand cet auteur dit en substance après avoir exposé son procédé de désinfection et d'asepsie :

« Quant aux topiques proprement dits, quant au choix à faire entre le pansement humide, gras, sous-crustacé, ouaté ou vernis, et entre la multitude des substances antiseptiques, — il faut bien savoir que le résultat définitif en dépend relativement peu. Par tous les moyens on peut obtenir la guérison des brûlures sans suppuration, et c'est là le but principal. »

Il faut d'ailleurs ajouter qu'un peu plus loin l'auteur revient sur cette assertion et la corrige en disant :

« L'iodoforme, précieux pour les brûlures peu étendues et suppurées, est tout à fait contre-indiqué dans les vastes brûlures superficielles, comme dans celles qui bourgeonnent sur une grande étendue, à cause des dangers de son absorption.

Le thiol et l'ichthyol donnent des résultats très beaux et l'*influence de cette substance sur la kératinisation* est très nette; il y a même des cas où, sous le thiol, l'épiderme s'hypertrophie en quelque sorte. »

Et de fait nous croyons que le thiol et l'ichthyol sont des agents kératoplastiques.

Mais pour bien comprendre quelle est l'importance du choix du topique, il est nécessaire de dire quelques mots de la méthode kératoplastique, et pour cela d'étudier les modes de processus de réparation des plaies.

Or, une plaie peut, suivant la profondeur de la perte de substance, se réparer par deux processus :

1° Par bourgeonnement;

2° Par réorganisation partielle des éléments incomplètement détruits : épithélium en particulier.

Lorsqu'une plaie est *complètement* dépourvue d'épiderme, la kératoplastie ne saurait être de mise : il faut que cette plaie bourgeonne, mais, comme le fait bien remarquer Unna, il arrive souvent que des bourgeons charnus d'excellente apparence ne se recouvrent pas d'épiderme, et souvent même certains corps provoquent la pullulation des bourgeons charnus, sans accélérer, souvent même en retardant la régénération épidermique.

C'est alors à l'*épidermogenèse* qu'il faut avoir recours et bien des procédés ont été employés.

Pour Cruard (1), par exemple, les applications directes de protective de Lister atteindraient ce but.

Nous avons montré (2) que les applications d'emplâtre de Vigo sont éminemment épidermogénétiques.

De nombreux topiques peuvent, d'ailleurs, rentrer dans cette catégorie.

Tout récemment, on a eu l'idée d'utiliser les semis de particules épidermiques qui favorisent la transformation épidermique des bourgeons charnus indifférents de la surface dénudée : c'est là un procédé d'épidermogenèse mixte qui nous mène à la kératoplastique.

Lorsque, en effet, une plaie est superficielle, comme le sont les brûlures des premiers degrés, trois cas peuvent se produire :

1° Ou bien l'épiderme est conservé, quoiqu'un peu altéré (premier degré);

2° Ou bien ses couches superficielles (cornées) sont soulevées, sa couche moyenne dissociée, et ses couches profondes peu altérées (brûlures du deuxième degré);

3° Ou bien les couches superficielles ont disparu, mais il reste encore dans les anfractuosités des sillons papillaires du derme des îlots épidermiques qui peuvent devenir le point de départ de la végétation épidermique. Conserver, fortifier si l'on peut dire, ces débris épidermiques, en sollicitant le reste de leur vitalité, favoriser leur transformation kératique, tel est le but :

a. De l'*épidermoplastie*, qui augmente les couches d'un épiderme préexistant.

b. De la *kératogenèse* et de la *kératinisation*, qui transforment les éléments jeunes épidermiques en substance cornée;

c. De la *kératoplastie*, qui accumule les couches de substance cornée, consolide la cicatrice et favorise l'accolement de la couche cornée au corps muqueux de Malpighi.

Or des divers agents physiques, chimiques, médicamenteux qui peuvent être appliqués à la cure des plaies, les uns s'opposent (*kératolytiques*) à la conservation des épithéliums ou à leur transformation; les autres (*kératoplastiques*) la favorisent.

Qu'on ne dise donc pas que le topique n'a pas d'action propre : il peut accélérer la guérison ou la retarder dans des proportions considérables, suivant qu'il est kératolytique ou kératoplastique.

Nous avons déjà vu que, d'après Unna, la plupart des antiseptiques étaient kératolytiques; mais certaines qualités

(1) Cruard. *De l'emploi du protective de Lister dans le traitement des surfaces bourgeonnantes de niveau*, Th. de Paris, mars 1894.

(2) Th. de Vaugrente, déjà citée.

physiques des topiques provoquent aussi la kératolyse. Mme Nageotte le dit elle-même.

« L'expérience a montré que les pansements *humides* et *gras* qui empêchent la dessiccation sont les plus mauvais au point de vue de l'épidermisation; ils ont de plus le grand inconvénient de devoir être renouvelés souvent, et il ne faudrait s'en servir que faute de mieux. Les tissus imperméables par-dessus les pansements secs entretiennent une atmosphère humide défavorable, et il vaut mieux les supprimer. »

L'humidité du pansement provoque une macération éminemment kératolytique des lambeaux épidermiques : en présence des corps gras une plaie quelconque ne s'épidermise qu'avec une extrême lenteur.

Voilà la condamnation de 90 p. 100 des topiques préconisés contre les brûlures, car les liniments oléo-calcaires, l'huile, les pommades, la balnéation retardent indéfiniment la cicatrisation, et l'on peut affirmer que tous ces topiques éternisent une plaie qui ne demande qu'à s'épidermiser.

C'est donc aux agents *kératogènes* et à la kératoplastie qu'il faut s'adresser, mais il faut bien comprendre qu'il ne saurait y avoir de kératogenèse possible s'il ne persiste pas au niveau de la plaie des vestiges épidermiques capables de se kératiniser.

C'est pourquoi les procédés que nous proposons ont une application restreinte, et d'excellents qu'ils sont lorsqu'on les réserve aux plaies superficielles, aux brûlures des trois premiers degrés où l'épiderme surtout est en jeu, ils deviennent beaucoup moins efficaces dans le cas où on est tenté de leur donner une extension qui dépasse les limites de la kératogénie.

Aussi ne faut-il pas, à l'exemple de l'auteur d'une thèse récente que nous n'avons pu encore nous procurer, dire : « Traitement des brûlures par l'acide picrique (1). » C'est abuser le lecteur sur la valeur du traitement, et c'est lui donner le droit de douter du procédé. Il faut écrire : « Traitement des brûlures *superficielles*, etc. », les trois premiers degrés étant seuls justiciables de ce topique, pour les raisons que nous venons de développer.

Quels sont donc les agents kératoplastiques que nous pouvons utiliser?

Les topiques ne sont pas seuls à jouir de cette propriété, et sur nos conseils, M. le docteur Vaugrente, dans sa thèse, a décrit :

1° La kératoplastique par les topiques;

2° La kératoplastique par les agents physiques : chaleur, lumière et ventilation.

Nous citons textuellement les principaux passages de son travail, qui ont rapport aux agents physiques de kératoplastie.

« *Kératoplastie par la chaleur et la lumière.* — C'est une deuxième ressource (après les topiques) de la kératoplastie sur laquelle M. Thiéry a appelé l'attention. La chaleur produit aussi la prolifération de l'épiderme, et cette calorification peut être réalisée par plusieurs procédés.

A. Chauffage par la chaleur rayonnante en exposant la plaie ou la cicatrice au calorique rayonnant d'un fourneau, par exemple, ou en promenant à la distance de quelques centimètres de la plaie un réchaud à main ou simplement une pelle à feu rougie.

B. Insolation locale par exposition de la plaie aux rayons d'un soleil ardent...

Le surchauffage des cicatrices active et même provoque la prolifération des couches cornées, et en augmente à la fois l'épaisseur et la densité.

Hammer (de Stuttgard) a dit : L'éclairage favorise le développement des formations cornées, il augmente la formation du pigment, et Arning a étudié le même sujet.

L'emploi des agents physiques, *chaleur*, *lumière*, constitue une méthode nouvelle ou méconnue qui peut donner des résultats inattendus; le surchauffage par *insolation*, qui réunit les deux facteurs chaleur et lumière, nous paraît préférable au chauffage artificiel.

Kératoplastie par ventilation. — Elle peut être réalisée soit par l'exposition aux courants d'air, soit par la ventilation obtenue à l'aide d'un soufflet. Bien que ce dernier procédé puisse prêter au ridicule, il est néanmoins efficace. Nous pourrions comparer ses effets à ceux du hâle, qui même en l'absence de soleil pigmente et épaissit la peau (matelots, etc.).

Il faut l'employer concurremment avec les autres procédés de kératoplastie qui, nous le répétons, constituent des agents de consolidation des jeunes cicatrices et ne doivent pas être dédaignés.

A ces agents physiques, nous devons en ajouter deux :

1° L'*électrisation* ou même l'*effluvation électrique*, comme le démontre le récent travail de M. Marquant (1) : « De l'influence de l'effluvation sur la marche des ulcères chroniques et spécialement des ulcères variqueux »;

2° La *dessiccation*, déjà comprise implicitement dans les procédés de kératoplastie par la chaleur et la ventilation qui réalisent le « hâle ». Tout pansement kératogénique doit être *sec* et, ce qui fait l'échec des pommades et des diverses applications par balnéation locale, c'est l'absence de sécheresse kératogénique.

Kératoplastie par les topiques. — Aussi les pansements pulvérulents, secs pour la plupart, réalisent-ils des conditions de kératogénie beaucoup plus favorables et ce sont eux qui donnent les meilleurs résultats.

On verra plus loin comment nous avons cherché à combiner l'emploi d'une solution aqueuse avec l'exigence de ce pansement qui doit ne point être humide.

Cette condition a d'ailleurs frappé aussi les auteurs qui se sont récemment occupés du traitement des brûlures (2).

Ainsi, c'est le pansement *sec* qui est le plus favorable à la cicatrisation des brûlures; le pansement au sous-nitrate de bismuth de Bardeleben paraît de tous les pansements antiseptiques, le plus inoffensif et le plus facile. »

Tout pansement par un topique kératoplastique devra donc éviter deux écueils :

1° Le pansement humide proprement dit, *kératolytique* par macération;

2° La pommade et les liniments huileux, essentiellement antikératogènes.

Trois topiques kératoplastiques nous paraissent surtout dignes d'attention :

1° L'acide pyrogallique sur lequel nos expériences ne sont point encore suffisamment nombreuses;

(1) PAPAZOGLOU. Th. de Paris, janvier 1896. — Cette thèse n'était pas encore imprimée quand nous avons remis notre manuscrit à l'impression.

(1) Th. de Lille, 1894.
(2) NAGEOTTE. Th. de Paris, 1894.

2° L'ichthyol (et le thiol) qui nous semblent appelés à prendre une large place en petite chirurgie ;

3° Enfin et surtout l'acide picrique que, pour bien des motifs, nous croyons supérieur aux autres kératoplastiques, et c'est sur ses propriétés kératoplastiques que nous fondons toutes ses applications comme tout son avenir en chirurgie.

La rapidité de la régénération épidermique, la stratification des couches kératiques qui se concrètent en squames épaisses sous le pansement, démontrent amplement ses propriétés kératoplastiques.

Cette propriété est encore démontrée par la constatation que, sur les membres immergés dans la solution picrique, les ongles, comme nous avons eu l'occasion de le constater bien souvent, croissent avec une rapidité tout à fait insolite. En somme, à l'aide de cet agent, on peut sinon, comme je l'ai dit ailleurs, « créer de l'épiderme à volonté », au moins provoquer la prolifération des vestiges épidermiques et les « kératiniser » à volonté ; si bien que, utilisant la couche cornée soulevée par la phlyctène, stimulant les fonctions des îlots épidermiques juxtadermiques respectés par la brûlure, provoquant la kératinisation rapide de l'un et de l'autre et l'accolement de l'un à l'autre, l'acide picrique permet d'utiliser tous les éléments d'une bonne cicatrisation. C'est, comme on le verra, le pansement par excellence de la plupart des affections dermo-épidermiques.

III

Accidents et complications. — L'application de compresses imbibées de solution picrique à saturation est-elle capable d'amener des complications ou de provoquer des accidents?

Explosibilité. — Nous avons déjà fait justice des prétendues propriétés explosives de ce corps et nous n'y reviendrons pas : il est certain qu'il peut être manié impunément et que sa solution peut être même soumise à l'ébullition sans danger.

Toxicité. — Nous avons également montré que sa toxicité par usage interne était, en réalité, assez limitée.

Notre expérience, vieille déjà de plusieurs années, nous ferait volontiers penser que l'intoxication par absorption cutanée n'existe pas : c'est ce qui fait, avons-nous dit, de ce topique le pansement de choix pour le traitement des brûlures étendues chez les enfants si sensibles aux autres antiseptiques.

Il existe bien une absorption de l'acide picrique par le tégument, puisque la peau des malades peut prendre une teinte subictérique et la sclérotique une coloration franchement jaune : mais il y a imprégnation, saturation, si l'on veut, de l'organisme et cette saturation elle-même ne s'accompagne d'aucun accident toxique, ce qui est une preuve convaincante de l'innocuité de l'acide picrique.

L'avenir viendra-t-il démentir cette assertion? Cela est possible, mais non probable, puisque nous nous appuyons sur une quantité considérable de cas pour affirmer cette innocuité.

Accidents locaux. — S'il ne peut produire des accidents généraux, l'acide picrique a-t-il déterminé des accidents locaux qui, dans l'espèce, seront des érythèmes, incident et quelquefois complication si communément observée à la suite des applications d'acide phénique et surtout de sublimé, d'iodoforme ou de salol?

Nous devons dire que nous n'avons jamais observé d'accidents de ce genre tant que nous nous sommes borné à l'application de compresses imbibées de solution ou à l'immersion dans un bain.

Mais chez un malade dont nous avons traité un vaste ulcère de jambe par la poudre d'acide picrique appliquée *largâ manu*, il est survenu un érythème généralisé ayant débuté par le thorax et le cou, que nous n'avons su à quelle cause rattacher. Le malade n'en a d'ailleurs pas été autrement incommodé, et ni l'état général, ni les forces, ni l'appétit n'ont subi aucune modification. Le pansement a été supprimé : l'érythème a disparu en quelques jours.

Faut-il voir là une coïncidence ou bien l'érythème est-il d'origine picrique? S'il faut en croire un de nos confrères, M. le docteur Monthus, c'est à cette seconde opinion qu'il faudrait se rattacher, car il a eu aussi l'occasion d'observer un érythème de ce genre.

De nouvelles recherches seraient nécessaires pour fixer ce point et celles que nous avions entreprises avec M. Bouglé, interne de M. le professeur Tillaux, n'ont pu être suivies assez longtemps.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer que cet érythème est absolument bénin, à en juger d'après les deux cas observés, et n'offre pas plus de gravité que celui qui est dû à l'un des nombreux antiseptiques usuels, le salol par exemple.

Inconvénients. — Si l'acide picrique est incapable de produire des accidents, il n'est pas sans présenter quelques inconvénients qui proviennent de ses propriétés colorantes.

Je ne ferai que mentionner la triste réputation qu'il s'est faite dans le public comme explosif et nous avons vu ce qu'il fallait en penser : son nom, dissimulé sous un de ses nombreux vocables scientifiques (chrysolepique ou carbazotique, par exemple), le rend très acceptable : on a bien accepté l'« *acide* » phénique, beaucoup plus caustique que lui, et le sublimé « *corrosif* », à la fois beaucoup plus caustique et toxique!

Mais il faut avouer que, ce préjugé étant vaincu, il reste encore contre l'acide picrique une grave objection : il teint en jaune d'or les mains du chirurgien, il souille de taches jaunes les linges, les objets de pansement et de literie — et dernièrement encore, je voyais passer dans la rue un malade, un brûlé sans doute, dont la face présentait, dans toute sa moitié gauche, une coloration d'un jaune éclatant.

Nous devons donc chercher : 1° ce que peut faire le chirurgien pour éviter la coloration des mains ; 2° ce que deviennent les linges, draps, etc., qui ont été tachés par la solution.

Cette dernière question, assez insignifiante en apparence lorsqu'il s'agit d'un cas isolé, n'est pas sans importance comme nous le faisait remarquer dernièrement un professeur du Val-de-Grâce, lorsqu'il s'agit d'un établissement hospitalier ; l'adoption du procédé peut être, de ce simple fait, ajournée dans les hôpitaux militaires.

Trois procédés permettent au chirurgien d'éviter de se souiller les mains :

1° L'immersion du membre dans la solution ;

2° L'imbibition des compresses par le malade lui-même.

Elles sont ensuite appliquées par le chirurgien à l'aide de pinces;

3° L'emploi de gants de caoutchouc.

Il n'est pas besoin d'insister sur ces procédés : le dernier répond mieux à une pratique journalière et étendue et c'est à lui que nous avons recours.

Les mains souillées de taches jaunes peuvent-elles être décolorées en quelques instants? Des lavages étendus avec une eau savonneuse, le brossage, l'emploi de l'eau boriquée, *atténuent* la coloration sans produire une disparition complète. Il en est de même du lavage au permanganate de potasse suivi d'un lavage au bisulfite de soude. Dans bien des cas, la tache devient moins apparente, mais il ne faut pas oublier qu'une des propriétés de l'acide picrique est de teindre en jaune *indélébile* les tissus animaux et que l'épiderme ne fait pas exception. Il vaut donc mieux prévenir la production de la coloration que de s'efforcer de la faire disparaître, la chute de l'épiderme seul (pierre ponce, etc.) amenant la disparition totale : aussi l'emploi des gants de caoutchouc est-il absolument indiqué dans les hôpitaux (1).

Linges et objets de literie. — Nous répondrons maintenant à l'objection qui nous a été faite plus haut. Depuis longtemps nous avions été frappés de ce fait, à l'hôpital de la Pitié et à la Charité, que de tous les linges et draps maculés par l'acide picrique aucun ne revenait dans le service.

L'explication en est simple : si l'acide picrique colore en jaune *indélébile* les tissus animaux (peau, laine), il n'en est plus de même des tissus végétaux. Les draps de coton, les alèzes de toile, etc., passés au lessivage, perdent leur coloration jaune, circonstance heureuse qui permet aux établissements hospitaliers d'adopter la solution picrique beaucoup moins préjudiciable au point de vue administratif et économique que les chlorures de fer, la teinture d'iode et le nitrate d'argent.

Succédanés. — Il n'est pas d'ailleurs dans notre pensée de faire de l'acide picrique une panacée universelle et de prétendre qu'aucun autre topique ne peut lui être substitué on ne doit même lui être préféré.

Il est possible que, comme l'a dit Unna, les substances réductrices soient surtout kératoplastiques, et sans avoir l'expérience du permanganate de potasse que M. Nodon cherche à substituer à l'acide picrique, nous avons des raisons de croire que d'autres topiques, l'acide pyrogallique par exemple, donneraient des résultats analogues; en sorte, que si nous avions pu penser que le maniement de l'acide picrique fût dangereux, que son application fût difficile ou coûteuse, c'est certainement à cet acide ou à ses congénères (gallique, tannique) que nous nous serions adressé.

En effet, kératogenèse et kératoplastie, tel est l'unique but, et peu importe l'agent qui permet de l'atteindre. La pratique du vulgaire, assez répandue d'ailleurs, et qui consiste à appliquer de l'encre (tannates et gallates de fer) sur des brûlures légères, est dans sa simplicité, et il faut le dire dans son efficacité, une sorte de consécration de ce que nous pensons de l'acide pyrogallique.

Il y a là un champ de recherches assez nouvelles et originales.

Dans la même classe nous ferions encore volontiers rentrer l'ichthyol. Depuis 6 ans d'ailleurs M. L. Leistikow (de Hambourg) en préconise l'emploi et a obtenu de beaux succès : il note la régénération rapide de l'épiderme sous l'influence de ce topique.

IV

Traitement des brulures par la solution d'acide picrique. — Contrairement à des assertions inexactes et extra scientifiques, le traitement des brûlures par l'acide picrique, que nous croyons nous être personnel, ne constitue en aucune façon un *procédé nouveau* à proprement parler.

Employé d'abord empiriquement par nous en 1885-1886 au laboratoire de M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, nous l'avons dès ce moment communiqué à nos collègues. Nous avons eu l'occasion de l'appliquer plusieurs fois à l'hôpital du Midi (1886), à la Pitié dans le service de M. Polaillon (1887). Enfin nous l'avons employé couramment à l'Hôtel-Dieu 1889-1890, à la Pitié encore (1891-1892), à la Charité (1892-1895) et dans toutes les consultations externes dont nous avons été chargé, soit comme interne, soit comme chef de clinique.

C'est dire que de nombreux malades ont été traités devant les élèves par ce pansement et que depuis nombre d'années des centaines d'élèves et de praticiens le connaissent : beaucoup ont dû par suite le mettre en pratique et, pour notre part, nous connaissons de nombreux confrères qui, depuis plus de six ans, ne pansent pas autrement les brûlures.

Il est donc inexplicable et, pour dire toute notre pensée, regrettable que ce procédé, étant donné les résultats qu'il permet d'obtenir, n'ait pas été mieux connu, et au reproche qu'on pourrait nous en faire nous répondrons par les indications suivantes :

Communications orales dans les divers services d'hôpitaux et de consultation externe (1886-1895).

Conférences cliniques à la Pitié et à la Charité (1892-1895).

Conférences à des sociétés de secours (Le Dentu, Thiéry), 1894.

Thèse de Filleul. *Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique*, 1894.

Thèse de Vaugrente. *Essai du traitement des ulcères de jambe, citations*, 1894.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet.

Concours d'agrégation. Exposé des titres et travaux de Thiéry, 1895.

On voudra bien reconnaître que ce sont là les éléments d'une propagande vraiment scientifique, la seule estimable et qui laisse loin derrière elle le zèle intempestif d'un élève des mieux intentionnés d'ailleurs.

Lorsqu'on s'occupe d'étudier une méthode ou un procédé, il est d'usage d'en faire précéder l'étude d'un court chapitre bibliographique, qui trouve toujours des intéressés malgré la phrase classique, bien souvent reproduite et bien rarement écoutée : « Rien n'est plus fastidieux que les questions de priorité. »

Nous ne voulions pas dire nôtre ce qui ne l'était pas, et au

(1) M. Papazoglou indique deux procédés qui suppriment toute coloration des mains par l'acide picrique :

1° Enduire les mains de vaseline;

2° Cet auteur fait dissoudre l'acide picrique dans l'alcool, puis y ajoute la quantité d'eau nécessaire pour ramener la solution au titre de 1 p. 200. Fait remarquable, les mains du chirurgien, après l'emploi de cette solution, se décolorent par un simple savonnage et la solution, dit-il, jouit des mêmes propriétés thérapeutiques.

moment de la publication de la thèse de Filleul, nous n'avions pu obtenir aucun renseignement. Dans toutes les poudreries, des pyrotechniciens éminents nous avaient répondu ignorer complètement le procédé de traitement des brûlures par l'acide picrique. Seul le docteur Marcus, surveillant au Val-de-Grâce, en avait entendu vaguement parler, mais ne pouvait nous donner aucune indication d'origine précise.

Aucune question de priorité (1) n'ayant été soulevée, nous avons regardé comme nôtre ce procédé.

Depuis ce temps nous devons à la vérité de citer une lettre d'un confrère belge qui nous apprend que M. le docteur Deroubaix aurait depuis longtemps essayé d'appliquer l'acide picrique au traitement des plaies et *des brûlures*, mais que les mauvais résultats obtenus l'*avaient contraint d'y renoncer*.

M. Deroubaix a donc abandonné ce pansement et, devant cette conclusion qui nous surprend fort, nous ne pouvons que croire à un défaut de technique, et sans doute à l'application d'un pansement humide permanent, circonstance tout à fait défavorable à la kératogenèse, comme nous l'avons dit, l'humidité étant éminemment kératolytique (2).

Résultats. — Des observations ne seraient pas à leur place dans une revue de ce genre et nous renvoyons le lecteur que leur détail pourrait intéresser à la thèse de Filleul (1). Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que, lorsqu'on sait limiter aux premiers degrés des brûlures les cas où le pansement doit être appliqué, le *succès est constant* : la guérison survient avec une rapidité inaccoutumée et dans des conditions d'analgésie particulièrement favorables. Si nous sommes aussi affirmatif, c'est que non seulement nous fondons actuellement notre opinion sur plus de soixante observations, mais que les chirurgiens qui ont voulu se faire consciencieusement une opinion à cet égard ont corroboré nos affirmations. Je pourrais citer de nombreux services où ce pansement est actuellement couramment appliqué avec succès et sans accidents, mais je crois qu'en matière de science une expérience personnelle est mieux à même de convaincre que des centaines d'observations que l'on pourrait suspecter de suggestion ou de partialité. La simplicité du procédé permet d'ailleurs à chacun d'en juger les résultats.

Les résultats produits sont de deux ordres différents :

1° *Analgésie*.

2° *Kératoplastie et kératogenèse*,

le tout amenant la guérison.

1° *Analgésie*. — C'est là une des principales particularités du traitement et qui nous fera longtemps encore préférer l'acide picrique aux autres topiques kératoplastiques, et comme il est à la fois analgésique, antiseptique et kératogène, on peut le considérer comme réunissant les trois conditions essentielles de la guérison des brûlures.

Il est notoire que les brûlures les plus douloureuses sont les brûlures superficielles au premier degré. Les brûlures de la couche cornée de la pulpe des doigts (cire à cacheter, phosphore des allumettes) figurent aussi parmi les brûlures douloureuses, surtout en considération de leur étendue restreinte. Dans tous ces cas la douleur est supprimée dans l'heure, souvent dans les instants qui suivent l'application de la solution picriquée.

Lorsqu'il s'agit de brûlures au deuxième degré, dans lesquelles la pellicule des phlyctènes, la cuticule cornée est conservée, l'analgésie de la lésion succède bientôt à l'indolence du pansement.

Ce n'est guère que lorsque la brûlure au troisième degré met à nu une portion du derme que l'application d'acide picrique peut, pendant des instants très courts seulement, provoquer une sorte de « picotement », très tolérable d'ailleurs, mais dans la plupart des cas et comme toujours lorsqu'il s'agit de malades pusillanimes, le mot fait bien plus que la chose et l'on peut affirmer que l'oreille est plus choquée, le cerveau plus ébranlé par le mot « *acide picrique* », que le derme par l'application de la solution. Il n'est pas moins vrai que cette dénomination sera certainement un obstacle à la diffusion de ce pansement, obstacle qu'il serait facile de tourner par l'adoption d'un des nombreux synonymes (celui d'acide chrysolepique convient bien) sous lesquels la chimie a désigné l'acide picrique : l'embarras ne provient guère que de la multiplicité même des synonymes.

Nous ajouterons que, si le malade a la bonne fortune d'être traité au moment même de la brûlure, la douleur peut faire totalement défaut.

2° *La valeur kératogénique et kératoplastique* de l'acide picrique se démontre d'elle-même quand on suit la marche du

(1) Nous venons de lire dans le *Correspondant médical* (30 déc. 1895) que M. le docteur Vigier aurait eu le premier l'idée d'employer les solutions aqueuses ou alcooliques d'acide picrique dans le pansement des brûlures. N'ayant pu nous procurer à la bibliothèque de la Faculté de médecine et à la Bibliothèque nationale les Bulletins de la Société de thérapeutique (séance du 27 nov. 1895), qui mentionnent la communication de M. le docteur Vigier, nous lui avons écrit pour obtenir des renseignements à ce sujet.

M. Vigier, que nous remercions de son obligeante réponse, nous donne les indications suivantes :

A. M. Curie signale un nouveau topique, l'acide picrique, antiseptique puissant, vulnéraire excellent, qui supprime l'inflammation et la suppuration. (C. R. de la Soc. de thérap., séance du 22 nov. 1876, *Journ. de thérap.*, 1876, t. III, p. 919.)

B. M. Pierre Vigier présente à la Société des échantillons d'ouate picrique, en décrit la préparation et en conseille l'emploi dans le traitement des plaies. (*Ibidem.*)

C. M. Curie fait une communication intitulée : « De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des plaies. » (Acad. des sc., 30 oct. 1876.)

Nous avions déjà signalé le travail de M. Curie dans la thèse de notre élève Filleul en même temps que celui de Chéron sur le même sujet. Les auteurs précédents ne semblent pas avoir eu particulièrement en vue le traitement des brûlures, et nous insistons sur ce fait que l'acide picrique est surtout applicable au traitement des brûlures bourgeonnantes proprement dites. M. Vigier veut d'ailleurs bien ajouter : « Le corps médical n'a tenu aucun compte de nos observations », et il reconnaît qu'avant nos recherches l'emploi de l'acide picrique en chirurgie était tout à fait tombé en désuétude.

Dans cette même séance, M. le professeur Pouchet indique que l'acide picrique a été, *depuis longtemps*, employé contre les brûlures dans le laboratoire de M. Payen, mais aucune date ne nous permet de dire si ces recherches sont antérieures aux nôtres.

Enfin, M. de Molènes (de Budapest) dit l'avoir vu employer dans les mêmes circonstances comme « analgésique », sous forme d'*huile* picriquée, ce qui prouve bien que ses propriétés kératoplastiques n'avaient pas été utilisées, l'huile étant essentiellement antikératogène.

(2) Nous trouvons également, dans une coupure de journal (déc. 1893 ou déc. 1894), une indication où nous lisons : Traitement des brûlures (Schwimmer) :

Acide picrique.	50 grammes.
Eau distillée	1000 —

Cette mention est bien postérieure à nos recherches et sans doute erronée, 50 grammes d'acide picrique n'étant pas solubles dans 1 litre d'eau.

(1) La thèse de Papazoglou contient aussi des observations inédites.

processus réparateur de la lésion après l'application du pansement picriqué.

On peut la résumer ainsi : conservation au moins temporaire de la couche cornée, résorption du liquide exsudé, accolement de la couche cornée au stratum sous-jacent, enfin hypergenèse kératique dans ce stratum.

L'acide picrique durcit les tissus et fixe les épitheliums sur le vivant comme sur le cadavre et cette propriété qu'on a tant utilisée en histologie est aussi réelle en thérapeutique.

a. S'il s'agit d'une brûlure au premier degré la réparation se fait par fixation, si l'on peut dire, de l'épithelium compromis : la guérison est instantanée et il y a à peine desquamation furfuracée qui dans nombre de cas fait complètement défaut.

b. Supposons le traitement d'une brûlure au deuxième degré appliqué de suite, avant la formation des phlyctènes, ou tout au moins avant que celles-ci ne soient infectées ; dans ce cas l'immersion dans la solution picriquée fixe les éléments du derme et de l'épiderme, coagule sans doute les albuminoïdes ; toujours est-il que l'épiderme ne se soulève pas, la sérosité ne s'épanche pas, l'épiderme se dessèche et s'accole au derme et à sa chute la néoformation épidermique est déjà parachevée. Si au contraire les phlyctènes se sont soulevées, si, déchirées par places, elles ont permis l'infection, la sérosité épanchée se résorbe ou se concrète ; le membre se recouvre de squames croûteuses et on assiste à la guérison par le procédé de la cicatrisation sous-crustacée.

c. S'il s'agit d'une brûlure grave, troisième ou quatrième degré par exemple, on voit après le premier pansement la surface de la lésion se partager en îlots très distincts : ceux où l'épiderme est encore conservé, ne fût-ce qu'à l'état de vestige, dans les sillons papillaires du derme, et ceux où cet épiderme a été complètement détruit et remplacé par une eschare plus ou moins profonde ; ces derniers ne sont pas justiciables du pansement picriqué. Les premiers au contraire se comportent comme les brûlures au deuxième degré : la mince eschare superficielle du derme (troisième degré) sous-jacente à la phlyctène est fixée comme elle et la guérison se fait dans les mêmes conditions avec épidermisation sous-crustacée par hyperplasie des couches épidermiques.

Une particularité nous a encore frappé dans le processus de réparation de ces brûlures : c'est, outre l'asepsie relative de la plaie, la formation d'une cicatrice toujours superficielle, peu ou pas rétractile. Je sais bien que nous avons réservé l'application de ce pansement à des degrés où la cicatrice est en général peu apparente, mais il n'en est pas moins constant d'observer combien cette cicatrice est insignifiante, tout terme de comparaison gardé avec la cicatrice que peuvent laisser les autres pansements après guérison des brûlures de même degré.

Au deuxième ou troisième pansement la plaie apparaît recouverte de croûtes stratifiées : s'il n'existe plus de solution de continuité, si en aucun point il ne s'est développé de bourgeons charnus, on peut considérer la guérison comme obtenue et le laps de temps au bout duquel elle est complète *est toujours extrêmement court;* la rapidité du succès dépasse souvent toute prévision.

Mais on doit se rappeler qu'il s'agit d'un épiderme jeune, par suite délicat, et qu'il faut le ménager : on ne doit pas hâter la chute des croûtes ; le bain est *kératolytique* et il ne doit pas intervenir. Les croûtes tomberont d'elles-mêmes et jusqu'à leur chute la région restera recouverte d'une simple couche d'ouate ordinaire et d'un bandage.

Si nous nous sommes un peu étendu sur le processus de réparation des brûlures, c'est que là se trouve l'exposé des propriétés kératoplastiques de l'acide picrique et nous pourrons être plus tard d'autant plus bref sur ses applications à d'autres affections chirurgicales que le processus de réparation ou de guérison sera toujours le même :

1° Fixation et durcissement des tissus ;
2° Conservation des épithéliums ;
3° Kératogenèse.

Conclusions. — Nous allons résumer les principaux avantages que présente le pansement picriqué appliqué au traitement des brûlures.

A. L'acide picrique est un topique :
Analgésique ;
Antiseptique ;
Kératoplastique.

B. Il n'offre aucun danger d'explosion ; il ne présente pas d'odeur, n'est pas caustique ou toxique et peut être appliqué chez les enfants.

C. Sa solution saturée est facile à préparer sans aucune pesée, puisque l'opération se fait par décantation : elle ne s'altère jamais.

D. Sous un très faible volume (chirurgie d'armée et de campagne), l'acide picrique cristallisé représente une quantité considérable de solution.

E. Le prix de revient (chirurgie hospitalière et d'armée) est infime (0 fr. 05 le litre environ).

F. En chirurgie d'armée l'acide picrique est susceptible d'un grand nombre d'autres applications qui feront l'objet d'un nouveau travail.

G. Le pansement est excessivement simple à appliquer.

H. C'est un pansement rare.

I. La guérison survient dans des conditions d'analgésie et de rapidité peu habituelles.

J. La cicatrice est nulle.

Un seul inconvénient doit être signalé : c'est la coloration des mains et des tissus de laine, mais les linges et toiles peuvent être facilement décolorés, et le premier inconvénient lui-même peut être évité grâce à certains artifices de technique (voyez plus haut).

Applications à l'industrie. — Pour tous les motifs précédents que l'on pourrait réunir sous les deux chefs : innocuité, efficacité, il est à désirer que le traitement des brûlures par la solution picrique soit vulgarisé dans les ateliers d'industrie où les explosions provoquent des brûlures étendues et partout où la vapeur condensée peut produire les mêmes accidents (mines, forges, fonderies, usines à vapeur, etc.).

Bien que, dans un grand nombre d'ateliers, ce pansement soit d'ores et déjà couramment appliqué, il est du devoir *des médecins* d'en indiquer aux chefs d'usine la nécessité : la solution doit être prête à servir à tout moment ; son prix modique (l'acide picrique coûte de 4 à 5 francs le kilog et n'est soluble qu'à 1 p. 100 environ) en permet la préparation à l'avance et la solution se conserve indéfiniment ; elle doit donc figurer parmi les pansements *d'urgence*, puisque son efficacité est d'autant plus remarquable qu'on se rapproche davantage du moment de l'accident.

Pour les accidents légers un récipient de verre muni d'un robinet, permettra l'imprégnation immédiate de la partie brûlée ; si les ouvriers sont exposés à des brûlures étendues et graves (raffineries, mines, ateliers de pyrotechnie,

etc.), c'est par hectolitre que la solution doit être préparée : conservée dans une baignoire ou une tonne, elle permet l'immersion entière du blessé.

V

TECHNIQUE DU PANSEMENT PICRIQUÉ. — Le *modus faciendi* a, dans l'application du pansement picriqué au traitement des brûlures en particulier et de presque toutes les plaies d'ailleurs, une importance capitale et c'est probablement là la cause de l'échec de M. Deroubaix après ses tentatives. Beaucoup de chirurgiens, en présence de la solution picriquée, pensent qu'il s'agit d'un pansement humide, par balnéation permanente, pourrait-on dire, et c'est justement l'erreur grave qui amène l'insuccès. Comme nous l'avons dit, les applications humides sont kératolytiques et je ne connais pas de méthode qui donne des résultats plus lents et plus contestables que le bain de Hebra.

Mais nous nous défions, bien que n'ayant pas encore une preuve certaine de leur réalité, des accidents d'érythèmes que pourrait provoquer l'application directe de la poudre active et nous pensons qu'on doit avoir recours à la solution.

Cette solution sera saturée, c'est-à-dire contiendra le maximum de substance active qui puisse se dissoudre à froid, ou mieux sera saturée à chaud, puis décantée après refroidissement. Si l'on tient absolument à avoir une formule la voici :

Acide picrique	12 grammes
Eau bouillie tiède	1 litre.

Laisser refroidir et décanter.

Quant à la pratique du pansement en elle-même, elle est très simple.

De deux choses l'une : ou la brûlure a déjà été traitée, ou elle est indemne de tout traitement.

Dans le premier cas, c'est presque toujours un corps gras qui aura été appliqué et il faut autant que possible en faire disparaître toute trace : de l'eau tiède ou même une eau savonneuse bouillie remplira cette indication (1).

Si la brûlure n'a point été traitée, on peut la laver rapidement avec de l'eau boriquée bouillie, mais ce lavage préliminaire n'est même pas nécessaire.

En somme, le pansement sera d'autant plus efficace et amènera une guérison d'autant plus rapide :

1° Qu'il sera appliqué à un moment très rapproché de l'accident;

2° Que la brûlure n'aura point été traitée.

Voilà pourquoi sa vulgarisation est à désirer, et cependant combien de temps mettra-t-il avant de supplanter le liniment oléo-calcaire et les divers pansements gras, si préjudiciables à la kératinisation, mais si enracinés dans les mœurs des médecins, des pharmaciens et des patients !

L'application de l'acide picrique peut être faite suivant deux procédés :

1° L'*immersion dans un bain picriqué.* — Cette immersion dans la solution froide ou tiède doit durer de cinq à dix minutes : elle n'est pratiquement applicable qu'aux brûlures des extrémités et du premier segment des membres à cause du dispositif spécial et parfois dispendieux qu'elle exige.

Au sortir du bain, le membre sera entouré d'ouate hydrophile si tout l'épiderme est conservé ; dans le cas contraire, une légère couche de gaze stérilisée empêchera l'ouate d'adhérer. Ce pansement pourra être renouvelé le troisième ou le quatrième jour.

2° L'*application de compresses imbibées de la solution* pourra être faite dans le cas précédent et ce sera le seul procédé applicable aux brûlures du tronc, de la tête, du cou, de la racine des membres (et à toutes les brûlures étendues, si l'on ne dispose pas d'un vaste récipient où l'on puisse immerger le malade). Les compresses imbibées de la solution picriquée seront aussitôt recouvertes d'ouate hydrophile et d'un bandage approprié.

Mais il faut insister sur cette particularité que je ne saurais trop rappeler : pour avoir toute sa valeur, le pansement doit être *sec* et comme il ne peut l'être au moment de son application, il doit le devenir :

1° Par évaporation ;

2° Par absorption de l'eau, grâce à l'ouate hydrophile.

On ne doit pas, sous peine d'obtenir un résultat incomplet, interposer de taffetas gommé entre l'ouate et les compresses ; ce serait produire, au niveau de la plaie, la macération kératolytique. *C'est là la faute commune*, commise même par les élèves qui ont suivi nos recherches *et qui peut amener, dans l'appréciation des résultats, les plus grandes dissidences.*

Le pansement picriqué doit, de plus, être un pansement rare : il doit être renouvelé tous les trois jours environ au début, plus rarement même si l'épiderme était bien conservé et les phlyctènes non déchirées ; ce pansement doit être levé avec douceur, autant que possible à sec.

Pour les brûlures au premier degré, *une seule* application suffit et la guérison est obtenue en deux jours, trois au plus.

Du traitement des phlyctènes avant l'application du pansement. — Qu'on applique le pansement picriqué ou tout autre pansement, la conservation de l'épiderme qui recouvre la brûlure au deuxième degré doit être soigneusement recherchée. Grâce aux propriétés kératoplastiques de l'acide picrique cet épiderme, quelque précaire que paraisse sa vitalité, pourra être conservé, au moins pour un temps; sa présence facilitera la kératogenèse dans les couches épidermiques sous-jacentes, et après cette kératogenèse la guérison sous-crustacée : on ne doit pas déchirer les phlyctènes. Si le pansement est appliqué immédiatement après l'accident, bien souvent elles ne se formeront pas et il y aura, pour ainsi dire, arrêt de la fonte du corps muqueux de Malpighi (sérosité de la phlyctène) par kératoplastie.

Si les phlyctènes existent déjà, il faudra prendre des soins particuliers pour ne pas les déchirer en déshabillant le malade, en supprimant les objets de pansement qui ont pu être appliqués, etc. Une fois les phlyctènes bien exposées, bien lavées, le chirurgien devra, à l'aide d'une simple ponction, en évacuer la sérosité qui s'oppose à l'accolement de la couche cornée au derme sous-jacent.

Brûlures des muqueuses. — Enfin, il est encore une particularité qui semble plaider en faveur de l'adoption du pansement picriqué : c'est la possibilité de l'appliquer au traitement des brûlures des muqueuses. Sans doute, l'amertume du topique peut s'opposer à son emploi dans le traite-

(1) L'alcool que M. Felizet conseille d'appliquer aurait aussi le même résultat.

ment des brûlures de la muqueuse buccale, mais encore peut-on, en cas urgent, passer sur ce léger inconvénient.

Les brûlures du rectum, du vagin sont justiciables du pansement qui fixe les éléments de la muqueuse et prévient leur désorganisation.

Enfin, l'acide picrique est susceptible de nombreuses applications en chirurgie : nous les avons réunies dans un second travail dont le manuscrit est terminé et qui sera prochainement publié dans ce journal.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les centres moteurs corticaux chez l'homme (1), par J.-M. Charcot et A. Pitres.

La doctrine des localisations cérébrales n'a plus besoin d'être défendue, car elle n'est plus guère discutée aujourd'hui. Ce n'est point cependant que rien ne reste à faire ; le champ de l'exploration est au contraire bien vaste encore, surtout quant aux centres sentitifs et sensoriels. Les centres moteurs sont mieux connus ; quelques-uns le sont très suffisamment, on pourrait dire définitivement si l'on ne savait que la vérité absolue est insaisissable.

Toutefois la science des localisations motrices a fait dans ces derniers temps des progrès sûrs, grâce aux travaux des cliniciens qui ont suivi la voie ouverte par Charcot. Le moment était donc venu pour un livre qui, rassemblant tous les faits probants connus, présentât aux médecins la question sous une forme didactique. C'est ce qu'a fait M. Pitres qui avait commencé l'œuvre en collaboration avec le Maître de la Salpêtrière et qui l'a terminée seul. Le livre, qu'illustrent de très nombreuses gravures coloriées, est d'une belle clarté et demeure actuellement le meilleur précis des localisations motrices du cerveau.

Les émotions (2), par le docteur Lange, professeur à l'Université de Copenhague, traduit d'après l'édition allemande du docteur Kurella, par le docteur Georges Dumas, ancien élève de l'École normale supérieure.

Le docteur Lange a appliqué à l'étude des émotions une méthode scientifique nouvelle, qui a inspiré bien des recherches curieuses. Il a été ici rendu compte de la thèse originale du docteur Dumas sur les états mélancoliques envisagés comme expression de troubles organiques complexes. Son auteur présente aujourd'hui la traduction de l'œuvre principale de Lange.

Voici, en quelques mots, la théorie du médecin danois. Ce que l'on appelle une émotion se compose de deux sortes de phénomènes : une modification de l'esprit et des troubles physiques. D'après l'opinion courante, ces derniers étaient la conséquence de l'état mental ; cependant quelques médecins, récemment, associaient ces deux ordres de faits et les déclaraient solidaires, en faisant des uns l'accompagnement obligé, la condition somatique des autres. Enfin Lange a posé le problème autrement. L'émotion mentale ne serait pour lui que la conscience des troubles apportés par une idée, par exemple l'idée d'un danger, à la vascularisation de nos tissus — fait primitif. Si bien qu'il est juste de dire qu'on est triste parce qu'on est déprimé et non pas de soutenir que l'on est déprimé parce qu'on est triste.

En parlant de cette idée générale, Lange a recherché la pathogénie des principales émotions, de la joie, de la peur, de la colère, etc.

On voit d'ici le changement que cette conception apporte dans les habitudes de travail des psychologues. De l'observation interne, ils sont amenés à l'observation externe, à l'expérimentation. L'émotion étant d'abord et surtout un trouble vaso-moteur, c'est dans un laboratoire, avec des instruments propres à mesurer les variations de la vascularisation, que l'on doit l'étudier. L'influence des idées de Lange est donc considérable et l'on doit remercier beaucoup le docteur Dumas de nous permettre d'en prendre une connaissance précise.

E. Toulouse.

(1) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-18. Bibl. de Philos. contemp. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 15 janvier 1896, ont été nommés :

Officiers d'Académie : M. le docteur Bordo (de Cheragas); Me Chellier, docteur en médecine à Marseille ; MM. les docteurs Lescure, conseiller général à Oran ; Martin, médecin principal, président de la société des anciens élèves du lycée de Constantine.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 janvier 1896, la chaire d'histologie et la chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille sont déclarées vacantes.

— Les cartes de placement dans les services hospitaliers, pour l'année 1896, seront délivrées dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3 :

1° Le mardi 21 janvier, à deux heures, à MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années.

2° Le mercredi 22 janvier, à deux heures, à MM. les internes de première année et à MM. les internes provisoires.

3° Le jeudi 23 janvier, à deux heures, à MM. les externes de troisième année.

4° Le vendredi 24 janvier, à deux heures, à MM. les externes de deuxième année.

5° Le samedi 25 janvier, à trois heures, à la première moitié de la liste de MM. les externes de première année.

6° Le lundi 27 janvier, à dix heures, à la deuxième moitié de la liste de MM. les externes de première année.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien s'ouvrira le jeudi 19 mars 1896, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 10 février, et sera clos définitivement le samedi 29 du même mois, à trois heures.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Cousin (Gustave) est nommé, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques. — M. Jacquemet (Marcel), interne des hôpitaux, est nommé, pour une période de trois années, prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire. — M. Acquaviva (Joseph), interne des hôpitaux, est nommé, pour une période de deux ans, aide d'anatomie et de physiologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 janvier 1896.

Encore le **méningisme** à la Société médicale des hôpitaux (17 janvier). D'après M. Séglas, les médecins aliénistes observent assez souvent des faits de méningisme ou de pseudo-méningite. Ils sont classés dans la stupidité aiguë et le délire aigu. M. Chaslin en a cité des cas dans son étude sur la confusion mentale. C'est surtout à la suite des diverses infections aiguës que se développent ces accidents cérébraux. Il ne s'agit nullement d'hystérie. Nous n'insisterons pas davantage, ayant l'intention de demander à l'un de nos collaborateurs du samedi, de nous donner sur ce sujet une Revue qui sera tout à fait d'actualité, après la série de communications faites à la Société des hôpitaux et les échanges de vues qu'elles ont amenés.

Ce sont encore, si l'on veut, des **manifestations de méningisme** que pourrait parfois produire la créosote à hautes doses en injections hypodermiques; ils simuleraient d'autant plus facilement la méningite tuberculeuse, que la créosote n'est administrée à cette dose et sous cette forme qu'aux tuberculeux. Un malade entre dans le service de M. Faisans, à la Pitié, dans un état de coma presque complet, avec de l'hyperesthésie générale de la peau. Les pupilles sont dilatées et inégales. Il y a du délire loquace. Il n'y avait, du reste, ni convulsions, ni raideur de la nuque, ni paralysie. M. Faisans, après avoir presque d'emblée éliminé la méningite tuberculeuse, songea à un empoisonnement, et, plus particulièrement, à un empoisonnement par la belladone; c'est d'une intoxication par la créosote qu'il s'agissait. Ce malade, qui avait pris autrefois jusqu'à 140 grammes d'huile créosotée au quinzième par jour, pendant assez longtemps, avait voulu reprendre ce même traitement à cette même dose, après une assez longue interruption. La guérison eut lieu assez rapidement. Les urines, qui étaient très rares, devinrent abondantes; elles étaient noires au début. L'inégalité des pupilles n'était qu'une coïncidence, elle tenait à une affection antérieure de l'un des yeux.

M. Burlureaux qui, comme on le sait, a beaucoup vanté la créosote en injections sous-cutanées à doses considérables, a vu deux fois des faits de ce genre, avec 4 grammes de créosote par jour environ. Dans le second de ses cas, l'ensemble symptomatique était un peu différent de ce qu'on vient de voir : il y avait de la céphalée, des fourmillements dans les membres, des contractures et un grand état d'angoisse. Il n'y avait pas hypothermie, comme dans le cas précédent, mais légère élévation de la température : 38°4. Il est curieux de constater que tous ces malades avaient auparavant toléré sans accident des doses de créosote égales à celles qui ont amené ces phénomènes nerveux d'intoxication.

M. Catrin présente deux soldats retour de Madagascar où ils ont, tout naturellement, contracté la **fièvre intermittente**. Ils ont des rates énormes qui déplacent la pointe du cœur et la rejettent en haut et en dedans. Les dix-sept soldats revenus de Madagascar, que soigne M. Catrin au Val-de-Grâce, ont tous la rate grosse : il n'est donc pas juste de dire que l'impaludisme contracté dans cette île ne provoque pas la splénomégalie.

M. Bourneville présente à la Société **six idiots myxœdémateux**. Ceux d'entre eux qui sont déjà d'un certain âge (trente-huit ans, trente ans, vingt ans) ont encore l'aspect infantile. Ils ont l'air d'avoir dix ou douze ans. C'est réellement un spectacle à la fois triste et curieux que celui de ces malheureux êtres. L'un d'eux a été longtemps montré dans les foires avec le titre pompeux de roi des Esquimaux.

M. Bourneville se propose de les traiter par le corps thyroïde. Il les ramènera de nouveau à la Société, de façon à ce qu'on puisse bien constater les progrès qu'ils auront réalisés.

A ce propos, il s'engage une intéressante discussion sur le meilleur mode et sur les dangers de l'administration du corps thyroïde. Il en résulte que l'emploi de cette substance est toujours délicat et dangereux, qu'il demande à être fait avec beaucoup de précautions. Le danger serait beaucoup plus grand chez les enfants et surtout encore chez les très jeunes enfants. Il y a eu plusieurs cas de mort chez des nourrissons, d'après M. L. Guinon. M. Marfan n'a jamais pu faire ingérer, même des doses extrêmement faibles, de corps thyroïde à de très jeunes enfants sans observer des accidents et sans avoir de vives inquiétudes. M. Bourneville, qui donne des doses élevées (un demi-lobe) à des enfants de quatre ans, a quelquefois été obligé de suspendre l'administration du médicament animal, mais il n'a jamais eu d'accident grave. Il reconnaît, du reste, qu'il faut agir avec prudence.

Il nous semble résulter de ces faits en apparence contradictoires que les très jeunes enfants sont beaucoup plus sensibles au corps thyroïde que les enfants plus âgés. C'est ce qu'on observe, du reste, avec d'autres médicaments, l'opium, par exemple.

Suit un échange d'observations sur la forme sous laquelle il convient le mieux de faire prendre le corps thyroïde : en nature, en poudre desséchée, en tablettes. On ne saurait pas toujours très bien ce que renferment les tablettes qui, du reste, sont, le plus souvent, fabriquées à l'étranger.

M. Béclère, qui s'est beaucoup occupé de cette médication, demande, avec raison, qu'on compte la quantité de corps thyroïde donnée non pas par lobe ou par fraction de lobe, mais en poids, en grammes.

DE L'ÉCLAMPSIE TARDIVE ET DE SON DIAGNOSTIC PRÉCOCE (1)

Par les docteurs Alf. Jean,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
et Manuel Vicente.

III

Obs. II. — Elle réunit les signes prémonitoires et l'albuminurie et l'époque en est plus tardive.

Mme T..., dix-neuf ans, primipare, accouchement normal à terme (août 1895). Antisepsie incomplète. Vers le vingt-deuxième jour de l'accouchement, après plusieurs jours de malaises vagues, parmi lesquels dominait une céphalalgie très prononcée, on est amené à faire l'examen de l'urine qui est reconnue albumineuse. Il n'y a pas de fièvre. La malade est mise au régime lacté et prend une dose assez élevée de bromure et de chloral.

Malgré ce traitement et une forte purgation, elle est prise la nuit même d'attaques d'éclampsie.

Ces accès sont longs, ils sont caractéristiques et se reproduisent huit fois pendant la nuit.

Le lendemain, on constate que la malade s'est fortement mordu la langue. Elle n'a pas gardé le souvenir de ce qui s'est passé.

Elle présente, en outre, une paralysie incomplète du bras gauche, portant sur la motilité et la sensibilité, et qui disparaît le surlendemain.

Cette malade nourrissait son enfant. Elle mangeait, et elle buvait de la bière afin d'avoir plus de lait.

On lui fit suspendre l'allaitement et continuer le régime lacté.

L'albuminurie disparut complètement après dix jours de traitement.

Les crises ne revinrent pas.

Aujourd'hui cette malade est en bonne santé.

IV

Les détails de ces observations montrent à quel point les signes prémonitoires d'une attaque d'éclampsie peuvent être rudimentaires. Dans un danger menaçant que l'on pourrait conjurer s'il était pressenti, n'existe-t-il rien qui pourrait servir de base à un diagnostic? Le péril est imminent, il peut être irréparable et nous n'en serions pas avertis? Les réactions sympathiques et nerveuses vont éclater avec fracas, et l'on chercherait en vain un criterium, un réactif susceptibles de déceler ou de mesurer cette tension nerveuse exagérée, grosse de dangers, et qui reste latente?

Dans notre premier cas, il n'a fallu rien moins qu'une opération, provocatrice des réflexes nerveux, pour que le névraxe, sollicité sympathiquement, manifestât son imprégnation et, par suite, son état d'impressionnabilité morbide, et que l'organisme, sondé et interrogé sans résultat, cessât de dérober le secret de son mal.

Comme il arrive souvent, devons-nous faire l'aveu de notre impuissance diagnostique et pronostique, et reconnaître que l'éclampsie, ainsi que l'embolie et la mort subite, ces complications fréquentes en obstétrique, ne s'annoncent point par des signes avant-coureurs certains et que, le plus souvent, elles nous prennent au dépourvu?

Il y a là un problème et un danger qui exercent depuis longtemps la sagacité des cliniciens et qui les préoccupent à bon droit, puisque, bien souvent, il suffirait de résoudre à temps le premier pour se mettre à l'abri du second.

A quel moment faut-il craindre l'éclampsie?

Est-il possible de trouver un signe ou un moyen révélateurs qui nous permettent d'agir assez tôt pour l'enrayer?

C'est ce desideratum qu'il faudrait combler, car nous savons agir efficacement quand le temps nous permet d'user des moyens thérapeutiques et de l'hygiène, et malheureusemont ce signe certain pathognomonique est encore à trouver.

A défaut de signes pathognomoniques, nous pensons, en l'absence d'albuminurie, que le meilleur guide sera de recourir à l'exploration des différentes formes de la sensibilité, à l'examen des organes sensoriels, aux manifestations psychiques et intellectuelles de la patiente. Les appréhensions non justifiées, les terreurs vagues, et surtout la céphalalgie, on l'a déjà dit, ont une grande importance, et permettent souvent de faire un diagnostic précoce.

Il nous semble que le traitement classique a plus de prise sur les formes tardives de l'éclampsie, que sur celles qui sont voisines de l'accouchement.

C'est une raison de plus pour tenir grand compte de la symptomatologie connue, si fruste qu'elle soit. Nous sommes portés à lui accorder une valeur quasi pathognomonique et pour donner une forme plus précise à notre pensée, nous dirons :

Toute accouchée apyrétique, albuminurique ou non, présentant les symptômes nerveux décrits plus haut, est une éclamptique.

Comme beaucoup de choses, la crise convulsive a ses degrés. Elle peut même se produire à l'insu du médecin et n'être qu'ébauchée.

Et cette crise que vous épiez pour inaugurer le traitement est peut-être un fait accompli. Vous auriez tort d'en attendre l'arrivée ou le retour. Agissez activement pendant qu'il est encore temps de le faire.

V

Si l'on ne suit pas cette règle de conduite, on se trouvera souvent très embarrassé, car peu de situations rendront le praticien plus perplexe.

Eu égard au premier cas, nous nous demandons ce qui serait advenu si les deux crises provoquées par le curetage ne s'étaient pas produites en notre présence.

Évidemment, nous aurions continué de suivre une fausse piste et de croire à l'infection puerpérale.

Peut-être aurions-nous pensé à la méningite infectieuse puerpérale qui existe aussi bien que la pleurésie purulente

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 61.

puerpérale et qui peut guérir comme elle. Bref, le diagnostic s'égarait et demeurait fatalement lié à l'idée d'infection dont il restait à fixer le siège et le degré.

Rien ne pouvait, en apparence, nous amener à admettre la possibilité d'une attaque d'éclampsie, et le fait brutal nous a surpris en même temps qu'éclairés, parce que nous n'avions pas tenu compte de l'obnubilation intellectuelle et de la céphalalgie.

Et cependant la crise était imminente, elle se préparait silencieusement et allait éclater dans quelques jours avec toute l'intensité et toutes les conséquences dont elle est coutumière. Elle eût certainement compromis la vie de la patiente qu'un régime substantiel ne préparait que trop à l'insuffisance de la dépuration rénale. A ce moment, toute incertitude se dissipait, le lait, les purgatifs, voire la saignée, étaient mis en jeu. Il reste à savoir s'ils eussent agi et si la malade eût guéri. En tout cas, nous n'avons eu qu'à nous féliciter de l'intervention fortuite, qui nous a permis d'apercevoir le danger assez tôt pour y remédier.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1896. — Présidence de M. Anger.

RAPPORTS

Abcès du foie. — M. RICARD. M. le docteur Walther nous a communiqué 6 observations intéressantes d'abcès du foie, qu'il a soumis à l'intervention chirurgicale.

Ces 6 observations méritent d'arrêter notre attention par plusieurs points principaux que nous allons successivement passer en revue.

L'*étiologie* nous arrêtera tout d'abord. Sur 6 cas, 2 fois l'étiologie n'a pu être établie, 3 fois l'abcès était consécutif à la dysenterie, et 1 fois, la suppuration était nettement la localisation d'une infection générale à streptocoque, dont l'origine remontait à l'infection d'une plaie de l'auriculaire gauche avec arthrite suppurée.

Je dois rapprocher de ce dernier fait, des plus rares, une observation que j'ai moi-même présentée à l'Académie de médecine, le 16 octobre de l'année dernière, et dans laquelle la collection hépatique était un abcès à staphylocoques, consécutif à un anthrax du cuir chevelu. Ces faits sont jusqu'ici des plus rares; l'enseignement qu'on doit retirer de l'observation de M. Walther et de la mienne, c'est qu'il convient d'intervenir au plus tôt, car la virulence des collections hépatiques est extrême dans ces cas.

Dans les 3 cas, consécutifs à la dysenterie, 1 fois l'examen du pus n'a pas été fait; dans un cas, l'examen bactériologique décela l'existence de streptocoques et de staphylocoques, mais la cavité purulente était en communication avec les bronches. Dans le troisième cas, l'examen fut absolument négatif.

Cette dernière observation nous amène ici à parler de la *stérilité des abcès du foie*, stérilité déjà connue auparavant, mais bien mise en lumière par la remarquable observation que notre collègue, M. Peyrot, nous communiqua dans la séance du 7 janvier 1890.

Depuis cette communication, une série de travaux ont vu le jour sur la bactériologie des abcès hépatiques, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société médicale des hôpitaux, soit enfin, ici, à la Société de chirurgie. Deux thèses récentes, celle de M. Cotta, mais principalement celle de M. Debray, soutenue il y a quelques mois, et enfin une fort intéressante revue critique de M. Longuet, résument actuellement fort nettement la question.

A la suite des observations premières de Kartulis, dans les Archives de Virchow, de M. Netter et de M. Laveran, à la Société médicale des hôpitaux, de M. Peyrot à la Société de chirurgie, on crut volontiers que cette stérilité des abcès du foie était à peu près la règle. Toutefois notre collègue, M. Peyrot, formulait déjà de sages réserves et il « lui paraissait nécessaire, avant d'intervenir chirurgicalement, de faire l'analyse bactériologique du pus retiré par une ponction exploratrice ».

Il n'est pas de ma compétence de discuter longuement ce côté bactériologique de la suppuration intra-hépatique, mais il y a là un côté pratique dont la connaissance importe au chirurgien qui va opérer. C'est pourquoi, résumant l'opinion qui s'est fait jour dans les travaux récents, nous dirons, avec M. Longuet : « Les abcès stériles du foie sont *fréquents*, mais cette fréquence n'est que relative, si on la compare aux résultats positifs presque innombrables qui ont été obtenus. »

Je dirai également que, de l'étude rapide des statistiques, il ne semble pas résulter que les abcès des pays chauds soient particulièrement privilégiés. Il semble acquis qu'au foie — comme ailleurs — dans les ganglions, dans les trompes, dans le cerveau, le pus *vieux* ou à évolution *lente* puisse être stérile ou de virulence très atténuée; il semble que le siège hépatique ne soit pour rien dans cette atténuation et cette disparition de la virulence.

L'observation de M. Walther vient à l'appui de la proposition que j'avance. Car dans le cas où le pus fut trouvé stérile, la dysenterie initiale remontait à cinq années et avait débuté au Tonkin. Depuis, jamais le malade ne s'était bien porté, quoique étant rentré très rapidement en France.

La première manifestation douloureuse à l'hypocondre remontait à sept mois, elle fut peu intense, c'était une pesanteur pénible, une gêne des mouvements d'inspiration. Ce ne fut qu'au mois de mai, que la douleur fut plus vive et que l'état général périclita.

Donc dysenterie ancienne, localisation hépatique tardive, évolution lente. Tels sont les antécédents qu'on retrouve habituellement dans les abcès à pus stérile.

Le *siège de l'abcès et la nature de l'intervention* méritent également d'attirer l'attention de la Société.

Sur les 6 cas présentés par notre collègue, trois fois l'abcès siégeait en arrière et proéminait à la face convexe du foie. Dans ces trois cas, l'incision hépatique fut précédée de la résection large de la neuvième ou de la dixième côte, deux fois la plèvre était intimement soudée au diaphragme et celui-ci à la face convexe du foie.

Dans un cas, bien que l'abcès fût ancien, et que la matité remontât jusqu'à la pointe de l'omoplate, il n'y avait pas traces d'adhérences pleurales. L'évacuation du pus se fit sans incident, grâce à la suture préalable des lèvres des incisions pleuro-diaphragmatiques.

Nous ne pouvons qu'approuver notre collègue d'avoir choisi la voie transpleurale, pour aborder les collections du point postérieur du foie qu'il a eu à traiter. C'est la voie imaginée par Israël (de Berlin), en 1879, appliquée pour la première fois aux abcès du foie, par Thornton, et communiquée au Congrès de Brighton; cette méthode a donné des succès à Zancarol, à Hunsner, à Schede, à Terrier et à d'autres; elle nous paraît préférable à l'incision de Little en un temps, qui risque de déverser ce pus dans la plèvre. C'est l'opération de choix.

On pourrait peut-être mettre en parallèle la méthode de Lannelongue, mais consistant dans la résection du bord inférieur et cartilagineux du thorax; ce qui, évidemment, doit décider du choix du procédé est le siège et la saillie de l'abcès.

Dans les 3 autres cas, M. Walther a pratiqué une laparotomie antérieure. Dans un cas, il existait des adhérences préalables, l'opération se borna donc à l'incision pure et simple d'un abcès. Dans les 2 autres cas, il n'y avait aucune adhérence. Notre collègue des hôpitaux, malgré les beaux succès de la méthode de Little, a préféré protéger le péritoine contre l'irruption purulente. Dans un cas, il put facilement faire la suture du péritoine hépatique aux lèvres de l'incision; mais dans l'autre, où cet affrontement était impossible, l'opérateur eut soin de pratiquer par son trocart évacuateur, le lavage répété de la cavité purulente. Bien lui en prit, car l'examen bactériologique démontra que le pus, très virulent, contenait du streptocoque et du coli-bacille. Notre collègue recommande, d'ailleurs, ce lavage préalable dans tous les cas, ne serait-ce que pour faciliter l'évacuation du pus, en général fort visqueux et très adhérent.

Malgré les beaux résultats donnés par la méthode de Stromeyer-Little, nous ne pouvons qu'approuver la méthode plus prudente et moins aventureuse qui a été suivie dans les six cas qui nous sont communiqués.

Les résultats obtenus sont d'ailleurs là pour lui donner raison.

Dans deux cas d'intervention trop tardive et jusque *in extremis*, les accidents septicémiques continuèrent et les malades moururent; ici, la méthode thérapeutique employée ne peut être accusée, l'acte opératoire a été simple et rapide, l'indication seule a été trop tardivement posée, et l'opérateur s'est trouvé en présence de moribonds qu'il était impossible de sauver, quels que fussent la méthode ou le procédé employés.

Les quatre autres cas ont donné quatre succès, et quatre succès durables dans lesquels la guérison s'est maintenue définitive.

Cette guérison a même été rapide, et la cicatrisation du foie s'est effectuée en peu de jours : sauf dans un cas, où une fistule persista trois mois pour l'élimination de fils profonds, les trois autres cas furent guéris en quarante-cinq jours, trente-deux jours et vingt-six jours.

Le peu de temps nécessaire pour la cicatrisation absolue ne plaide pas en faveur du curetage de l'abcès du foie récemment préconisé, devant l'Académie de médecine, par M. Fontan (de Toulon); malgré les bons résultats que ce chirurgien a obtenus, nous nous demandons si les lavages purs et simples, après incision, ne sont pas suffisants, et peut-être moins dangereux que pourraient l'être, dans certains cas, les manœuvres de la curette. Nous nous bornerons à formuler simplement cette opinion, n'ayant aucune expérience personnelle de la méthode de M. Fontan, dont les résultats publiés sont, d'ailleurs, fort encourageants.

En résumé, trois points se dégagent de la communication de M. Walther :

1° Les abcès du foie peuvent être stériles, mais ne le sont point toujours.

2° Il faut les aborder par la résection costale, par une laparotomie transpleurale s'ils bombent en arrière, par la laparotomie antérieure s'ils saillent en avant.

3° Dans les cas où il n'existe pas d'adhérences, il est prudent de stériliser la poche par le lavage, et de la suturer, avant de l'ouvrir largement.

Grossesse extra-utérine. — M. PICQUÉ fait un rapport sur trois cas de grossesse extra-utérine communiqués par M. Potherat. Voici le résumé des observations :

Premier cas : Femme de trente-trois ans, vigoureuse; grossesse normale onze ans auparavant. Nouvelle grossesse avec tous les symptômes habituels dans les premiers jours de l'année; en mai, métrorragie abondante; un médecin appelé croit reconnaître un avortement. La malade continue à souffrir et souffre ainsi pendant trois mois, sans que rien puisse la soulager. M. Potherat, appelé auprès de cette malade, après un examen attentif, porta le diagnostic de grossesse développée dans la corne utérine droite. Il proposa une intervention qui fut acceptée. Il pratiqua l'hystérectomie vaginale qui se fit facilement. La malade guérit rapidement.

L'utérus était sain, sa cavité vide à gauche, la trompe présentait les lésions de la salpingite interstitielle. A droite, existait une poche développée à la fois dans l'origine de la trompe et dans l'épaisseur de la corne utérine. Dans cette poche se trouvait un placenta sans fœtus. Il s'agissait donc bien d'une grossesse tubo-interstitielle. M. Potherat considère que, dans ce cas, l'hystérectomie vaginale était l'opération de choix.

Deuxième cas : Femme de trente-quatre ans, grossesse normale il y a douze ans; elle fut prise subitement de crises de douleurs et de vomissements, en même temps que se développait une tumeur dans le ventre. Les crises se multipliant et devenant de plus en plus douloureuses, au diagnostic de suppuration pelvienne, porté antérieurement, M. Potherat substitue celui d'hématocèle, dû probablement à la rupture d'une grossesse tubaire. Il intervient de suite par la voie vaginale. L'incision large du col du sac postérieur amena l'écoulement d'une abondante quantité de sérosité hématique. Le pus était rempli de caillots. Les annexes paraissant gravement atteintes, M. Potherat pratique d'emblée l'hystérectomie vaginale. M. le rapporteur fait observer ici combien cette recherche des annexes présente de difficultés. Quoi qu'il en soit, il s'écoula une quantité considérable de caillots et l'on put recueillir un fœtus de 10 centimètres de long avec un cordon très grêle se rattachant à un placenta non altéré. Les suites de l'opération furent simples.

Troisième cas : Femme de trente ans, grossesse normale à vingt-deux ans; symptômes de grossesse au commencement de l'année 1894. Cette malade tombe dans un état très grave et, après un examen minutieux, M. Potherat s'arrête au diagnostic suivant : deux tumeurs facilement appréciables qui remplissaient l'abdomen; à droite, l'utérus se contractant isolément et à vide; à gauche, un fœtus situé au dehors de l'utérus et disposé de telle façon qu'il a la tête sous le col du sac de Douglas et les membres supérieurs en haut. M. Potherat estime que la grossesse est arrivée à sept mois. Désirant, autant que possible, avoir un fœtus viable, il décide de surseoir à l'opération, tout en surveillant la malade qui, après quinze jours, tomba dans un tel état de faiblesse, qu'il ne fut pas possible de différer davantage. M. Potherat pratiqua l'opération suivante : il fit une incision médiane, verticale et arriva sur une poche très mince, translucide en bas, mais épaisse, bleuâtre et violacée en haut. Ce sac fut incisé en bas et en avant; il s'écoula du liquide amniotique, puis le fœtus fut rapidement saisi et extrait après section du cordon, entre deux pinces; la poche évacuée, on vit que le placenta occupait en haut et en arrière et en bas, jusque dans l'excavation, une très large surface. Comme il survint une hémorragie abondante, M. Potherat fit un tamponnement à la gaze iodoformée et sutura le sac en bourse au pourtour de la partie inférieure de l'incision. L'enfant survécut quatre mois. La mère eut des accidents de septicémie. Le placenta était évacué en totalité le dix-huitième jour. La malade finit par se rétablir.

L'exposé de ces observations soulève des questions de pratique très intéressantes : on a fait, depuis quelques années, un étrange abus de la dénomination de grossesse extra-utérine. L'anatomie pathologique a démontré que les hématocèles procédaient d'une grossesse extra-utérine, à preuve le fœtus qu'on rencontre parfois, et les villosités choriales qu'on rencontre presque toujours dans la paroi kystique. Mais de ce que l'hématocèle dérive d'une gros-

sesse extra-utérine, on n'en doit pas conclure qu'hématocèle et grossesse extra-utérine soient deux termes synonymes. L'hématocèle est justement l'accident qui arrête l'évolution de la grossesse. La vie du fœtus continue dans l'une tandis qu'elle se trouve arrêtée dans l'autre. Les Bulletins de la Société de chirurgie sont remplis de faits désignés sous le nom de grossesse extra-utérine et qui ne sont, de l'aveu même des présentateurs, que des hémato-salpinx, dans la paroi desquelles le microscope a décelé une ou plusieurs villosités choriales. Récemment encore, M. Reynier confondait ces deux ordres de faits dans une communication d'ailleurs fort intéressante.

M. Potherat est tombé dans la même erreur en présentant trois cas de grossesse extra-utérine dont un seul, le dernier, légitime.

La question de terminologie étant, une fois pour toutes, bien établie, il devient facile d'aborder l'étude thérapeutique de la grossesse extra-utérine, et de fixer pour chaque variété le mode de traitement qui lui convient.

M. Picqué croit qu'il faut distinguer la grossesse extra-utérine évoluant normalement et la grossesse extra-utérine compliquée.

Aujourd'hui, le principe de l'intervention est admis par tous les chirurgiens; il faut opérer la grossesse extra-utérine, à ses débuts, comme une tumeur abdominale quelconque. Il faut, de plus, intervenir par la laparotomie. M. Picqué ne saurait admettre l'hystérectomie vaginale sauf, peut-être, dans la grossesse tubo-interstitielle. Quand la grossesse a dépassé le quatrième ou le cinquième mois, la question de l'enfant se pose, mais l'intérêt de la mère doit toujours primer celui de l'enfant.

M. REYNIER fait observer qu'il y a deux questions posées dans le travail de M. Picqué, la grossesse extra-utérine d'une part et, d'autre part, la grossesse extra-utérine compliquée d'hématocèle. On peut intervenir par la laparotomie ou par la voie vaginale. M. Picqué me reproche, dit M. Reynier, d'avoir fait une confusion entre la grossesse extra-utérine et les hématocèles liées à une simple grossesse tubaire. Le reproche serait fondé s'il était possible de faire le diagnostic d'une grossesse tubo-péritonéale évoluant, avec fœtus, d'avec une grossesse tubaire sans fœtus; mais malheureusement le diagnostic est absolument impossible jusqu'au cinquième mois. Il est impossible jusque-là de savoir si l'on a affaire à une grossesse avec fœtus ou à une grossesse sans fœtus. Quand on se trouve en présence d'une hématocèle, on ne sait pas d'avance si on trouvera ou non une grossesse. Or une grossesse tubaire qui n'évolue pas n'offre pas le même pronostic qu'une grossesse extra-utérine qui évoluera. En présence d'une hématocèle se pose la question du traitement : il y a deux voies, la laparotomie ou la voie vaginale. M. Reynier s'est prononcé pour la laparotomie, parce que, lorsque la lésion est unilatérale, on n'a pas le droit, selon lui, d'enlever les annexes de l'autre côté. MM. Bouilly, Routier se sont prononcés pour la voie vaginale. Quand vous avez fait l'incision vaginale, vous n'êtes toujours pas sûr de pouvoir arriver sur les annexes.

M. Reynier a eu récemment, dans son service, trois cas d'hématocèle; dans le premier cas, il fit une incision vaginale dans le cul-de-sac postérieur, l'épanchement se vida mal et, après deux mois, M. Reynier dut faire l'hystérectomie vaginale. La seconde malade avait une hématocèle très considérable, des phénomènes péritonéaux. M. Reynier proposa la laparotomie, qui fut refusée. Il fit l'incision vaginale, vida une énorme collection sanguine, lava la poche. La malade a bien guéri; mais M. Reynier a senti à côté de la poche une grosse masse qu'il n'a pas osé inciser. Il a donc laissé chez cette femme une annexe très malade. Dans le troisième cas, où avait été diagnostiquée une grossesse extra-utérine, il fit la laparotomie. Il trouva une grossesse tubaire ne contenant pas de fœtus. La trompe était très malade. Il put faire une opération complète.

En résumé, en présence d'une hématocèle, ne sachant pas s'il s'agit d'une grossesse tubaire ou non, le chirurgien devra recourir à la laparotomie, la seule bonne opération dans ces cas.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que la question lui paraît insoluble dans la forme où elle a été posée. Il ne faut pas supposer le diagnostic aussi facile qu'on semble le croire. En matière de grossesses extra-utérines, on peut dire que la moitié des cas sont opérés en tant qu'erreur de diagnostic. La plupart du temps, en effet, on n'a pas de diagnostic ferme. Les accoucheurs les plus distingués ont envoyé à M. Lucas-Championnière des femmes avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Ces femmes n'avaient pas de grossesse extra-utérine. Beaucoup avaient des fibromes avec grossesse cavitaire. En effet le diagnostic précoce est alors impossible; il est donc irrationnel de vouloir baser un traitement sur ce diagnostic impossible.

Voilà plus de quinze ans déjà que M. Championnière s'est élevé contre l'intervention par le vagin dans ces cas. On ne sait pas ce qu'on fait, car on fait une opération forcément incomplète. Il faut, dans ces conditions, faire une large laparotomie, bien voir à ce qu'on fait et enlever le plus possible.

Pour ce qui concerne la vie du fœtus, cela ne saurait être l'objet de querelles et de discussions. Ils sont bien rares les cas où l'on peut avoir un fœtus vivant. Si on réfléchit au peu de chance qu'a cet enfant de vivre, aux souffrances de la mère, aux dangers qu'on lui fait courir en temporisant, on arrive à cette conclusion qu'il ne faut pas hésiter à enlever de bonne heure tout ce qu'on peut enlever. Il faut savoir sacrifier l'œuf pour sauver la mère.

PRÉSENTATIONS

Hydronéphrose intermittente. — M. TUFFIER présente un rein qu'il a enlevé et qui était le siège d'une hydronéphrose intermittente. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, chez lequel les crises étaient des plus nettes. M. Tuffier a pu voir, dans ce cas, de la façon la plus nette, la coudure de l'uretère.

Pseudothorax de l'humérus, suture osseuse. — M. BERGER présente un homme qui était atteint de pseudarthrose de l'humérus et chez lequel il a pratiqué, avec succès, la suture osseuse.

La séance est levée.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau d'avancement pour l'année 1895.

Médecins principaux de deuxième classe, proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe : MM. Rouflay, à l'École d'application de l'artillerie et du génie. — Guillemin, médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul. — Delmas, médecin-chef de l'hôpital militaire de Rennes. — Bopp, hôpital militaire du Dey, à Alger. — Geschwind, médecin-chef de l'hôpital de Bayonne. — Lepage, médecin-chef de l'hôpital militaire de Bordeaux (Madagascar).

Médecins-majors de première classe, proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Castaing, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers. — Rivet, à l'hôpital militaire du camp de Châlons. — Michaud, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand. — Rigal, à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris. — Moine (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. — Forgemol, major de l'École d'application du service de santé militaire. — Chevassu, à l'hôpital militaire de Versailles. —

Mareschal, à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris (Madagascar). — Bourdon (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. — Malinas (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. — Vautrin, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

Médecins-majors de deuxième classe, proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe : MM. Bischoff (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. — Warnecke, du 78e d'infanterie. — Renaut, du 72e d'infanterie. — Masson, du 11e bataillon d'artillerie à pied. — Darde, du 3e régiment de chasseurs à cheval. — Riff, du 19e escadron du train des équipages militaires. — Godet, du 2e régiment de dragons. — Petit (Arthur-Léon), du 1er régiment de cuirassiers. — Reboud, du 9e bataillon d'artillerie à pied. — Olivier, du 30e régiment de dragons. — Loup, du 4e régiment de dragons. — Bourbon, du 6e régiment de dragons. — Darré (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. — Toussaint, à l'École spéciale militaire. — Lucas, du 64e d'infanterie. — Vilmain, du 10e régiment de hussards. — Coquand, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Bodinier, de la légion de la garde républicaine. — Courtot, du 16e escadron du train des équipages militaires (Madagascar). — Berthier, répétiteur à l'École du service de santé militaire. — Fix, du 6e bataillon de chasseurs à pied. — Descour, à la direction du service de santé au ministère de la guerre. — Boisson, répétiteur à l'École du service de santé militaire. — Prieur (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. — Hurstel (hors cadre), au corps expéditionnaire de Madagascar. Rapatrié.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Destrez, du 2e régiment de chasseurs à cheval. — Claoué, du 18e régiment d'artillerie. — Couturier, du 10e régiment de chasseurs à cheval. — Chéreau, du 29e d'infanterie. — Benoît, du corps expéditionnaire de Madagascar. — De Schuttelaëre, du 84e d'infanterie. — Vigerie, du 43e d'infanterie. — Terrail, du 9e d'artillerie. — Lenoir, du 5e bataillon de chasseurs à pied. — Castaing (M.-M.-F.), du 31e d'artillerie. — Claude, du 26e d'infanterie. — Ribierre, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — Julia, du corps expéditionnaire de Madagascar. — Rouget, à l'hôpital militaire de Constantine. — Patle, du 94e d'infanterie. — Braün, du 37e d'infanterie. — Zumbiehl, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Patris de Bröe, du 9e régiment de cuirassiers. — Blum, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Bonnet, du 5e régiment du génie. — Chambaud, du 3e régiment de chasseurs à cheval. — Spillman, du régiment de sapeurs-pompiers. — Vialaneix, du 3e régiment de chasseurs d'Afrique. — Georges, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Darricarrère, du corps expéditionnaire de Madagascar. Rapatrié. — Foureur, à l'École d'application de cavalerie. — Deumier, du 6e régiment de chasseurs d'Afrique. — Busquet, du 57e d'infanterie. — Lucy, du 26e régiment de dragons. — Sendral, du 27e régiment de dragons (Madagascar).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Tableau d'avancement du 1er janvier 1896.

Pour le grade de médecin en chef : MM. les médecins principaux Galliot et Balleaud.

Pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Philip, Mercier, Trabaud, Laurent, Thémoin, Grand-Moursel, Gazeau et Féraud.

Pour le grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Barrat, Gorron, Audiat, Dessemond-Sicard, Wallerand, Bourdon, Gallos, Duguet, Lorin et Conan.

Sont maintenus au tableau d'avancement pour une nouvelle période de deux ans :

Pour le grade de médecin en chef : M. le médecin principal Dhoste.

Pour le grade de médecin principal : M. le médecin de première classe Pfihl.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Questions posées : Les oreillettes du cœur ; Étiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne. — Sinus de la dure-mère ; Signes et diagnostic de l'urémie.

Séance du 16 janvier : 47, MM. Castaigne et J. Roger. — 46, M. Terrien. — 45, M. Dartigues. — 43, M. Tissier. — 42, M. Véron. — 41, M. Poix. — 40, M. Deroyer.

Séance du 17 janvier : 43, MM. Audion et Bigard. — 42, MM. Cochemé et Grosjean. — 41, M. Nicaise. — 40, MM. Farabeuf et Lenglet. — 39, M. Pelisse. — 36, M. Audistère. — 34, M. Le Meignen.

— M. le docteur Galliard, médecin de l'hôpital Tenon, 95, rue Saint-Lazare, fait une enquête sur la fréquence du pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire. Il prie les médecins des hôpitaux de Paris et des principales villes de France de lui faire connaître combien il existera dans leur service, le mercredi 22 janvier, de malades atteints de tuberculose pulmonaire et combien d'entre eux seront atteints de pneumothorax sans liquide, d'hydropneumothorax ou de pyopneumothorax après ou sans vomique.

— Nous lisons dans le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale de la ville de Paris* :

« Le fait le plus saillant de la dernière semaine de l'année 1895 est une brusque augmentation du nombre des décès par diphtérie (23, chiffre identique à la moyenne des cinq années précédentes, mais inférieur à la moyenne, 34, observée avant 1893). Cependant, le nombre des cas de maladie déclarés par les médecins traitants ne diffère pas sensiblement de ce qu'il était pendant les précédentes semaines (127 cas au lieu de 121 pendant la semaine précédente et 126 pendant la semaine antérieure). Il semble donc que la maladie ne soit pas devenue plus fréquente, mais que sa nocivité ait augmenté. »

— Le banquet offert à M. Lancereaux par ses élèves aura lieu le 25 janvier, à sept heures et demie, au Lion d'or, rue du Helder.

— Le lundi 23 mars 1896, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1896.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 10 février jusqu'au samedi 7 mars inclusivement.

— Comme tous les ans, la Compagnie fermière de l'établissement thermal de Vichy vient de publier son « Agenda », qu'elle fait remettre gratuitement à tous les médecins français. Ceux de nos lecteurs qui n'auraient pas encore reçu cette publication si utile et si remplie de renseignements pour les membres du corps médical, n'ont qu'à en faire la demande à la Compagnie fermière, 8, boulevard Montmartre, qui leur en fera parvenir un exemplaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. E. Maurel, médecin principal de la marine, étudie avec soin la prophylaxie du paludisme.

M. Sollier, d'une statistique de 57 cas de morphinomanie, traités par la suppression rapide, conclut que cette suppression *rapide* n'a pas les inconvénients de la suppression *brusque*; que cette méthode met le plus souvent à l'abri des récidives, pourvu qu'elle soit continuée au moins deux mois. Cette méthode ne demande ni internement légal, ni contention physique, mais simple surveillance.

Un médecin militaire, M. Ausset, a observé un homme réfractaire à la vaccination. La mère de cet homme avait eu la variole pendant sa grossesse.

M. Debove lit un rapport sur une communication de M. Clozier (de Beauvais).

M. Nocard signale les succès obtenus par la méthode pastorienne dans la médecine vétérinaire.

M. Panas présente au nom de M. Poncet (de Cluny) une statuette phénicienne qui offre un bandage herniaire double.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats au titre de correspondant national. La liste de présentation est arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Gaulard (de Lille); en deuxième ligne, M. Auffret (de Rochefort; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Folet (de Lille), Gross (de Nancy), Poncet (de Lyon) et Poncet (de Cluny).

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE HÉPATIQUE (1)

Par M. A. Joffroy,
Professeur de la Clinique des maladies mentales.

Depuis longtemps les aliénistes décrivent, sous la dénomination de folies sympathiques, des troubles cérébraux qui paraissent en connexion intime avec une affection viscérale localisée. C'est ainsi que les maladies de l'utérus et de ses annexes, les maladies de la vessie et des reins, les troubles digestifs, les affections du foie, du cœur, etc., paraissent dans bien des cas être la cause déterminante de l'éclosion de troubles psychiques présentant des formes différentes : mélancolie, hypocondrie, délire polymorphe avec ou sans hallucinations, etc.

Parfois, l'ensemble de ces accidents reproduit assez bien ce que l'on observe dans certains cas de paralysie générale pour qu'il soit nécessaire de discuter le diagnostic. J'ai publié un cas de ce genre en 1894 (*Bulletin médical*, 18 novembre 1894), relatif à une malade présentant une double affection du cœur et des reins.

Aujourd'hui, je vais rapporter une observation analogue recueillie chez un malade atteint d'altérations profondes du foie. Malgré la théorie ancienne qui fait du foie malade la cause de la mélancolie, malgré l'opinion de certains auteurs, en particulier de Burrow, qui regardent le fonctionnement vicieux du foie comme une cause fréquente d'aliénation mentale, les observations détaillées de folie hépatique sont rares, et, en particulier, je n'en connais pas où l'on ait observé un ensemble de symptômes capable de faire penser à la paralysie générale. L'observation suivante présente donc au moins un certain intérêt de nouveauté.

Observation. — *Alcoolisme. Atrophie du foie. Pseudo-paralysie générale d'origine hépatique.* — M. X..., âgé de cinquante-deux ans, est voyageur de commerce, et obligé, par sa profession, de fréquenter un peu plus que de raison les cafés et les brasseries. Il n'a cependant jamais fait d'excès éthyliques se traduisant par l'ivresse. En rapport avec ces habitudes, il présente depuis six à sept ans des signes d'alcoolisme chronique : il a de l'insomnie, des cauchemars nocturnes, des pituites matinales, des phénomènes gastralgiques. Au lever, il est en proie à des nausées; vomit, dans la matinée, des glaires et de la bile. Vers midi, les malaises se calment. Mais l'anorexie, qui existe au matin, persiste souvent pendant la journée, et X... reste parfois vingt-quatre heures sans prendre d'aliment.

Au mois de décembre 1893, il fut atteint subitement d'ictère et ressentit en même temps de l'abattement et un certain degré d'inaptitude au travail. On le soumit à un traitement hygiénique.

L'ictère diminua rapidement, sans toutefois disparaître complètement.

Depuis ce temps, X... a conservé un teint jaune terreux.

Au mois de juillet 1894, il fit une cure à Vichy. A ce moment, on lui trouva le foie congestionné. Le malade revint de Vichy amélioré, surtout pour ses phénomènes gastralgiques. Il restait toujours affaibli et avait l'intelligence moins vive.

Au mois de mai 1895, il retourna à Vichy. La cure produi-

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

sit un moins bon effet. Il eut, pendant cette période, des vomissements répétés, qui le prenaient souvent au milieu du repas, — et revint chez lui, plus fatigué encore.

C'est à ce moment, pour la première fois, que des phénomènes nerveux importants se manifestèrent chez le malade. Sa femme s'aperçut que, par instants, il marchait d'une façon particulière. Son corps était courbé latéralement.

Il était comme entraîné du côté droit par une impulsion involontaire.

Bientôt un nouveau symptôme apparut :

Le malade était au café, vers cinq heures du soir, quand subitement il s'affaissa sur le sol, sans qu'on puisse affirmer qu'il ait ou non perdu complètement connaissance. Ramené chez lui, il resta couché pendant quelques jours, puis se rétablit en partie. Mais, à partir de cet incident, X... ne put plus s'occuper de ses affaires. Il devint plus apathique. Son caractère est un peu enfantin, il commence à présenter des troubles de la parole et des mouvements de la face. C'est dans cet état qu'il me fut adressé par son médecin avec le diagnostic de paralysie générale. Ma première impression fut que ce diagnostic était exact.

Les premiers phénomènes qui attiraient l'attention sur le malade se produisaient dans le domaine de la face et de la langue. La face était animée de mouvements continus. Le côté droit surtout était le siège de grimaces. X... promenait continuellement la langue à l'intérieur des gencives, la suçait. L'ensemble de ces mouvements était incoordonné et avait quelque analogie avec les mouvements que l'on observe dans les cas de la chorée de Sydenham. Il est à noter, d'autre part, que ni la face ni les lèvres n'étaient le siège de tremblement fibrillaire, et qu'il n'en existait pas non plus d'une façon marquée au niveau de la langue.

Des mouvements de la langue, résultaient des troubles de la parole, qui par quelques caractères se rapprochait de celle de la chorée et surtout de la sclérose en plaques. Elle était embarrassée, trainante, saccadée, essentiellement difficile.

Mais X... répondait à toutes les questions qu'on lui posait, de façon à démontrer que l'intelligence proprement dite n'était pas affectée, contrairement à l'impression que donnait à première vue l'aspect de la physionomie.

La marche était un peu irrégulière et suivie très rapidement de fatigue. Parfois, il existait une sorte d'impulsion latérale dans laquelle le corps se penchait et se courbait du côté droit. Quand sa femme lui donnait le bras, elle éprouvait à ce moment la sensation que X... allait tomber du côté où il était entraîné.

Il n'existe aucun tremblement au niveau des mains. Les réflexes patellaires sont normaux, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation ne sont pas modifiés. Il n'y a ni myosis, ni mydriase.

La teinte du visage est terreuse, pigmentée, mélanodermique plutôt qu'ictérique. L'examen des organes abdominaux fait reconnaître un foie atrophié. La matité hépatique est de 5 à 7 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La rate est augmentée de volume. Il n'existe pas d'ascite dans la cavité péritonéale. Léger œdème des membres inférieurs. Les bruits du cœur sont normaux. Pas de troubles de l'appareil respiratoire. Les urines sont peu abondantes : 800 à 900 grammes d'une teinte rouge acajou foncé. Leur analyse donne :

Urée.	21 gr. 75
Acide urique.	0 gr. 495
Acide phosphorique. .	2 gr. 54
Chlorure de sodium. .	10 gr.
Glycose.	Néant.
Albumine.	—
Pigments biliaires. .	Proportions très notables.
Urobiline.	— —
Oxalate de chaux. . .	Fréquents cristaux.

Placé en observation dans une maison de santé, X... fut soumis à un régime strict composé uniquement de viandes blanches et de végétaux, de lait comme boisson, et à une hydrothérapie modérée.

Il s'améliora rapidement et d'une façon très notable, lorsqu'un jour, ayant reçu après son déjeuner une visite qui le contraria, il fut subitement pris de malaise, de fièvre (39 degrés) et tomba en quelques instants dans un état subcomateux constituant une sorte d'attaque apoplectiforme qui dura environ vingt-quatre heures.

Quelque temps après cette crise, dont il s'était remis complètement, X... se plaignit de douleurs dans la région cervicale gauche. L'on constata l'existence d'une adénite, ayant les dimensions d'une amande, liée peut-être à une légère ulcération de la gencive. Cette adénite se développa avec une très grande rapidité, atteignit le volume d'une pomme, devint fluctuante et l'on dut inciser l'abcès. Quelques heures après l'opération, il se déclara une hémorragie en nappe, partie des bords de la plaie, et l'on eut beaucoup de peine à l'arrêter. Il en résulta une perte considérable de sang. A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrava rapidement. L'œdème des membres inférieurs s'accentua, il se produisit rapidement de l'ascite, la diurèse diminua, l'œdème des membres inférieurs prit de grandes proportions, la température s'éleva à 40 degrés et le malade mourut au bout de quelques jours avec tous les symptômes de l'ictère grave.

En résumé, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, alcoolique de vieille date, qui, au cours d'une affection hépatique, est pris de troubles nerveux d'ordre spécial.

La maladie du foie est caractérisée par l'atrophie de l'organe, l'existence d'urobiline dans l'urine, la teinte mélanodermique du visage. Elle manifeste son existence d'une façon indiscutable par la tendance hémorragipare du sujet, par l'apparition d'une ascite, par les phénomènes d'ictère grave qui ont entraîné la mort.

Comment interpréter les symptômes nerveux? La question de la méningo-encéphalite diffuse se posait tout d'abord. Le malade présentait en effet des troubles de la parole. Il avait eu une attaque apoplectiforme, phénomène si fréquent au cours et souvent tout au début de la paralysie générale. On pouvait encore faire valoir, en faveur de cette idée, l'existence d'une sorte de tic du côté des lèvres et de la langue. Mais il n'existait pas de signe oculaire : la pupille réagissait bien à la lumière et à l'accommodation. L'absence de tremblement fibrillaire était notée. L'intelligence du malade était à peine atteinte, la mémoire était intacte. En réalité, malgré l'apparence, X... n'avait pas été sous le coup d'une paralysie générale légitime.

L'alcoolisme pouvait-il être responsable de l'affection du foie, en même temps que du syndrome nerveux? Mais l'alcoolisme n'a jamais créé un ensemble symptomatique analogue à celui qu'on retrouvait chez X... D'autre part, les phénomènes nerveux s'accentuaient, alors que le malade ne se livrait plus à son intoxication habituelle, et s'aggravaient parallèlement à la maladie du foie.

Reste une hypothèse qui mérite d'être défendue. Ne s'est-il point agi de troubles nerveux d'ordre toxique, imputables dans l'espèce à l'affection hépatique? C'est qu'en effet les phénomènes nerveux faisaient des progrès, en même temps que la maladie du foie suivait son évolution. D'autre part, étudiés en eux-mêmes, les symptômes observés constituaient un ensemble particulier, qui mérite une interprétation propre.

Les troubles nerveux d'ordre hépatique commencent à

être connus. Klippel a décrit une folie hépatique (1); Charrin, un délire hépatique transitoire (2); Mya, une éclampsie mortelle chez les enfants (3); Léopold Lévi a fait une étude d'ensemble de ces troubles (4) et étudié entre autres un coma hépatique (5), décrit ensuite par Roger (6), une neurasthénie (5), une somnolence, une narcolepsie hépatiques (7).

On pourrait donc dire, si l'on veut, qu'il s'agit ici d'une pseudo-paralysie générale (puisque certains symptômes pouvaient faire penser à cette affection) d'origine hépatique.

Quant au rôle de l'alcoolisme, il ne saurait être méconnu dans le cas présent. Il a sa part dans la production des phénomènes. Il a suffi pour créer une prédisposition du système nerveux et, de ce fait, un centre d'appel pour la localisation de la toxémie.

DE L'ÉCLAMPSIE TARDIVE
ET DE SON DIAGNOSTIC PRÉCOCE (8)

Par les docteurs Alf. Jean,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
et Manuel Vicente.

V

Les conclusions qu'il est possible de tirer de ces deux faits nous ont paru trop intéressantes pour que nous hésitions à consacrer quelques lignes de plus à notre communication.

Et, tout d'abord, la première conclusion est qu'on ne doit permettre à une accouchée de se lever et de reprendre ses occupations qu'après avoir examiné l'urine et avoir reconnu qu'elle est normale.

Ensuite, il faut se souvenir qu'une accouchée dont l'état général laisse à désirer, sans que cet état anormal s'accompagne de fièvre, ce qui éloigne l'idée d'infection, peut être menacée d'une attaque d'éclampsie. Cette crainte devient presque une certitude si l'urine est albumineuse.

Quand l'albuminurie manque, le danger existe encore et l'éclampsie peut se produire.

Dans les deux cas, présence ou absence d'albumine, l'expectation doit faire place à la thérapeutique de l'état éclamptique.

VI

Si d'un autre côté nous envisageons les conséquences d'une erreur de diagnostic, ne voyons-nous pas que la crise peut être rendue inévitable par les circonstances suivantes?

La mère nourrit son enfant, et de ce fait est soumise à des fatigues qu'il eût fallu, au contraire, lui éviter.

Elle-même s'alimente au moyen d'aliments azotés qui peuvent mettre obstacle à la dépuration rénale déjà incomplète et entravée.

Elle absorbe des boissons fermentées destinées à augmenter ses forces et la quantité de son lait, et, par là, arrive rapidement à une excitabilité morbide des centres nerveux que le moindre choc va mettre dans des conditions favorables à la production d'une crise d'éclampsie.

De plus, les purgatifs qui seraient si utiles sont considérés comme contraires à la lactation.

En un mot, la malade court au-devant du danger en faisant exactement l'inverse de ce qui pourrait le prévenir, et elle le fait avec la complicité inconsciente du médecin, au nom de la logique et des idées reçues.

VII

Il y a plus. Dans un but louable, le médecin consulté sur un état de faiblesse et de langueur que rien n'explique, après avoir épuisé sans succès l'arsenal thérapeutique, va pratiquer, imbu qu'il est de l'idée d'infection puerpérale, une opération recommandée en pareil cas, le curetage accompagné d'injections intra-utérines.

Alors, si le curetage n'est pas suivi d'un réflexe éclamptique, les antiseptiques forts vont continuer d'aggraver la situation, en agissant d'une manière fâcheuse sur le filtre rénal.

Si, au contraire, cette crise qu'une émotion, une frayeur, une secousse quelconque pourraient faire éclater spontanément, survient d'ailleurs, au cours de l'opération, et si, au lieu d'être légère comme dans notre cas, elle est formidable; si elle se prolonge et devient subintrante, on juge de la situation pénible où se trouvera l'opérateur.

Après avoir décidé d'opérer sans chloroforme, il sera trop heureux d'y avoir recours pour combattre une complication qu'il ne pouvait prévoir en anesthésiant la malade jusqu'à cessation de la crise.

VIII

Mettons les choses au mieux et admettons que la malade est sortie vivante de sa crise. Il n'y a plus alors qu'à la mettre au régime lacté et à la laisser tranquille. Elle guérira d'elle-même.

Mais il y a des crises d'éclampsie qui entraînent la mort, et le médecin prudent fera bien d'y penser, au moment où il se décide à intervenir pour une opération quelconque, curetage ou autre, même dans le cas où l'infection est évidente et où il ne peut se dispenser d'agir.

Cette dernière hypothèse se réalise, en effet, plus d'une fois. On trouvera des femmes albuminuriques en même temps qu'infectées; mais celles-ci ont de la fièvre, et les autres, celles qui n'ont pas besoin de curetage, sont apyrétiques; et si, par hasard, elles étaient néanmoins des infectées, elles le seraient par un autre procédé morbide.

Une telle considération nous amène naturellement à nous demander si l'éclampsie n'est pas le résultat d'une infection qui a concentré ses effets sur l'appareil rénal.

La manie puerpérale n'a-t-elle pas été considérée comme le résultat d'une infection localisée au cerveau?

Il en est peut-être de même pour l'éclampsie des femmes en couche, localisation à part.

Et il faudrait admettre que les femmes atteintes d'albuminurie et d'éclampsie présentent, comme cause primordiale de ces complications, une véritable auto-infection dont les effets se manifestent avant ou pendant l'accouche-

(1) Klippel. Sur l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. Folie hépatique, *Arch. gén. de méd.*, 1892, t. II, p. 173.
(2) Charrin. Délire hépatique transitoire, Soc. de biol., 30 juillet 1892.
(3) Mya. Rapports de quelques altérations hépatiques avec la production de l'éclampsie infantile, *Lo Sperimentale*, 1893, t. XLVII, p. 141.
(4) Léopold Lévi. Mémoire inédit.
(5) Léopold Lévi. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1894, p. 226.
(6) Roger. Toxicité du sérum sanguin, *Presse méd.*, 8 juin 1896, p. 210.
(7) Léopold Lévi. *Arch. gén. de méd.*, 1er janv. 1896.
(8) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 82.

ment, et exceptionnellement, à une époque éloignée de la délivrance.

Cette façon de considérer l'albuminurie et l'éclampsie des parturientes et des femmes enceintes est fort séduisante et s'accorde très bien avec tout ce que l'on a dit et écrit sur le sujet.

REVUE DE LA PRESSE

Hypertrophie diffuse des parois intestinales consécutive à une péritonite chronique fruste. Squirrhe superficiel et diffus de l'estomac. — M. A. Gourevitsch rapporte l'observation intéressante d'une malade où l'inflammation du feuillet viscéral de la séreuse intestinale a amené un ensemble de phénomènes qui ne pouvaient faire penser, au lit de la malade, qu'à une néoplasie maligne.

Il s'agissait d'une paysanne de quarante-sept ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales et de la diarrhée avec incontinence de matières fécales. Il y a quatre ans, cette femme, dont la santé était jusque-là parfaite, éprouva pour la première fois, à la suite d'un effort, des douleurs abdominales vives et un prolapsus utérin se développa chez elle. La colporraphie n'a amené aucune amélioration. Depuis trois ans, la malade a une diarrhée chronique à laquelle s'est ajouté, depuis quelques mois, un relâchement du sphincter anal.

A l'examen on constate l'existence, à l'épigastre, d'une tumeur en boudin, douloureuse à la pression, de 12 centimètres de long sur 5 de large; elle est nettement séparée du foie par une zone de sonorité tympanique. La tumeur, de consistance ferme, peut être déplacée en haut, vers l'appendice xiphoïde, et en bas, vers l'ombilic, dans une étendue de trois travers de doigt; la mobilité latérale est plus limitée. Pendant la distension artificielle de l'estomac, la tumeur reste immobile. La percussion donne de la matité tympanique. Dans la région cæcale, on sent une induration douloureuse. L'acidité totale du suc gastrique est de 51 p. 100; la teneur en acide chlorhydrique est de 18 p. 100; pas d'acide lactique. Aucun trouble gastrique. Dans les matières fécales, on retrouve des fibres musculaires qui ont conservé leur striation transversale, peu de graisse et quelques corpuscules mucoïdes. Prolapsus utérin. Rien dans les autres organes. Urines normales.

En raison de ces symptômes, on ne pouvait attribuer la tumeur qu'au grand épiploon ou au côlon transverse, mais comme les tumeurs de l'épiploon sont en général multiples et présentent rarement l'aspect qu'offrait la tumeur de la malade, on fit le diagnostic de néoplasie du côlon transverse, néoplasie bénigne en raison de la longue durée, du volume stationnaire et de l'absence d'œdème, mais avec pronostic très fâcheux, en raison de l'état d'épuisement dans lequel se trouvait la malade. Sur les instances de cette dernière, le professeur Padreze pratiqua la laparotomie et on trouva le grand épiploon presque atrophié, le mésentère raccourci et une tumeur sur la partie moyenne du côlon transverse. Excision d'un segment de 14 centimètres de cet intestin. Mort le lendemain.

L'examen du segment intestinal enlevé a démontré que la séreuse était exulcérée au niveau du méso; les parois intestinales, de consistance ferme, étaient très épaissies et la lumière du canal très rétrécie, laissant par places à peine passer une plume à écrire. L'examen microscopique révéla l'hypertrophie de la musculeuse, l'induration de la séreuse et de la sous-muqueuse et l'exulcération de la muqueuse, avec sclérose inter et péri-glandulaire. L'épiploon, au niveau de son insertion, était induré et sclérosé, de même que la séreuse colique.

A l'autopsie, des lésions analogues, disséminées, ont été constatées dans d'autres points de l'intestin : la séreuse du cæcum, par exemple, présentait des plaques presque cartilagineuses. Il y avait en même temps des cicatrices nombreuses sur la muqueuse gastrique et un squirrhe superficiel et disséminé de cette muqueuse, indépendant de la lésion intestinale.

La cause de ces altérations est obscure; pour l'auteur, la péritonite plastique de la séreuse du tractus intestinal serait due au prolapsus utérin ou à la dysenterie passée inaperçue pour la malade (?) [le rectum était aussi induré, à parois épaissies, à lumière rétrécie; sa muqueuse présentait de nombreuses cicatrices]. (*Wratsch*, 1895, n° 31.)

Traitement de l'actinomycose par des injections interstitielles d'iodure de potassium. — Le professeur Rydygier rapporte deux cas d'actinomycose où il a obtenu d'excellents résultats par ce mode de traitement.

Dans le premier cas, il s'agit d'actinomycose du maxillaire inférieur ayant récidivé après une intervention chirurgicale. On institua d'abord le traitement à l'iodure de potassium par voie gastrique et, dans l'espace de trois semaines, il en fut administré au malade 80 grammes. Une dizaine de jours après le début de ce traitement, la tumeur diminua de volume, mais cette diminution resta ensuite stationnaire. Alors M. Rydygier eut l'idée de faire au malade des injections d'iodure de potassium dans la tumeur, tout en lui conseillant de continuer à prendre ce médicament à l'intérieur. La solution était à 1 p. 100 et on en injectait tous les huit ou quinze jours deux à quatre seringues. En quelques semaines, la guérison fut complète. La quantité d'iodure introduite sous la peau et par voie gastrique n'a pas dépassé 150 grammes.

Le second cas se rapporte à un malade atteint d'actinomycose de l'ombilic et de l'hypocondre droit. M. Rydygier a commencé, dès le début, à le traiter par des injections d'iodure de potassium à 1 p. 100, en faisant une ou deux injections tous les jours ou tous les deux jours. En quelques jours, les résultats furent surprenants; actuellement le malade est encore en traitement, mais l'auteur est persuadé qu'il obtiendra la guérison complète. (*Wiener Klin. Woch.*, 1895, n° 37.)

Des causes de la mort dans la pneumonie. — On admet, en général, que dans la pneumonie la mort peut être provoquée par la gène respiratoire (œdème pulmonaire), par la gravité de l'infection, par les complications (méningite, gangrène pulmonaire), par l'insuffisance cardiaque et par le défaut de résistance générale.

Parmi toutes ces causes, l'état du myocarde serait la plus fréquente. Tel n'est pas l'avis de M. O. Bollinger qui trouve que, dans la plupart des cas, la mort n'est amenée par aucune de ces causes.

Cet auteur a remarqué que, chez la plupart des pneumoniques, on trouve une olighémie de tous les tissus et organes, et surtout de la peau, du cerveau et des viscères thoraco-abdominaux, c'est-à-dire précisément là où il devrait y avoir hyperhémie collatérale. Cette olighémie serait consécutive à l'exsudat pulmonaire abondant, qui prive le sang de ses parties constituantes les plus importantes et produit le même effet qu'une saignée abondante ou une hémorragie interne. Un exsudat alvéolaire abondant peut, d'après l'auteur, non seulement donner lieu à l'anémie, mais encore à la faiblesse du cœur et au collapsus. Pour démontrer le bien fondé de son hypothèse, M. Bollinger a pesé les poumons de 100 sujets emportés par la pneumonie; après défalcation du poids des poumons normaux, il a constaté que, dans 50 cas, l'exsudat intra-pulmonaire pesait 1 000 grammes; chez 40, ce poids variait de 500 à 1 000 grammes, et chez 10 seulement il était inférieur à 500 grammes. Étant donné

qu'un organisme normal ne peut supporter, sans périr, une perte de sang qui atteint 3 p. 100 du poids du corps, il devient évident qu'un exsudat formé aux dépens du sang, dont le poids constitue souvent 2 à 3 p. 100 du poids du corps, doit nécessairement avoir une influence très fâcheuse sur l'état du malade. Par conséquent, l'exsudat pulmonaire a le même effet qu'une saignée, et il peut, d'après Bollinger, rendre compte de certains faits qu'on observe chez les pneumoniques. C'est ainsi qu'il explique l'amaigrissement considérable pendant la convalescence des pneumoniques, par l'épuisement consécutif à la formation de l'exsudat. Les modifications morphologiques du sang sont en rapport avec la régénération du sang; l'hypertrophie de la rate est moins le résultat de l'infection, que du processus de régénération des leucocytes qui s'y passe. L'auteur propose, en terminant, d'essayer, dans la pneumonie, l'injection de sérum artificiel. (*Munch. Med. Woch.*, 1895, n° 32.)

Traitement chirurgical des déformations rachitiques. — A quel moment faut-il intervenir chirurgicalement pour corriger les déformations osseuses consécutives au rachitisme? Tel est le but que s'était proposé, dans ses recherches, M. Veit. Pour pouvoir répondre à cette question, il a suivi un grand nombre de malades pendant trois ans et a noté quels étaient les cas qui pouvaient guérir spontanément; pour mieux juger, il a pris les photographies des déformations à deux ou trois années d'intervalle.

En comparant ces deux séries de photographies, l'auteur a pu se convaincre que la plupart des déformations, et parfois des plus bizarres, guérissent simplement par le traitement général, sans aucun appareil ni opération. Aussi, conclut-il que même les déformations considérables des extrémités peuvent guérir spontanément, si le squelette a une tendance à un accroissement assez rapide; il faut donc s'abstenir de toute intervention chirurgicale chez les enfants, au moins jusqu'à l'âge de six à sept ans. Chez les enfants dont l'accroissement est très retardé, la guérison spontanée est impossible; le pronostic est également peu favorable en cas de déformations des membres en O; celles en X, au contraire, disparaissent le plus souvent spontanément. (*Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1895, n° 2.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

Prophylaxie du paludisme. — M. LABORDE, au nom de M. Maurel, communique le travail suivant, dont voici les conclusions :

Mode de pénétration des micro-organismes du paludisme. — Les faits qui tendent à prouver leur transport par l'atmosphère sont les suivants : Pour les habitations existant au milieu d'un foyer paludéen, la fréquence plus grande des fièvres chez les habitants du rez-de-chaussée que chez ceux des étages plus élevés. — Par contre, pour les habitations placées à une certaine distance d'un foyer palustre, ce fait signalé par Collin pour Rome, que ce sont les parties hautes de la ville qui sont le plus atteintes et les parties basses le moins, celles-ci étant protégées par les plus élevées. — L'influence protectrice d'un rideau d'arbres interposé entre le foyer infectieux et les habitations. — Dans tous les pays à vents constants (zone intertropicale), la différence de danger bien connue entre les rives des marais au vent et sous le vent. — Le danger de respirer la rosée du matin et du soir, ce qui explique que, dans tout groupe de population, le paludisme est moins fréquent chez les enfants et chez les femmes que chez les hommes. — Le danger beaucoup moindre du séjour à bord, pourvu qu'on soit éloigné de 5 à 10 kilomètres de la côte, quoique l'alimentation et l'eau soient les mêmes que pour le personnel vivant à terre. — Le nombre d'atteintes beaucoup moindre pour le personnel habitant 2 ou 300 mètres seulement au-dessus du foyer, quoique toutes les autres conditions restent les mêmes.

Mode de pénétration de l'agent infectieux. — C'est au moins le plus souvent par l'atmosphère que les micro-organismes du paludisme arrivent jusqu'à nous. — La respiration, par le mode nasal, en filtrant l'air qui pénètre dans nos voies aériennes, doit constituer un filtre d'une réelle efficacité pour les arrêter. — Si ces micro-organismes sont transportés par l'atmosphère, c'est surtout par la voie buccale qu'ils sont absorbés. — Comme conclusion pratique, lorsque les troupes sont en marche dans les pays paludéens, on doit veiller à ce que, autant que possible, elles gardent le silence.

Traitement préventif de la malaria. — Il est à craindre que la quinine, à petites doses quotidiennes (ne dépassant pas 20 centigrammes par jour), outre les difficultés de son administration chez des troupes faisant campagne, ne soit que d'une bien faible utilité. — En se basant sur la pratique dans le paludisme chronique, il se pourrait que la quinine donnée préventivement à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, mais à intervalles de quatre à cinq jours, donnât de meilleurs résultats. — Ne pouvant éviter le paludisme d'une manière sûre, il faut, par une surveillance attentive, éviter les formes graves; à la condition d'exercer cette surveillance, les formes pernicieuses seront rares.

Mesures prophylactiques. — Se tenir autant que possible au vent des foyers paludéens, et s'élever au-dessus d'eux, si on le peut, de 200 ou 300 mètres. — Laisser les corvées des heures chaudes aux indigènes ou aux noirs. — Entourer les habitations d'arbres ayant au moins leur hauteur, et mettre des vitres aux croisées, pour pouvoir rester à l'abri de la rosée du soir et du matin. — Autant que possible ne pas s'exposer à cette rosée.

Conclusions. — Dans la zone intertropicale, il faut renoncer à faire faire les terrassements par des Européens. — Ces travaux, toutes les fois qu'on le peut, doivent être confiés à la race noire, qui les fait sans danger; et lorsqu'on ne peut avoir ces travailleurs, s'adresser au moins aux indigènes. — Les atteintes du paludisme, en dehors des terrassements, peuvent être nombreuses, mais elles sont rarement mortelles. — Même dans les foyers les plus intenses, le paludisme ne peut ni arrêter les entreprises pacifiques des Européens dans les pays intertropicaux, ni compromettre leurs expéditions militaires. — Le paludisme n'est donc pas un obstacle insurmontable pour notre race, surtout étant donné que, dans de nombreux cas, des travaux de drainage, de colmatage, etc., peuvent le faire disparaître. — Enfin, l'Européen doit savoir qu'il peut dans ces pays commander, diriger, être fonctionnaire, faire du commerce, exercer les professions libérales, et même y combattre, et y être ouvrier d'art, mais qu'au moins pour les régions dont l'altitude ne corrige pas les effets de la latitude, le travail de la terre lui est interdit, sous peine de mort.

Traitement rapide de la morphinomanie. — M. LABORDE, au nom de M. Sollier, communique un travail dont voici les conclusions :

1° La méthode rapide est la seule dont l'application soit soumise à des règles précises qui en font une méthode véritable, rationnelle et scientifique, et en même temps infaillible, pour faire le sevrage complet de la morphine ;

2° Elle n'offre aucun des risques mortels de la suppres-

sion brusque et exige un temps considérablement moins long que la suppression lente;

3° Les douleurs qu'elle provoque sont beaucoup moins violentes qu'on ne le dit et peuvent même faire défaut dans 1/6 des cas;

4° Cette méthode n'exige aucun moyen de contention et ne nécessite pas l'internement du malade;

5° Il suffit qu'il soit placé dans un établissement sous la surveillance sérieuse, unique et constante d'un médecin pendant la durée aiguë de la démorphinisation. La durée de ce séjour, avec cette surveillance, est de soixante jours en moyenne;

6° Plus que la méthode lente, la méthode rapide met à l'abri de récidives dans la proportion de 1 sur 10.

Immunité vaccinale prolongée. — M. AUSSET communique l'observation d'un jeune homme réfractaire au vaccin. Vacciné sans succès à sa naissance; revacciné à vingt et un ans, puis trois mois après, encore sans succès. Revacciné enfin, à vingt-sept ans, avec succès.

La mère de cet homme avait eu la variole pendant sa grossesse. Ce cas d'immunité prolongée est un cas exceptionnel.

RAPPORT

Atonie gastro-intestinale. — M. DEBOVE lit un rapport sur un travail de M. Clozier (de Beauvais).

PRÉSENTATION

M. PANAS, au nom de M. Poncet (de Cluny), présente une statuette phénicienne en terre cuite du dieu Blès. Cette statuette, découverte en Tunisie, présente nettement un bandage herniaire double, inguinal et crural.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de 50 internes titulaires et de 53 internes provisoires. En voici la liste par ordre de mérite :

Internes titulaires : MM. 1. Veau, Jean Roger, Ghika, Castaigne, Rosenthal, Durrieux, Fernand Monod, Terrien, Rebreyend, Merklen.

11. Deguy, Ferron, Théohari, Maurice Millet, Dupuy-Dutemps, Keim, Dartigues, Griffon, Laroche, Ulmann.

21. Chaillous, Pétron, Alf. Martinet, Druault, Costensoux, J.-C. Roux, H. Tissier, S. Grosjean, Gibert, Grisel.

31. Ardouin, Fontoynont, Roques, Ghéorghiu, Audion, Turner, Bernheim, Bigart, Cadol, Herrenschmidt.

41. Coyon, Marcille, Hennecart, Edmond Mercier, Guibé, Ménier, Mettetal, Guillemot, Luys, Véron.

Internes provisoires : MM. 1. Émile Weil, Cochemé, Guilbaud, Rudaux, Pédeprade, Fresson, Monthus, Zadok, Guéry, Hivet.

11. De Font-Réaulx, G. Hauser, Poix, Le Dard, Larrieu, Delestre, Jousset, Charles Michaut, Iselin, Tournemelle.

21. Clerc d'Herbécourt, Nicaise, Léon Sicard, Rastouil, Gaullieur, l'Hardy, Moret, Deroyer, Bacaloglu, Rellay.

31. Masbrenier, Ungauer, Lenglet, Nimier, Pelisse, Jules Lévy, Thoyer, Minet, Tesson, Celos.

41. Fossard, Georges Lévis, Nollet, Elias, Chastanet, Ballet, Guillemard, Drouard, Adrien Mauger, Maurice Guillot.

51. Gauchery, Benjamin Weill, Audistère.

— Par décret, en date du 17 janvier 1896, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe, dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent, savoir :

MM. Gautier, Bouffard, Lecomte, Roche, Bec, Parazols, Bernard, de Nicolas du Plantier, Coulogner, Dor, Coutant, Escande de Messières, Augier, Marzin, Marchand, Pannetier.

— Par décret, en date du 18 janvier 1896, l'enseignement donné aux élèves sages-femmes dans les Maternités, en exécution du décret du 25 juillet 1893, peut être inspecté par les délégués du ministre de l'Instruction publique. Ce ministre transmet au ministre de l'Intérieur le résultat de ces inspections.

— Le « Journal officiel » du 21 janvier 1896 publie le rapport et le décret portant règlement de police sanitaire maritime.

« Tel qu'il se présente, dit le rapport, le nouveau règlement réalise sur le précédent un progrès considérable : il diminue grandement les charges de la navigation; il augmente les garanties qu'exige la protection de la santé publique; il supprime les quarantaines pour les remplacer par des informations sanitaires précises, — par des mesures prophylactiques prises, autant que possible, soit au départ, soit à bord du navire, sous le contrôle d'un médecin spécialement agréé à cet effet, — par une surveillance médicale appliquée, en cas de nécessité, aux passagers, après leur mise en libre pratique, pendant une période de quelques jours correspondant à la durée d'incubation de la maladie; il accorde des facilités et des avantages particuliers, tels qu'une notable réduction de taxes, aux navires qui, secondant les vues du service sanitaire, auront à bord un médecin sanitaire et une étuve à désinfection, et pourront certifier à leur arrivée que toutes les mesures de désinfection et d'assainissement prescrites ont été rigoureusement effectuées durant la traversée. »

— MM. Bouteiller et Lucciardi sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine et attachés au port de Toulon.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Sourdille est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Delagenière est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

— Le docteur Gaillard, directeur de l'établissement hydrothérapique de Bouquéron, près Grenoble, Isère (Traitement spécial des maladies nerveuses, de la chlorose et de l'anémie), a l'honneur d'informer ses confrères, médecins des chemins de fer, qu'il offre le traitement gratuit, dans son établissement, à tous les employés des chemins de fer, à leurs femmes et à leurs enfants, et une réduction de 25 p. 100 sur toutes les dépenses matérielles de ceux qui, outre le traitement, prendront la pension et le logement dans l'établissement. Il leur suffira de se présenter avec un mot du médecin de leur section.

Étude sur divers points de l'anatomie du péritoine, sur la morphologie du pancréas, etc., par le docteur ROGIE, professeur à Lille. 1 vol. in-8° avec figures et 5 planches coloriées. — Prix : 3 francs. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — **Avec Supplément : 30 c.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 janvier 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Schrapf, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Maubeuge ; de Schuttelaëre, pour le 33e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Génin, pour le 37e d'infanterie ; Marix, pour le 5e hussards ; Baret, pour le 6e chasseurs d'Afrique, pour être placé à la suite ; Géhin, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; Croux, pour le Tonkin et l'Annam ; Bosc, pour le 29e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Darricarrère, pour le 19e d'artillerie ; Dettling, pour le 89e d'infanterie ; Le Mitouard, pour le 47e d'infanterie ; Bronner, pour le 72e d'infanterie ; Malaval, pour le 4e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Saint-Paul, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

— Un de nos plus anciens journaux de médecine l'*Abeille médicale* se transforme, met en sous-titre « Revue pratique des travaux de médecine » et abaisse son prix d'abonnement. Nous souhaitons bonne chance à notre excellent confrère.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de la Société des « Voyages économiques ».

1° *Italie. Carnaval de Nice* (du 12 au 22 février 1896). — Prix : 1re classe, 350 francs ; 2e classe, 300 francs.

2° *Carnaval de Nice. Corse* (du 13 février au 5 mars 1896). — Prix : 1re classe, 630 francs ; 2e classe, 574 francs.

3° *Carnaval de Nice* (du 13 au 20 février 1896). — Prix : 1re classe, 300 francs.

4° *Carnaval de Nice. Italie* (du 13 février au 14 mars 1896). — Prix : 1re classe, 905 francs ; 2e classe, 805 francs.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer ; 2° le transport en voiture, bateaux, le logement, la nourriture, etc..., sous la responsabilité de la Société des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris (P.-L.-M.), ainsi que dans les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Paris, le 23 janvier 1896.

Monsieur le Directeur,

Les étudiants en médecine, membres de l'Association générale des étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes :

I. Les étudiants étrangers, avant de prendre leur première inscription, devront présenter un certificat d'études supérieures, obtenu après examen devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française.

II. Au moment de s'inscrire à la Préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer :

1° Les pièces établissant leur qualité de Français ;

2° Le diplôme français de docteur en médecine ;

3° Tous les diplômes exigés des étudiants français au moment de la prise de la première inscription.

Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

Sur la question de l'entrée des étrangers dans les Facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles était une garantie insuffisante d'études supérieures et que, d'autre part, il serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français.

Ils devront, au moment de s'établir, avoir obtenu la naturalisation qu'il est impossible de leur imposer au moment où ils commencent leurs études, étant donné les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889, sur la naturalisation. (La naturalisation peut être accordée : 1° après trois ans de domicile autorisé... ; 4° aux étrangers qui résident en France depuis dix années sans interruption.)

Nous avons réservé la question des concours qui relève uniquement de l'Assistance publique de Paris, de municipalités ou d'administrations diverses.

Nous espérons, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien accorder à notre lettre l'hospitalité et nous vous prions d'agréer l'expression de nos respects.

Les membres de la section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris.

REVUE GÉNÉRALE

Des uréthrites non gonococciennes (étiologie, étude clinique).

Par P. Faitout, interne des hôpitaux.

Lorsque Neisser eut découvert le micro-organisme qui porte son nom et démontré, en le retrouvant pour ainsi dire constamment dans le pus des écoulements uréthraux, qu'il était l'agent causal de la gonorrhée, on attribua tout naturellement au gonocoque l'ensemble des phlegmasies de l'urèthre. L'étiologie des uréthrites était réduite à cette formule simple : Uréthrite = blennorragie = gonocoque.

De 1879 à 1884 régna cette conception d'une seule espèce microbienne cause des uréthrites. Le premier, Aubert [de Lyon (1)] signala dans l'écoulement la présence de micro-organismes autres que le microcoque de Neisser, et leur attribua une influence capable d'enflammer et de faire suppurer le canal. Différents auteurs, que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de cette Revue, vinrent fournir à l'appui de ces constatations microscopiques, des faits présentant des garanties suffisantes d'observation et d'authenticité.

I

Classification et étiologie. — Établir une classification des uréthrites non blennorragiques, est matière délicate, en raison de leurs causes trop multiples et surtout en présence du désaccord des auteurs. Legrain (2) les divise en deux catégories, selon qu'elles surviennent en l'absence de tout coït, ou qu'elles sont amenées par un rapprochement sexuel. La classification d'Audry (3) s'éloigne peu de la précédente : il distingue les uréthrites par action chimique pure ; les uréthrites diathésiques, traumatiques, vénériennes.

Jamin (4) les classe sous trois chefs : uréthrites dues à l'urine, à des corps étrangers ; uréthrites constitutionnelles. On pourrait les répartir en uréthrites microbiennes et non microbiennes, mais la bactériologie de certains écoulements n'est pas encore suffisamment établie pour qu'on puisse adopter cette classification. Nous préférons les ranger comme il est indiqué dans le tableau suivant :

Uréthrites de cause externe :	traumatique.	
	vénérienne.	
Uréthrites de cause interne :	liées à une diathèse, ou à un état infectieux :	arthritisme.
		paludisme.
		diabète.
		tuberculose.
		syphilis.
		oreillons.
		dothiénentérie.
	ab ingestis :	aliments.
		médicaments.

Il ne sera pas question des inflammations du canal dont l'origine première est manifestement le gonocoque : supplanté dans certains cas par d'autres microbes qui profitent de sa faible vitalité au déclin de la blennorragie, il disparaît, laissant la place à ces micro-organismes qui vont continuer et propager la phlegmasie uréthrale.

Quelle est la fréquence des uréthrites non gonococciennes? Les faits connus seraient sans doute beaucoup plus nombreux, si chaque médecin s'astreignait à examiner bactériologiquement le pus de tous les écoulements du canal : en l'espèce, la clinique n'est plus suffisante, et l'on pourra toujours contester l'absence de gonocoques dans un écoulement qui ne sera pas franchement blennorragique de par les symptômes, si le microscope n'est pas venu trancher la question.

Dans un travail tout récent, Powarnine (5) rapporte que, sur 321 soldats traités pour la blennorragie, dans le service des vénériens de l'hôpital de Varsovie, il ne trouva le gonocoque dans le pus examiné presque journellement, que les trois quarts des cas (exactement 25,88 p. 100 d'écoulements sans gonocoque).

Il ne convient pas d'insister sur les données étiologiques banales qui se trouvent en tête de la description de chaque maladie; nous aurons à juger plus tard le rôle de certaines diathèses; d'autre part, énumérer toutes les conditions qui favorisent l'infection de l'urèthre serait nous exposer à des redites, et nous examinerons chacun de ces points plus en détail dans l'étude clinique.

II

Pathogénie. — La pathogénie des uréthrites non gonococciennes est singulièrement éclairée par la notion des germes qui habitent l'urèthre normal de l'homme adulte. Rappelons brièvement ses hôtes ordinaires. Legrain (6) y a rencontré douze espèces de microcoques, trois bacilles, un spirille. Ce sont les Micrococcus subflavus, M. citreus conglomeratus de Bumm, M. ochroleucus de Prove, M. orangé de l'urèthre, M. blanc à colonies foliacées caractéristiques, M. lactens faviformis, M. albicans amplus de Bumm, M. pyogenes albus et aureus, un diplocoque jaune non liquéfiant, des bacilles, le spirillum roseum. En plus de cela, Miura a trouvé dans l'urèthre d'un Japonais le trichomonas vaginalis. Il serait intéressant de mettre en regard de cette riche flore uréthrale, les espèces microbiennes du vagin, si leur nature n'était pas la même : on y a trouvé des microcoques semblables à ceux de l'urèthre, mais moins nombreux, aussi bien au point de vue de la quantité que de la variété, le mucus vaginal constituant une défense contre le développement des germes pathogènes (Bumm).

Ces microbes pyogènes ou non, ou capables de le devenir, vivent en commensaux dans le canal de l'urèthre, jusqu'au moment où une occasion favorable leur permettra de se multiplier en attaquant l'épithélium. Et ces occasions favorisant la réceptivité de la muqueuse sont multiples; dans ce cas particulier, l'augmentation de virulence des germes, sous une influence quelconque, est relativement de peu d'importance; leur virulence peut néanmoins se trouver accrue par l'introduction, à la suite du coït, par exemple, d'un nouveau microbe qui, venant s'associer à eux, leur fait retrouver leur virulence première.

Mais il faut surtout considérer les causes qui engendrent une diminution de résistance de la part de l'urèthre, une modification du terrain par action générale ou locale, l'éraillure traumatique la plus légère, une perturbation vasomotrice, voire une modification sécrétoire de la muqueuse. A la faveur de l'une quelconque de ces conditions, le canal peut s'inoculer et suppurer.

III

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique des pseudo-blennorragies n'est que peu connue; sans doute,

les lésions de la muqueuse diffèrent à peine de celles que produit l'inflammation gonococcienne et n'ont rien de caractéristique. Au point de vue microbien, l'écoulement contient, associés ou non, les microcoques que nous avons énumérés plus haut; il faut leur ajouter le coli-bacille. Quant à la constitution intime de la sécrétion, Powarnine lui donne les caractères suivants : cellules de pus en moins grand nombre que dans les cas à gonocoques; épithélium pavimenteux moins abondant : il fait défaut dans 27,05 p. 100 des cas. L'épithélium cylindrique est également plus rare (18,82 p. 100). Les microbes autres que les gonocoques paraissent moins abondants dans ce groupe que dans les vraies blennorragies. Ils présentent, d'ailleurs, les mêmes formes que les microbes accompagnant ordinairement les gonocoques; ils disparaissent de l'écoulement plus tôt que les gonocoques.

V

Étude clinique. — Nous suivrons dans cette étude l'ordre indiqué dans la classification que nous avons adoptée.

I. *Uréthrites de cause externe. Uréthrites traumatiques.* — Le *cathétérisme* vient en première ligne : le passage d'une sonde dans le canal, surtout si elle est manœuvrée par des mains inhabiles, peut déterminer une éraillure même insignifiante, se traduisant ou non au dehors par l'issue de quelques gouttes de sang. Si le cathétérisme n'a pas été tout à fait aseptique, l'infection se réalise encore plus facilement : au froissement de la muqueuse, à la plus petite plaie succède la réaction de l'urèthre qui se traduit ainsi : congestion, desquamation, œdème de la muqueuse, infection. Bockart et Wolf (7) ont examiné le pus d'une uréthrite développée chez un individu dans le canal duquel on avait introduit par mégarde une sonde souillée de pus phlegmoneux; l'écoulement contenait des cocci en chaînettes qui n'étaient autres que le microcoque pyogène doré de Rosenbach. Castex (8) a observé chez un garçon de seize ans, qu'on avait sondé quelques jours auparavant, une uréthrite à microcoques isolés et en chaînettes; les micro-organismes n'existaient pas dans les cellules épithéliales ni à leur surface, mais seulement dans les globules de pus. Les cultures ont montré qu'il s'agissait aussi d'une infection par le staphylocoque doré.

Si le cathétérisme n'a pas été seulement temporaire, si la sonde a été laissée à demeure dans le canal, il se produit à la faveur de la distension des parois de l'urèthre et de la compression exercée sur elles, des troubles circulatoires entraînant à leur suite une perturbation dans les échanges nutritifs de la muqueuse. Ses glandes plus ou moins exprimées versent leur contenu au dehors, leurs canaux excréteurs entr'ouverts ne s'opposent plus aussi activement à la pénétration des germes qui vont trouver dans leur profondeur un milieu de culture favorable. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir survenir, après plusieurs jours de cathétérisme à demeure, un écoulement chez des malades qui, jusque-là, avaient bien supporté leur sonde. Les microbes trouvés dans tous ces cas varient évidemment, puisque la nature du contage est différente : pourtant il ne faudrait point s'étonner de ne rencontrer dans l'écoulement aucun micro-organisme susceptible d'en expliquer la production.

Mais c'est surtout dans les uréthrites causées par des *injections irritantes* que la suppuration est fréquemment aseptique. Mentionnons en particulier l'injection de nitrate d'argent, comme amenant fréquemment une uréthrite qu'elle était destinée à faire avorter, ou l'augmentant si elle existait déjà.

Il en est de même pour les uréthrites produites par les *corps étrangers* du canal, que ceux-ci y aient été introduits par aberration génitale, ou pour procurer au patient une uréthrite artificielle, comme le font parfois des soldats qui, pour se soustraire à un service actif, n'hésitent pas à faire pénétrer dans leur urèthre des corps irritants, comme des brins de paille, des écorces d'arbuste, des fragments de thapsia. Legrain (9) a pu constater, dans un de ces cas, la présence du staphylococcus pyogenes aureus. Bell a vu tous les symptômes de la gonorrhée succéder à l'introduction d'une certaine quantité de poudre de sabine dans l'urèthre.

Les *érections* longtemps prolongées seraient-elles capables de déterminer une uréthrite? Ainsi s'expliqueraient les écoulements apparus à la suite d'excès de coït ou de longues séances d'onanisme. Rodet a soigné un officier qui, resté seul durant un long voyage en compagnie d'une femme qu'il aimait, sans en pouvoir obtenir satisfaction, fut consécutivement atteint de gonorrhée. Un de mes amis, chirurgien distingué, écrit Jullien, n'avait encore approché aucune femme quand il contracta une chaudepisse manifestement consécutive à la masturbation; elle fut aiguë, douloureuse et dura longtemps. Nous en avons nous-même observé un exemple des plus nets qui sera publié prochainement. Rauzier (10) a cité trois cas d'uréthrite sans gonocoque survenus chez des jeunes gens indemnes de tout antécédent blennorragique, à la suite de rencontres orageuses, ou dans des conditions particulièrement irritantes, après une abstinence prolongée, avec des femmes ayant été reconnues saines. Le microscope lui a montré dans l'écoulement des cocci isolés et des diplocoques plus volumineux ne disparaissant pas par l'alcool.

Nous sommes ainsi amenés à examiner les uréthrites d'origine *vénérienne*, mais non gonococcienne. Les vieux auteurs, en particulier Diday (11), avaient su parfaitement les reconnaître sans le secours du microscope et avec les seules données cliniques. Pour les distinguer des blennorragies vraies, Diday les désignait sous le nom de blennorroïdes. « J'appelle blennorroïdes, écrit-il, les écoulements qui ne résultent pas d'une cause traumatique, qui ne dépendent pas non plus d'un rétrécissement de l'urèthre, écoulements survenant soit à la suite du coït, soit même sans antécédent capable d'en expliquer l'apparition, simulant plus ou moins une blennorragie par leur durée, par la douleur qui les accompagne ainsi que par l'aspect et les propriétés de la sécrétion à laquelle ils donnent lieu. » Les deux maladies les plus susceptibles dans ces conditions de simuler la gonorrhée sont l'uréthrorrhée et l'herpès uréthral. De ce dernier nous ne parlerons point : il ne constitue pas à proprement parler une uréthrite, puisque ses symptômes sont ceux de la chaudepisse sèche des anciens. Quant à l'uréthrorrhée elle peut résulter du coït avec une femme saine, mais on l'observe surtout — selon Diday — après des rapports sexuels avec une femme ayant ses règles ou présentant des pertes blanches. Le vénéréologiste lyonnais avait vu juste : ne savons-nous pas aujourd'hui que la sécrétion vaginale est beaucoup plus riche en microbes à l'état pathologique (métrite, vaginite...) et que pendant les règles il y a également pullulation des germes dans les replis du vagin, con-

ditions qui répondent à des chances plus nombreuses d'infection uréthrale?

Si l'on admet une sorte d'aspiration uréthrale au moment du coït, il est naturel de penser que le coït avec une femme saine pourra amener dans le canal (aussi bien que le gonocoque d'ailleurs) les micro-organismes du vagin, plus nombreux et plus virulents au moment des époques menstruelles. Du reste ces uréthrites apparaitront d'autant plus facilement qu'elles viendront se greffer sur une muqueuse lésée auparavant par une chaudepisse vraie, ou si des événements antérieurs quelconques ont préparé la culture des germes pathogènes.

Un des malades de Rauzier, que nous citons plus haut, avait contracté son uréthrite avec une femme saine, mais en pleine période menstruelle : l'ardeur uréthrale commença à se manifester le jour même du coït.

Bockart (12) a décrit une uréthrite bénigne, due à l'inoculation de l'urèthre par sécrétion vaginale non blennorragique. Il aurait observé 15 de ces cas dans l'espace de 4 ans : l'écoulement était muco-purulent, moins épais que celui de la blennorragie. Le début se fait 2 à 3 jours après l'infection qui ne dure guère qu'une semaine, peut s'étendre à l'urèthre postérieur et même se compliquer d'épididymite (2 cas). Ayant pratiqué quatre fois l'examen endoscopique, il trouva l'inflammation localisée à la fosse naviculaire. L'écoulement présentait au microscope des diplocoques plus petits que le gonocoque et généralement groupés par 2 à 6. Dans les deux cas compliqués d'orchi-épididymite, il put observer de gros pseudo-gonocoques qu'on pourrait peut-être rapprocher de l'orchiocoque d'Eraud et Hugonencq. Avec les diplocoques petits il réussit à faire une réinoculation positive dans l'urèthre sain.

Legrain, de son côté, a publié un cas d'uréthrite contractée avec une femme soignée récemment pour un abcès rétro-utérin. Le pus renfermait le micrococcus ceruleus albus de Passet.

Le coli-bacille est capable aussi de faire naître des uréthrites plus ou moins semblables à la blennorragie. Van der Pluym et H. der Laag (13) ont observé un soldat qui, 4 jours après un coït avec une prostituée, présenta un écoulement douloureux accompagné de fièvre (38 degrés à 39°9). L'inflammation siégeait dans la moitié antérieure de l'urèthre. A l'examen microscopique on fut étonné de trouver à la place du gonocoque des bâtonnets inclus généralement dans les cellules en nombre et de dimensions variables; il n'y avait aucun autre microbe. A la suite de cultures et d'inoculation il fut possible de conclure que ces micro-organismes étaient du coli-bacille pur, d'autant plus que le tableau clinique fut celui d'une maladie infectieuse (fièvre, tuméfaction splénique, céphalalgie, etc.). Au bout de 18 jours le malade était guéri.

Ce serait encore dans cette catégorie d'uréthrites par cause externe qu'il faudrait faire rentrer ces cas d'écoulements observés après de longues courses en vélocipède, qui ont été signalés par le docteur Millée (14). Cet auteur a vu survenir, chez des sujets indemnes de tout passé uréthral et hors de tout coït suspect, des inflamations du canal ayant duré de quelques jours à trois semaines. Il est regrettable qu'aucun examen bactérioscopique n'ait été fait, mais ces uréthrites ne sont point invraisemblables, si l'on songe à la compression que peut amener sur le périnée le bec d'une selle mal établie; dans de telles conditions l'urèthre membraneux est soumis à une véritable contusion permanente.

V

Uréthrites de cause interne. — Elles sont ou liées à un état général, une diathèse, ou bien dues à des ingesta qui peuvent être des aliments, des médicaments, à dose raisonnable ou toxique. Nous ne parlons pas, bien entendu, des prétendues uréthrites de cause réflexe, signalées par les anciens auteurs, comme les écoulements sympathiques liés à la présence d'oxyures dans le rectum, ou développés chez les enfants au moment de la dentition; éclairés par les doctrines modernes, nous n'interprétons plus de la même façon qu'autrefois certains faits cliniques.

Au premier rang des uréthrites constitutionnelles, il faut placer celles qui paraissent nées sous l'influence de l'arthritisme, que celui-ci se traduise par des manifestations goutteuses ou rhumatismales.

Pour Biett, l'*uréthrite goutteuse* est la plus fréquente après les écoulements vénériens; Home, Hunter, Scudamore, Schönlein, Barthez, Requin font une large part à la diathèse goutteuse dans la production de certaines uréthrites. Dans une discussion qui eut lieu à la Société de médecine de Paris, Deligny, (15) rappelait qu'Alibert, Cullerier, Lagneau, Mercier les admettaient; il conteste pourtant les cas de blennorragie rhumatismale où l'écoulement est purulent, la suppuration étant tout à fait en dehors du génie rhumatismal (Besnier). Il considère comme beaucoup plus probant l'écoulement s'il n'est pas purulent et rapporte en particulier l'histoire d'un goutteux de quarante-deux ans, qui depuis l'âge de vingt-deux ans et sans antécédent uréthral, présentait à intervalles variables un suintement assez abondant d'un liquide muqueux, avec légère douleur en urinant. Cet écoulement coïncidait ordinairement avec des poussées goutteuses et n'était nullement influencé par le coït. Il dit avoir observé trois autres faits analogues.

Dans son traité de l'endoscopie, Desormeaux décrit l'uréthrite arthritique : la muqueuse, dit-il, est alors desquamée et ressemble à une peau d'orange. Reliquet admettait l'uréthrite goutteuse et en a observé plusieurs exemples. Dans une communication à la Société médicale du IX° arrondissement, Guiard (16) cite l'opinion de Rayer (17) et de Paget (18). Le premier s'exprime ainsi : « L'urèthre des goutteux est très susceptible de s'enflammer au contact fréquemment répété d'une urine foncée, très acide, donnant un sédiment rouge brique ou teinté en rose, composé en grande partie d'urates ou de cristaux d'acide urique. » Paget signale des cas analogues authentiques produits sans qu'il y ait eu infection et qui eux-mêmes n'étaient pas infectieux. Souligoux [de Vichy (19)] a rapporté le fait d'un homme qui la veille d'une première attaque de goutte fut pris d'écoulement assez douloureux. Lecorché (20) déclare avoir vu deux fois un écoulement de l'urèthre survenir dans le cours d'une attaque de goutte, sans que les malades eussent eu l'occasion de s'exposer à contracter une blennorragie, mais il croit fort possible qu'il existât antérieurement à l'attaque goutteuse un reliquat de quelque inflammation chronique de l'urèthre qui se serait réveillée à l'état aigu à l'occasion de l'attaque de goutte. Le fait de Guiard plaiderait en faveur de cette hypothèse; il s'agit d'un malade goutteux chez lequel on aurait diagnostiqué certainement autrefois une uréthrite goutteuse, puisqu'il n'avait pas vu de femme depuis deux mois, et pourtant Guiard trouva des gonocoques dans l'écoulement; l'auteur conclut à une incubation prolongée.

Legendre (21) a observé dans une famille de goutteux un jeune garçon de quatorze ans chez lequel survint spontanément une uréthrite qui dura une douzaine de jours et guérit presque toute seule. Legendre croit pouvoir affirmer qu'il n'y avait pas eu de coït ni de masturbation. La recherche des gonocoques n'a pas été tentée mais les circonstances dans lesquelles le fait a été observé atténuent beaucoup cette lacune. Pourquoi ne s'agirait-il pas, dit Legendre, de ce qu'on a appelé le rhume de cerveau de l'urèthre? L'existence de l'orchite goutteuse est bien prouvée maintenant; pourquoi n'y aurait-il pas des uréthrites de même nature? Pourquoi les fluxions goutteuses ne se produiraient-elles pas aussi bien sur l'urèthre que sur les bronches, la pituitaire ou d'autres muqueuses?

Le professeur Bouchard (22) apporte, à la possibilité de l'inflammation goutteuse de l'urèthre, l'appui de sa haute autorité : « Ces individus candidats à la goutte sont sujets à la blennorrhée, soit qu'elle succède à la maladie aiguë, soit qu'elle se développe d'emblée. Et cette blennorrhée, qui précède souvent de plusieurs années la première manifestation de la goutte, pourra se reproduire encore après le développement de la goutte. »

Turbure (23) rapporte le cas d'un médecin n'ayant jamais eu de blennorragie ni d'affection vénérienne quelconque : huit jours après le début d'une attaque de goutte classique, il constate un écoulement par le méat, écoulement purulent qui apparaît brusquement et épais d'emblée. Les symptômes fonctionnels étaient à peu près négatifs. L'année suivante, reproduction des mêmes symptômes, avec la même physionomie et dans les mêmes circonstances. De même H. Picard (24) signale le fait d'un médecin, goutteux héréditaire, indemne de toute maladie vénérienne et qui, n'ayant pas pratiqué le coït depuis plus de trois mois, vit survenir, le deuxième jour d'une attaque de goutte, un écoulement uréthral des plus épais, très abondant, franchement verdâtre, peu douloureux, qui se tarit complètement à la fin de l'attaque. Deux ans plus tard nouvel accès, nouvel écoulement.

Fait plus remarquable, l'uréthrite a pu être observée chez un malade frappé par la goutte saturnine. Schrader (25) a donné ses soins à un peintre de trente-huit ans, ayant souffert plusieurs fois de coliques de plomb et d'une attaque de goutte bien caractérisée. Subitement il ressent des douleurs violentes dans l'urèthre et émet un litre d'urine excessivement trouble et quelques gouttes d'urine sanguinolente à la fin de la miction; les urines restent troubles et le huitième jour le malade est pris d'une nouvelle attaque de goutte. L'urine laissait un dépôt blanchâtre, homogène, très épais. Au microscope : grosses cellules rondes et débris de grosses cellules polygonales à gros noyau rond et à protoplasma granuleux, cellules plates et cellules cylindriques. Absence de gonocoques.

L'uréthrite *rhumatismale* serait moins fréquente que la première; néanmoins son existence est hors de doute, puisqu'elle a été plusieurs fois soumise au contrôle bactériologique. Martineau (26) parle d'un jeune homme qui eut à subir en dix ans quatre attaques de rhumatisme : chaque fois il était pris d'une uréthrite qui persistait toute la durée de l'affection rhumatismale et disparaissait avec elle. Dans les observations II et III de la thèse de Guilland (1876), l'uréthrite a débuté chez des rhumatisants qui n'avaient jamais vu de femmes.

Les premières observations où le gonocoque ait été recherché sans succès appartiennent à Riel (27); dans les deux faits, écoulement purulent ressemblant d'une manière parfaite, au moins pendant une certaine période de l'affection, à celui de la chaudepisse. Cet écoulement est blanc laiteux, quelquefois même abondant au point de tacher la chemise. A l'examen microscopique, il apparaît comme constitué par des globules blancs aussi nombreux que dans l'écoulement blennorragique, mais il en diffère absolument par l'absence de gonocoques, bien constatée par des examens multipliés. Les mictions n'ont jamais été très douloureuses; elles l'ont été beaucoup moins qu'elles ne le sont dans la plupart des cas de blennorragie. La recherche des gonocoques a été également faite avec beaucoup de soin dans une observation de Jullien (28) : il s'agissait d'un catarrhe uréthral abondant, né sous l'influence d'une attaque rhumatismale; l'examen microscopique était pratiqué chaque jour.

Absence de gonocoques encore dans l'observation de Minguet (29) : étudiant n'ayant jamais présenté d'écoulement uréthral; à la période de déclin d'une troisième attaque de rhumatisme qui avait duré quinze jours, il est pris d'une uréthrite légère de tout le canal, uréthrite qui évolue en huit jours. Beaucoup d'urates dans les urines. Au microscope : microcoques. Les cultures donnent en assez grande quantité le micrococcus pyogenes aureus et un bacille non pathogène (bacille n° 2 de la thèse de Legrain).

De telles constatations suffisent pour mettre hors de doute l'existence des uréthrites rhumatismales. Les cliniciens ne sont pourtant pas d'accord sur leur nature. Les uns voient dans l'uréthrite un accident de la goutte anormale, le transport de « l'humeur goutteuse » sur le canal; ce serait, comme le disait Bazin, le vice arthritique qui détermine la production de ces pseudo-chaudepisses. Les auteurs anglais ont, en effet, remarqué que l'uréthrite se montrait souvent après la cessation d'éruptions cutanées. D'autres ne voient dans l'association de ces deux états pathologiques qu'une coïncidence ou un réveil d'affection antérieure mal guérie. Une troisième opinion attribue à la diathèse un rôle indirect mais essentiel : les urines concentrées, très acides, des arthritiques irritent en passant la muqueuse uréthrale et celle-ci s'enflamme. Cette manière de voir nous paraît la plus vraisemblable, c'est la plus conforme aux doctrines actuelles.

Parmi les états chroniques qui déterminent encore l'apparition de l'uréthrite, il nous faut citer en plus le *paludisme*, le *diabète*. Nous ne connaissons aucune observation précise d'uréthrite diabétique; Demange (30) s'exprime ainsi à propos de ces inflammations de l'urèthre : « Le passage fréquent d'une urine chargée de sucre à travers le canal de l'urèthre détermine un léger degré d'irritation pouvant aboutir chez l'homme à un écoulement blanchâtre et indolore. » Pour ce qui est du paludisme, Moscato (31), dans un travail sur ses localisations diverses, cite le cas d'un homme de soixante ans qui, pris de fièvre palustre avec prurit, urticaire, vit survenir sans cause une uréthrite avec douleur à la miction. Après cessation de la fièvre, l'écoulement et la douleur disparurent.

L'*uréthrite tuberculeuse* ne s'installe presque jamais primitivement dans le canal et coïncide ordinairement avec des altérations analogues de la vessie ou de la sphère génitale (canal déférent, vésicules séminales, épididyme, testicule, prostate). Sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, la muqueuse uréthrale se modifie, devient friable et un peu rigide; la moindre irritation suffit alors pour y provoquer un processus inflammatoire ayant peu de tendance à la gué-

rison. Les granulations tuberculeuses, plus fréquentes dans la région prostatique, apportent toujours plus ou moins de gêne à la miction; en s'ulcérant elles donnent lieu à un écoulement purulent, parfois assez abondant et qui devient plus douloureux.

Englisch en distingue deux variétés : dans la première, on trouve des phénomènes d'uréthrite chronique que le malade ne peut attribuer à aucune cause; l'inflammation envahit tout l'urèthre, passe dans le tissu péri-uréthral, aboutit à la formation de fistules. La seconde forme, la plus fréquente, est caractérisée par des phénomènes d'uréthrite aiguë, mais les portions infiltrées dégénèrent en productions tuberculeuses. Pour Conheim, la tuberculose uréthrale suit toujours une marche descendante; actuellement on est plutôt porté à admettre que le microbe tuberculeux suit une progression centripète, la forme ascendante étant ainsi la plus fréquente. Le bacille de Koch peut se retrouver dans l'écoulement, mais moins souvent sans doute que tendraient à le faire croire les recherches de Schuchart qui, sur six cas de blennorragie, a trouvé deux fois le bacille de la tuberculose.

Tuffier et Girode, examinant le pus de quarante et une uréthrites chroniques, n'ont trouvé qu'une fois le bacille de Koch; il était associé au staphylocoque pyogène et au bacterium coli. Baumgarten avait déjà prouvé expérimentalement que l'urèthre n'était pas invulnérable au bacille tuberculeux : dans l'urèthre de lapins privés de nourriture et de boisson pendant quelques jours, il détermina une uréthrite spécifique en injectant une culture pure de bacilles de Koch.

A en croire Lee, Vidal, Hammond, Finger (32), il existerait une *uréthrite syphilitique*, se manifestant par « une démangeaison et un chatouillement au niveau de l'orifice du canal, suivie de sécrétion visqueuse, phénomènes qui apparaissaient en même temps que l'éruption de la maladie générale » (Finger). Tarnowsky a pu constater, à l'aide de l'endoscope, la rougeur érythémateuse de la portion pénienne de l'urèthre, ainsi que des taches grises, éparses, ressemblant en partie à des ulcérations herpétiques.

Au milieu du grand nombre des maladies infectieuses à marche aiguë, il n'y a guère que les *oreillons* et la *fièvre typhoïde* qui soient signalés comme ayant donné lieu à des uréthrites, Laveran nie l'existence de l'uréthrite ourlienne; pourtant Belloir, Graves et Stiévenard (33) ont observé, dans une épidémie d'oreillons avec métastase sur les testicules, des écoulements uréthraux jaunâtres chez des malades indemnes de toute affection vénérienne antérieure. Barthez et Sanné, dans une épidémie d'oreillons qui atteignit 10 enfants, virent 5 d'entre eux présenter un écoulement jaunâtre; celui-ci guérit spontanément.

En 1883, Schmitt (34) a publié l'observation d'un soldat qui, atteint d'oreillons, accusa bientôt de la cuisson en urinant en même temps qu'il constatait un écoulement blanchâtre assez abondant, lequel persista huit jours, en suivant les différentes phases du gonflement parotidien. Le malade n'avait jamais eu d'uréthrite et n'avait pas vu de femme depuis fort longtemps. L'auteur est tenté d'attribuer l'écoulement à un engorgement spécifique de l'affection ourlienne des glandes de Méry, de Cooper et de Little.

Le convalescent de fièvre typhoïde, qui fait le sujet de l'observation de Legrain (35), ressentait déjà, depuis plusieurs jours, de la douleur en urinant, lorsqu'il remarqua une goutte blanchâtre au méat. L'écoulement devint très abondant, la douleur était intense au moment de la miction. Le malade était absolument vierge de toute affection vénérienne. Dans l'écoulement, Legrain ne put trouver de bacille typhique, même après des cultures; il y rencontra par contre de nombreuses colonies de micrococcus ochroleucus, de diplococcus subflavus, de micrococcus blancs à colonies foliacées et surtout le micrococcus pyogenes aureus en colonies très nombreuses; aucun gonocoque. Pour expliquer la production de cette uréthrite, Legrain suppose que des phénomènes nécrosiques, très fréquents, on le sait, dans la fièvre typhoïde, ont bien pu se passer du côté de la muqueuse uréthrale; il s'est fait dans le canal une plaque plus ou moins étendue de gangrène humide et celle-ci s'est accompagnée d'une véritable suppuration due au micrococcus pyogène.

L'interprétation de l'uréthrite ourlienne est aussi problématique : ne pourrait-on en expliquer la production soit par le passage dans le canal d'une urine chargée de produits irritants ou toxiques, soit plutôt par une véritable décharge microbienne, l'élimination se faisant par la voie rénale; ou, mieux encore, une combinaison de ces deux actions serait-elle impossible? Ne serait-ce point par le même mécanisme que Verneuil, Bazy ont vu des cystites survenir à la suite d'érysipèle, de grippe ou de simples maux de gorge?

Les uréthrites dues aux *ingesta* ne sont pas sans prêter beaucoup plus à la critique ou au doute quant à leur existence. Parmi les *aliments* qui seraient capables d'enflammer la muqueuse uréthrale ou de la faire suppurer, il nous faut citer la rave, la roquette, le cresson, le raifort, les asperges, l'oseille, le persil, le poivre, l'essence de moutarde. L'action irritante de nombre de ces aliments est connue depuis fort longtemps, puisque Aristophane, Hippocrate en parlent dans leurs écrits. Schenk a vu un homme qui se procurait une gonorrhée à volonté, en mangeant du cresson. Fonssagrives a rappelé un cas de Harrisson : un malade, qui avait copieusement mangé des asperges, fut atteint d'un écoulement qui dura cinq jours. L'usage immodéré de bière, de vin blanc, de cidre, de vin nouveau non fermenté ou de vins fortement chargés de tartrates, a pu être incriminé dans certains faits. Ricord, dans sa fameuse recette pour attraper la chaude-pisse, n'oublie pas le vin blanc, les asperges, la bière, qu'il considère comme de puissants moyens, adjuvants il est vrai.

Les *médicaments* qui ont été jugés capables d'amener des uréthrites sont les sels de potasse, le nitrate en particulier (Lallemand : uréthrite intense après ingestion de 30 grammes de nitrate de potasse), les préparations arsenicales (Saint-Philippe, Delioux de Savignac, Delacour), la scille, la térébenthine, les baumes, les essences et teintures alcooliques, les vins diurétiques à base de cresson, trèfle d'eau, raifort, cochlearia, etc. Desruelles a soigné deux enfants (frère et sœur) qui souffrirent d'une uréthrite occasionnée par l'usage de l'un de ces vins. Il s'agissait peut-être d'une prédisposition familiale, mais le fait n'en subsiste pas moins.

De nombreux exemples sont venus montrer l'action néfaste des cantharides sur l'urèthre. Voici un fait de Boutin : un enfant, qui buvait de l'huile de foie de morue, fut tout à coup atteint d'uréthrite et d'hématurie; on reconnut qu'il y avait des cantharides dans l'huile et on retrouva chez le pharmacien des mouches entières dans le

fond du bocal d'huile. Boucher eut l'occasion d'observer une véritable épidémie d'uréthrites chez plusieurs sujets qui avaient mangé des grenouilles : celles-ci s'étaient nourries de cantharides. Guyon a signalé des uréthrites survenues dans les mêmes conditions. Tardieu a vu un étudiant atteint d'un écoulement uréthral assez abondant, mais simplement muqueux, pour avoir assaisonné des aliments avec de la poudre de cantharides au lieu de poivre.

Parmi les observations d'uréthrites liées à l'ingestion de produits alimentaires ou médicamenteux, un grand nombre peuvent être critiquées. D'autre part, certains auteurs ne veulent attribuer à l'ingestion de ces substances que le rôle restreint de cause adjuvante, mais suffisante pour réveiller un écoulement éteint ou qui passait inaperçu. Si beaucoup sont des fables, il en est à l'égard desquelles le doute n'est point permis, leur nature ayant été établie par des auteurs sagaces et prévenus, après un examen attentif des circonstances au milieu desquelles elles se sont montrées. Mais comment les expliquer? On ne peut supposer que ces matières soient pyogènes par elles-mêmes; vraisemblablement elles agissent sur la muqueuse uréthrale d'une façon qu'on peut ainsi concevoir : l'urine chargée de principes irritants, auxquels elle sert de voie d'élimination, se trouve en contact fréquent avec la muqueuse uréthrale, le nombre des mictions étant presque toujours augmenté; cette double action nocive facilite l'inoculation uréthrale et la pénétration des bactéries qui se trouvent dans le canal, celui-ci n'étant plus protégé d'ailleurs par l'enduit muqueux qui le revêt, et n'a plus le temps de se reproduire dans l'intervalle des mictions.

VI

Caractères généraux des uréthrites non blennorragiques. — Si parfois les pseudo-blennorragies ne se différencient en rien des uréthrites à gonocoques, ce n'est point leur caractère général.

Le stade d'incubation manque souvent ; la réaction inflammatoire succède alors immédiatement à la mise en jeu des moyens irritants ou bien ce stade est extraordinairement abrégé : de toutes façons, l'incubation est plus courte, deux à trois jours au lieu de quatre à cinq jours. Que l'uréthrite se montre soit au début, soit à la période de déclin d'une attaque goutteuse, par exemple à la fin de la période douloureuse, elle peut apparaître brusquement ou s'établir d'une façon progressive et continue.

Au point de vue symptomatologique, les pseudo-blennorragies présentent de coutume les signes d'une inflammation de l'urèthre antérieur. La sécrétion, plus ou moins abondante, varie depuis le suintement muqueux, muco-purulent, jusqu'à l'écoulement franchement jaunâtre et épais ; certains auteurs prétendent que sa teinte n'atteint jamais la coloration verte du pus blennorragique, mais ce sont là des caractères assez spécieux.

On peut avoir une absence complète de réaction inflammatoire, ni rougeur, ni gonflement du méat ou, au contraire, des douleurs intenses, des sensations de brûlure, de cuisson, au moment de la miction. Les érections douloureuses sont plutôt rares, moins fréquentes et moins pénibles que dans la chaudepisse vraie.

La plupart du temps, ces uréthrites tendent à disparaître dès que la réaction inflammatoire s'est produite, dès que leur cause est supprimée ou a disparu. Il n'en serait pas toujours ainsi des blennorroïdes qu'il n'est pas rare de voir rebelles au traitement (Diday). La guérison spontanée est commune pour certaines formes (uréthrites rhumatismales), si bien que les malades ne s'en préoccupent pas, sachant par avance que la guérison de l'affection articulaire amènera la disparition de l'uréthrite. La guérison peut d'ailleurs n'être qu'apparente, les récidives survenant facilement s'il y a des foyers extra-uréthraux.

Habituellement bénignes, elles ne sont pas incapables de donner lieu à des complications du côté de l'urèthre postérieur, des glandes uréthrales, des canaux éjaculateurs, de l'épididyme qui peuvent être atteints. Elles ont une tendance assez faible à remonter les voies génito-urinaires, sauf chez les diathésiques, les prédisposés : chez eux des complications de cystite, de pyélo-néphrite et même d'abcès du rein ne seraient point surprenantes. Il n'y a, dans ces faits, rien qui puisse nous étonner, si nous songeons que le gonocoque est rarement en cause dans les complications plus ou moins éloignées de la blennorragie et, de même qu'il existe des blennorragies bénignes, de même il existe des uréthrites non gonococciennes à pronostic variable.

Ces pseudo-blennorragies sont-elles contagieuses? Le sont-elles dans tous les cas? Nous ne croyons pas qu'une même solution soit vraie uniformément ; il faudrait sans doute distinguer les uréthrites microbiennes et les écoulements stériles. Hiller s'étant excité mécaniquement le canal détermina l'apparition d'une sécrétion purulente et reconnut, en la transportant sur sa femme, qu'il s'agissait là d'un produit essentiellement contagieux (cité par Jullien). Nous nous garderons de tirer de la possibilité de cette contagion les déductions qui s'appliquent au mariage ; elles viennent à l'esprit de chacun.

Bibliographie. — (1) Aubert. *Lyon méd.*, 1884. — (2) Legrain. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juin 1889. — (3) Audry. *Précis des maladies blennorragiques.* — (4) Jamin. Art. uréthrite, in *Dict. Jaccoud.* — (5) Powarnine. Th. de Saint-Pétersbourg, 1895. — (6) Legrain. Th. de Nancy, 1888. — (7) Bockart et Wolf. *Viertelj. f. Dermat. und syph.*, 1883. — (8) Castex. *Gaz. hebd.*, 1887. — (9) Legrain. in Th. Barbellion, 1894. — (10) Rauzier. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, 1888. — (11) Diday. *Prat. des mal. vénér.* — (12) Bockart. *Monats. f. Prat. Dermat.*, 1886. — (13) Van der Pluym et H. der Laag. *Centralb. f. Bact. und Parasitol.*, 1895. — (14) Millet. *Journ. de méd. de Paris*, 1893. — (15) Deligny. *Union méd.*, 1887. — (16) Guiard. *Journ. de méd. de Paris*, 1893. — (17) Rayer. *Maladies des reins.* — (18) Paget. *Brit. med. Journ.*, 1875. — (19) Souligoux. *Études sur la goutte.* — (20) Lecorché. *Traité de la goutte.* — (21) Legendre. Soc. méd. du IXe arrondissement, 1893. — (22) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition.* — (23) Turbure. Th. 1887. — (24) H. Picard. *Journ. de méd. de Paris*, 1893. — (25) Schrader. *Deuts. Med. Woch.*, 1892. — (26) Martineau. in Th. Turbure, 1887. — (27) Riel. *Lyon méd.*, 1888. — (28) Jullien. *Union méd.*, 1892. — (29) Minguet. Th. 1892. — (30) Demange. Art. diabète in *Dict. de Dechambre.* — (31) Moscato. *Il Morgagni*, nov. 1890. — (32) Finger. *La syphilis.* — (33) Graves et Stiévenart. *Journ. de chir.*, juillet 1845. — (34) Schmitt. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1883. — (35) Legrain. *Ann. gén. urin.*, 1889.

VARIÉTÉS

A bord du « Phlégéthon », 1854-56 [fragments (1)].

Par le docteur BADOUR,
Ex-médecin-chef du Val-de-Grâce.

IV

LA TEMPÊTE

Le 19 septembre, après maints remorquages entre Bomarsund et Ledsund, le *Phlégéthon* revint en rade de Revel, où je descendis dans l'île Nargö.

Cette île triangulaire et plate, dont on faisait le tour en moins de deux heures, était toute verte de sapins, genévriers et prairies. Des maisons éparses, ressemblant à celles des îles d'Aland, y constituaient un village où nous achetâmes des légumes, cette friandise du marin. Dans l'une d'elles, ô surprise! était accrochée en pleine lumière l'image de Rigolette, cette mignonne tête de jeune fille qu'un de nos meilleurs romanciers a croquée sur le vif et qui là, tout à coup, nous parlait de la France avec son frais sourire et sa simple volière.

Et dans le cimetière les tombes anglaises ne manquaient pas.

La flotte alliée devait avoir dans cette rade sa principale escale. Le fait est qu'elle était là à notre arrivée et maintenant nous, les bons enfants, nous y étions aussi pour leur donner la remorque à nos amis, les Anglais. John Büll qu'enfume l'orgueil de sa marine, avait besoin de la nôtre et, pour être forte, elle était forte, la plaisanterie.

Enfin, le temps était ravissant, nous coulions des jours tranquilles et heureux et nous ne nous doutions pas que nous étions à la veille de courir un risque épouvantable.

Rien ne pressant, on pouvait donc attendre et laisser se combler la dépression barométrique qui évidemment devait commencer à se faire sentir.

Mais pourquoi faut-il que l'homme tente sa destinée? On n'attendit pas et le 29 on leva l'ancre dans l'espoir probable de gagner Kiel avant la tourmente.

A peine avait-on pris le large, le *Phlégéthon* remorquant le trois-ponts anglais le *Neptune*, que le vent fraîchissait, que la mer se soulevait et que nous perdions complètement le sentiment de la verticale.

Les remorques étaient larguées, reprises dans de trompeuses et relatives accalmies, et définitivement relarguées.

Et la brise fraîchissait à décorner les bœufs, suivant l'énergique expression des marins. Et cela dura jusqu'à la fameuse journée du 4 octobre, pendant laquelle l'ouragan battit son plein.

Nous voguions alors par longitude Est 14°52', latitude Nord 55°53', au beau milieu de la Baltique entre la Suède et la Prusse.

Aux heures douloureuses des manifestations brutales de la nature, l'être est plus ou moins subjugué par l'affreuse réalité. Mais, s'il a du ressort, il ne s'occupe plus de savoir quelle est sa place en ce monde et il résiste, toujours puissant, sans se rendre, comme tout l'équipage en fournit la preuve éclatante.

Pour moi, étranger à ces luttes, après avoir été jusqu'à la limite extrême de l'inquiétude, j'étais tombé dans l'indifférence et je me laissais violemment emporter où finissent toutes les angoisses. J'étais même, en me cramponnant, monté sur le pont où l'on m'avait attaché sur le gaillard d'arrière et, Dieux infernaux! j'y restai une grande partie de la journée dans la muette contemplation de la terrifiante merveille. Car le rêve le plus enfiévré n'atteindra jamais ce degré de terrible.

On était à la cape et par la dérision la plus amère le soleil brillait. Les matelots, que des nœuds coulants retenaient aux cordages, veillaient à ce que toutes les amarres tinssent bon. Vous représentez-vous un obusier de 80 dérapant tout à coup? Je frémis encore à cette pensée.

La mâture craquait sous les quelques bouts de toile qui maintenaient la cape. Et quand par hasard une embardée se produisait, la vague écumante déferlait sur l'avant où elle passait comme une trombe.

Et alternativement, avec des frissons dans ses membrures, le navire tanguant et roulant s'élevait sur la lame sous le ciel rayonnant, ou plongeait dans un abîme où il semblait qu'il allait s'engloutir.

A la chute du jour l'eau qui envahissait la cale par de fatales brisures, y atteignait sept pieds et par le fait de ballottements insensés commençait à se projeter dans les foyers des chaudières. On était aux pompes.

Rester debout au vent toute la nuit avec des voies d'eau qui ne pouvaient que grandir, cela devenait d'une gravité menaçante; il fallait conjurer le danger.

Le commandant tint conseil avec son état-major, le pilote et les vieux matelots et il fut décidé qu'on allait fuir devant le temps et, le pilote qui connaissait sa mer refusant de se réfugier à Dantzig, que le compas serait mis au Nord-Est.

Pour fuir devant le temps quand on est à la cape (elle était à l'Ouest), il faut virer lof pour lof, c'est-à-dire vent arrière, et c'est une manœuvre à laquelle on ne se résoud qu'à la dernière extrémité. Aussi je vous prie de croire qu'on y applique toute sa science.

Vous voyez ça d'ici : tourner d'un demi-cercle et prêter le flanc à la lame en un moment qui, si rapide qu'il soit, est suffisamment long pour que l'on capote, c'est tout simplement effrayant.

Comme au combat, plus qu'au combat tout le monde était à son poste, et dans le mugissement du vent et les craquements du navire un silence de mort oppressait les poitrines.

« Attention! »

Et timoniers, gabiers et mécaniciens obéissant avec ensemble, le *Phlégéthon* évolua.

Et le diable se mit de la partie, et nous filâmes comme le cavalier de la ballade emporté dans une course échevelée au sein de l'ouragan.

Vous qui me lisez, consultez la carte un instant. Le lendemain au jour nous étions par le travers de Gottland où nous avaient poussés les éléments déchaînés.

Ah! quelles douces sensations furent jamais plus capables de remuer jusqu'au fond des entrailles! et quelle folle joie quand, sur le midi, nous mouillâmes paisiblement dans le détroit qui sépare Gottland de la petite île Faro, où s'abritaient également trois vaisseaux de guerre anglais, un brick de guerre suédois et plusieurs bateaux commerçants!

Nous étions sauvés!

Et le repos que nous avions bien gagné, fut délicieux.

... A quelque chose malheur est bon, écrivais-je peu après. Je suis descendu deux fois à terre et j'ai parcouru la côte du détroit sur la grande île. J'ai visité l'important village de Bunge aux maisons en pierre. Son église est grossièrement construite. Une belle route, des boutiques bien garnies, le commerce actuel de la rade dénotent un pays et des gens civilisés. J'y ai donné une consultation.....

LE RETOUR

Le 8 octobre, le *Phlégéthon* reprenait la route de Kiel avec une aile de moins à son hélice, aile cassée par la tempête. La mer était belle, le temps magnifique et frais.

Le 9 à dix heures du matin, il passait entre Bornholm et

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1424.

le trois petites îles de Christian, dont deux sont couvertes d'habitations reliées par une jetée en bois et protégées par une haute citadelle.

Et le 10 à deux heures, après un mouillage nocturne à l'île Rugen, il s'amarrait dans le port de Kiel où l'enlèvement d'une deuxième aile de l'hélice, nécessaire à son équilibration, nous procura la satisfaction de dix agréables journées d'automne, dont deux à Hambourg avec un des aspirants.

Nous nous étions logés à l'hôtel de Russie (Streit's Hôtel) à la vaste et haute salle à manger. C'était sur une place avec jardin; on y était très bien.

Et nous employâmes notre temps à parcourir la localité dans tous les sens.

Hambourg, ville libre de la hanse teutonique, avait alors 200 000 âmes et elle était remarquable par ses belles rues, par ses canaux sur lesquels de grands établissements chargeaient et déchargeaient à pic les marchandises et qui, selon les descriptions, lui donnaient sous ce rapport quelque ressemblance avec Venise, par une immense Bourse où se négociaient bruyamment des affaires avec tout l'Univers, par un large fleuve peuplé de navires, par des parcs, des promenades et deux lacs aux rives charmantes. Les édifices religieux dont nous visitâmes le principal, paraissaient ne pas y tenir une place importante.

Dans un café-restaurant nous prîmes un déjeuner à la façon des indigènes qui, sur un comptoir agrémenté d'une jolie personne, choisissaient des victuailles, charcuterie ou pâtisserie, et s'asseyaient, s'ils ne mangeaient debout, à une table où l'on servait la bière. Nous bûmes même du porter que je trouvai très fort.

Une légère indisposition de mon ami maladif m'obligea à entrer dans une pharmacie (apotheker) où, grâce aux inscriptions latines, je fis composer la drogue nécessaire.

Nous fûmes rencontrés par un vieux de la vieille que les hasards des guerres impériales y avaient échoué et qui était tout réjoui de causer avec nous en nous promenant. Il ne se fit pas prier pour nous raconter ses anciennes vaillances.

Sur notre passage un gamin siffla la Marseillaise. Vis-à-vis de Français ce salut populairement musical en valait bien une autre et vis-à-vis de nous il ne se trompait pas. Quoi d'étonnant d'ailleurs sur ce sol de franche indépendance où la blonde Germanie n'avait encore ni casque, ni cuirasse?

J'accompagnai jusqu'à l'Elbe mon ami qui rentrait en France et, au retour, je passai deux heures à Altona, ville danoise qui n'était séparée de Hambourg que par un mur et semblait en être un gros faubourg. Il n'y avait là de curieux qu'une gare monumentale et, comme dans les quartiers excentriques de Hambourg, les maisons à pignons très aigus.

La veille dans le train nous avions mérité une leçon de courtoisie en plaisantant, téméraire jeunesse! aux dépens de gens d'âge respectable et de panse ronde qui nous comprenaient et qui nous en avertirent gentiment.

Et ces réminiscences mettraient des ombres sur le front s'il n'était préférable de sourire en les reproduisant, et en ajoutant que ce pays m'a laissé l'impression de n'être pas celui du bon vin, de la bonne chère et des gais propos. Rien n'est plus vrai, n'est-ce pas? Et voilà sans nul doute une des grosses raisons de sa tendance séculaire à pencher vers l'Occident.

La navigation se signala ensuite, de même qu'à l'arrivée, par un mouillage à Nyborg et un autre en plein Cattégat. Le 22, le *Phlégéthon* doublait la pointe du Jutland et le soir, par une étrange fatalité, perdait une troisième branche de son hélice; et ce fut le cas de dire qu'il ne battit plus que d'une aile, marchant péniblement avec la dernière et, autant que possible, avec les voiles.

Pour ce motif, il mit le cap sur Newcastle, afin de s'y réfugier au besoin et surtout de se parer des vents d'Ouest en longeant les côtes d'Angleterre.

Dans cette circonstance on me donna un joli pinson recueilli sur le pont. Comment était-il venu s'y abattre? *chi lo sa?* Je ne sais pas non plus ce qu'il en advint et je lègue une caresse à sa mémoire.

Les derniers incidents du retour furent une nuit à l'ancre près du feu de Galoper et quelques heures à Deal pour déposer le pilote qu'on y avait pris six mois auparavant : ce brave et vieux pilote qui était sérieux comme un âne qu'on étrille, muet comme une carpe en dehors de ses fonctions qu'il remplissait généralement par signes et avec qui, malgré mes premiers prix d'anglais au collège, je ne parvenais guère à m'entendre, les termes marins et la prononciation y mettant un invincible obstacle.

Et après la traversée un peu tourmentée de la Manche, le 28 octobre à cinq heures du soir, le *Phlégéthon* s'ancrait en rade de Cherbourg, où la réparation des avaries et l'essai de nouvelles hélices nous retinrent deux mois, pendant lesquels je ne pris pas de permission, les voyages coûtant trop cher et Paris étant trop loin. Les trois quarts de la route se faisaient en voiture à place entière, l'autre quart en chemin de fer à demi-place. Et le temps qu'on y mettait! Il faut avoir passé par là pour y croire.

Ensuite une escale à Brest pour y embarquer 400 fantassins de marine me fit connaître ce port et cette ville, et le 6 janvier 1855 on appareilla pour la Crimée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

92. M. Tilman. De la mort d'un fœtus dans la grossesse gémellaire. — 93. M. Seguel. Essai sur l'influenza dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et les maladies de l'appareil génital de la femme. — 94. M. Garanger. Quelques considérations sur le rôle du médecin dans le traitement des cardiopathies compensées. — 95. M. Sergent. Tubercules et cavernes biliaires. Recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales. Pathogénie de la tuberculose des voies biliaires. — 96. Mme Zlotowska. Historique de la sérothérapie. Son application dans la diphtérie, le tétanos et les affections à streptocoques. — 97. M. Geagea. Pneumonisme paludéen à forme broncho-pneumonique. — 98. M. Molinié. Des vésicules aberrantes dans le zona. — 99. M. Soyez. Œdème hystérique. — 100. M. Grandjean. Quelques réflexions sur la valeur clinique du chimisme gastrique. — 101. M. Mitour. Étude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné. — 102. M. Oundjian. Des éruptions médicamenteuses, origine interne. (Éruptions pathogénétiques de Bazin.) — 103. M. Papazoglou. Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique. — 104. M. Baury. Contribution à l'étude des fibromyomes péri-uréthraux chez la femme. — 105. M. Deglaire. Contribution à l'étude des inflammations chroniques du naso-pharynx. Pharyngothérapie. — 106. M. Lebon. Contribution à l'étude des myélites infectieuses expérimentales.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : **1/2 verre à madère au dessert.**

PILULES DIGESTIVES
de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.

ÉMULSION DEFRESNE

D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE

aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :

45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :

RACHITISME, SCROFULE, | LYMPHATISME, DÉBILITÉ, | ANÉMIE, CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée : Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

Prix : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone**, 4, quai du Marché-Neuf;

Détail : Pharmacie, 2, rue des Lombards.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50, rue de Rennes, 105,** PARIS, *et dans les pharmacies.*



ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour. **Tonique du cœur, diurétique rapide.**
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES.
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
PARIS, 3, BOUL^d St-MARTIN ET PHARMACIES

• VIN DE PEPTONE •
De CHAPOTEAUT

D'un goût très agréable, se prescrit après les repas à la dose de 1 ou 2 verres à Bordeaux. — Dosage : 10 grammes de viande de bœuf digérée par la pepsine, par verre de Bordeaux.

La Peptone Chapoteaut, vu sa pureté, est employée depuis sept années par **l'Institut Pasteur** et les laboratoires de physiologie de Berlin, Saint-Pétersbourg, Vienne, etc., pour la culture des organismes microscopiques. — On nourrit avec elle les malades les plus gravement affectés sans aucun autre aliment.

Pharmacie VIAL, 1, Rue Bourdaloue, PARIS.



SANTAL MIDY
PUR

Le seul obtenu de la distillation du Santal de Mysore,
20 centigrammes d'Essence par Capsules
MIDY, 113, Faubourg-Saint-Honoré, PARIS

2

MÉDICAMENTS APPROUVÉS
Par L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Pilules de Vallet, au sous-carbonate de fer inaltérable. Les *véritables* pilules de Vallet sont blanches, et sur chacune d'elles la signature Vallet est imprimée en noir. Indications : anémie, chlorose. Dose : 2 à 6 par jour. Prix : 3 fr. le flacon, 1 fr. 50 le demi-flacon.

Perles du Dr Clertan, à l'éther, a l'essence de térébentine, à la valériane, à l'assa-fœtida, au castoreum, à l'apiol, à tous les sels de quinine, sulfate, bisulfate, bromhydrate, chlorydrate, lactate, salicylate, valérianate, etc., de quinine, à l'hypnone, au santal, au *gaïacol alpha (cristallisé synthétique),* à la *créosote alpha synthétique titrée,* au terpinol, à l'eucalyptol, à la créosote iodoformée, au gaïacol iodoformé, à la créosote gaïacolée et iodoformée, au goudron créosoté, etc. Les perles de Clertan ne se vendent qu'en flacons de 40 perles pour la créosote et le santal, de 30 pour les autres sortes. Comme garantie d'origine, chaque flacon porte la signature du Dr Clertan. D'une manière générale, les perles du Dr Clertan contiennent cinq gouttes de médicament liquide ou dix centigrames de médicament solide. Dose moyenne : 2 à 4 par jour.

Poudres purgatives de Rogé. Chaque flacon contient 50 gr. de citrate de magnésie pur pour préparer soi-même une limonade purgative, agréable, efficace et particulièrement recommandable aux personnes âgées, aux dames, aux enfants; la poudre de Rogé est d'un usage très commode à la campagne, car elle se conserve indéfiniment; les limonades ordinaires, au contraire, sont longues à préparer et très altérables. Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau, laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire avoir une limonade gazeuse. Prix : 2 fr. le flacon.

Ces divers produits spécialisés se vendent dans toutes les pharmacies avec une instruction pour l'usage. Tous ces médicaments sont la propriété de la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris. Médailles d'or aux expositions universelles de Paris, Melbourne, Sydney, Philadelphie, Amsterdam.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DÉSINFECTION A DOMICILE

Par les vapeurs d'ALDÉHYDE FORMIQUE (Syn. : FORMOL)

SEULE CONCESSIONNAIRE DES PROCÉDÉS ET APPAREILS TRILLAT

(DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS LES PAYS)

DIRECTION & BUREAUX : 21, rue Godot-de-Mauroy, Paris

S'Y ADRESSER POUR RECEVOIR NOTICE ET TOUS RENSEIGNEMENTS

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 janvier 1896.

Nous sommes encore obligé de revenir sur cette question des étudiants et des médecins étrangers qui a fait le tour de la Presse médicale et que viennent encore de discuter les étudiants de nos différentes facultés. Dans notre dernier numéro, nous publiions les conclusions, adoptées par la section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris. De toutes parts nous viennent des approbations pour la campagne que nous avons entreprise ; on nous propose une série de remèdes variés, mais ceux qui paraissent réunir les suffrages sont ceux-là mêmes que nous avions proposés à savoir : 1° facilité d'études pour tout étranger ne désirant le diplôme qu'à titre honorifique ; 2° assimilation à l'étudiant français de l'étudiant étranger qui veut exercer la médecine en France ; c'est-à-dire, les deux baccalauréats, sans dispense ni équivalence, naturalisation, service militaire, etc.

Nous ne voulons point développer à nouveau les motifs que nous avons mis en avant, pour arriver à ces conclusions; et, nous contentant de renvoyer à nos précédents articles, nous reproduirons certains passages de lettres qui nous sont adressées par quelques-uns de nos correspondants.

La protestation des étudiants de Montpellier est un appel à tous leurs camarades de France, elle nous parvient avec la lettre suivante :

« Depuis plus d'un mois, dans la *Gazette des hôpitaux*, vous avez bien voulu agiter cette question, si importante pour les médecins français, de l'envahissement étranger. Vous avez montré assez d'indépendance et de courage pour dire hautement et franchement, dans votre numéro du 14 janvier dernier, ce que vous en pensiez. Vos articles, auxquels nous avons pris la liberté d'emprunter des chiffres excessivement intéressants sur les dispenses de diplômes, sont l'expression, juste et modérée, de nos revendications. Insérés dans les colonnes de votre journal, ils ont contribué pour une large part à répandre dans le monde médical le désir de porter remède au mal qui l'attaque profondément. Permettez-nous de vous exprimer nos sincères remerciements. »

Dans la première partie de leur protestation, les étudiants de Montpellier étudient : « L'insuffisance des études préparatoires chez les étrangers et l'équivalence. »

Ils s'expriment ainsi :

« Vous savez, chers camarades, que, pour avoir le droit de s'inscrire dans une Faculté de médecine, il faut que le jeune Français soit pourvu de deux baccalauréats. Or ces baccalauréats, qui sont le couronnement de nos études classiques, demandent des études longues et pénibles, exigent l'internat dans les lycées ou les collèges. Êtes-vous muni du baccalauréat ès lettres complet, vous ne serez pas étudiant en médecine parce qu'il vous manque le baccalauréat ès sciences restreint.

Vous avez acquis votre diplôme, vous êtes inscrit dans une Faculté, mais le service militaire vient vous en tirer ; vous devez faire une coupure dans vos études, les cesser brusquement, abandonner votre place d'aide-préparateur ou d'externe, si vous avez vaillamment affronté les concours : vous perdez votre temps, et vous avez, au sortir du régime militaire, toutes les peines du monde à vous refaire à la vie de Faculté et à vous entraîner de nouveau pour de prochains concours.

Combien est différente l'entrée à la Faculté du jeune étranger, et comme toutes les difficultés et tous les obstacles s'évanouissent devant lui, dès que, la frontière franchie, il exprime le désir de s'inscrire dans une de nos Facultés! »

Puis, empruntant les chiffres de la statistique que nous avons publiée (1), et citant différents passages de nos articles, ils démontrent la facilité déplorable avec laquelle s'obtiennent les équivalences. C'est avec raison qu'ils insistent sur ce point, car l'équivalence telle qu'elle s'accorde est un leurre et un trompe-l'œil. Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise que nous lisions la phrase suivante, dans l'article qu'un de nos meilleurs confrères écrivait, sur cette question, il y a huit jours à peine : « Nous ne sommes pas, Dieu merci, au temps des vagues équivalences où il suffisait de parler charabia pour voir s'ouvrir toutes les portes. Nous avons fini par devenir plus raisonnables. » Eh bien, non, mon cher confrère, nous ne sommes pas plus raisonnables et nous pourrions vous citer le fait d'une étudiante étrangère, subissant dernièrement son examen de doctorat devant notre Faculté, et qui à *seize ans et demi* avait obtenu dispense des deux baccalauréats que bien peu de Français peuvent obtenir à cet âge à force de travail et de surmenage.

Nous nous rallierons donc à ceux qui disent : plus de dispense, plus d'équivalence à ceux des étrangers qui étu-

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1393.

dient pour exercer chez nous. Entre eux et nos nationaux, la lutte n'est pas égale ainsi, et nous fournissons des armes contre nos propres fils.

Le deuxième paragraphe de la protestation des étudiants de Montpellier est consacrée aux « concours des hôpitaux », le troisième à « l'examen de la médecine en France », le quatrième, enfin, aux « mesures à prendre ». Il se termine par les conclusions suivantes :

« I. Exiger les baccalauréats français des jeunes gens étrangers qui s'inscrivent dans les Facultés des sciences pour poursuivre les études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

II. Exiger la qualité de Français pour se présenter aux concours d'internat des hôpitaux, comme cela a lieu pour les concours dans les Facultés. Les hôpitaux n'étant qu'indirectement sous la dépendance de l'État, prier les administrations des hospices de faire remplir les postes d'interne par des élèves français ou naturalisés français.

III. Délivrer aux étrangers un diplôme de docteur qui ne leur permette pas de s'établir en France, comme cela est pratiqué à l'étranger ; ou exiger la naturalisation immédiate de tous les étrangers qui veulent exercer chez nous. »

Sauf la première conclusion qui exige les baccalauréats de tout étudiant étranger, même de celui qui ne veut pas exercer en France, nous approuvons les conclusions de nos jeunes camarades.

Parmi les autres lettres que nous avons reçues, nous en trouvons une émanant d'un de nos confrères qui nous relate des faits qu'il a vus, et qui assiste, en témoin attristé, à l'encombrement de la profession. « Depuis quelques années, nous dit-il, il y a deux docteurs dans les chefs-lieu de canton, où autrefois un seul avait peine à vivre. Les moindres villages ont à présent un docteur ou un officier de santé. » Notre confrère déplore les facilités excessives accordées pour les études secondaires, les bourses, les demi-bourses, la multiplication des collèges, lycées, etc., il déplore la facilité des baccalauréats. « Actuellement, dit-il, quelle que soit la faiblesse des candidats, on peut affirmer qu'ils sont tous reçus, presque certainement, après un premier échec. »

Grâce à certaines influences, politiques ou autres, on accorde des faveurs illégales à certains : témoin le fait suivant, que nous narre encore notre confrère : « Dans la commune de X..., il y a un pharmacien qui a profité des libéralités récentes de la loi pour prendre des inscriptions d'officiat de santé, qu'il convertira, le moment venu, en inscriptions de doctorat. Tout en continuant à ne pas sortir de son officine, il a pu obtenir de prendre, en l'année 1894-1895, quatre inscriptions d'officier de santé et de passer son troisième examen de fin d'année. Grâce à ses protections, il a pu encore obtenir du ministère de n'assister ni aux cours, ni à aucun exercice pratique de l'École de médecine, et de prendre inscriptions et de passer examen. De mon temps à Paris, ajoute mélancoliquement notre confrère, si l'on manquait à l'hôpital ou aux exercices, on était exposé à faire six mois ou une année de plus. »

Notre correspondant ne ménage pas non plus les professeurs : « Accablés de besogne, ils reçoivent les étudiants presque en bloc. En agissant ainsi, ces Messieurs abrègent leur ouvrage ; on dit même que certains professeurs ne voudraient jamais refuser un candidat, pour n'avoir pas à faire repasser au candidat évincé un nouvel examen. » Quant à la question des étrangers, notre confrère adopte pleinement notre manière de voir.

Nous avons tenu à publier ces protestations émanant de deux sources très différentes, l'une due à un praticien déjà expérimenté, l'autre provenant de jeunes élèves non encore docteurs. Nous avons montré ainsi que, d'un bout à l'autre de la profession, ce n'est qu'une plainte, qu'une juste réclamation. En donnant à ces protestations toute la publicité dont nous disposons, nous espérons arriver à attirer l'attention des pouvoirs publics, sur un état de choses qui a trop duré jusqu'ici.

A la Société médicale des hôpitaux, M. Burlureaux, après avoir rapporté un nouveau cas d'accidents pseudo-méningitiques causés par des **injections d'huile créosotée à haute dose** — le malade avait ainsi reçu 9gr30 de créosote — prend chaudement la défense de la créosote administrée en quantités élevées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Pour lui, la formule est la suivante : donner le plus possible de créosote, à condition qu'elle soit bien tolérée.

M. Faisans pense que la créosote a des contre-indications formelles dont il faut tenir compte : la fièvre, la dyspepsie, la tendance aux congestions, aux hémoptysies, la tachycardie. On a tort, dit-il, d'attribuer toujours à la créosote l'amélioration survenue dans l'état des tuberculeux qui sont traités par elle. Quand, à l'hôpital, on s'occupe des tuberculeux, ils vont mieux, toussent moins, crachent moins et engraissent quelle que soit la médication employée. On a obtenu avec l'huile de foie de morue à haute dose, avec le gavage à la poudre de viande, des améliorations tout aussi grandes qu'avec la créosote. Celle-ci n'est donc pas un spécifique de la tuberculose et il ne faut pas la donner indistinctement à tous les tuberculeux.

M. Ferrand considère qu'il est inutile d'aller jusqu'à l'extrême limite de la tolérance. L'emploi inconsidéré de la créosote peut avoir des conséquences désastreuses. M. Lereboullet est d'avis que la phtisie torpide, la scrofulo-tuberculose, est la forme de la maladie dans laquelle la créosote peut rendre de réels services. Il s'associe d'ailleurs aux remarques de M. Faisans, relativement aux contre-indications.

Voilà la question de l'utilité, des indications et des contre-indications de la créosote qui se trouve posée. La Société a décidé qu'une séance tout entière serait prochainement consacrée à sa discussion. Beaucoup de nos lecteurs seront certainement très heureux de savoir ce que pensent de ce médicament les médecins des hôpitaux et ce qu'ils doivent en penser eux-mêmes.

M. Albert Mathieu, en son nom et au nom de son interne, M. Milion, fait une communication sur la **pituite hémorragique des hystériques.**

Il arrive, de temps en temps, que des hystériques vomissent une petite quantité d'un liquide semblable à du sirop de groseilles dilué. Ce liquide prend plus tard une teinte plus foncée ; il rappelle alors le sirop de ratanhia étendu d'eau. Il est constitué par un mélange de sang et de salive. M. Josserand (de Lyon), auquel on doit d'avoir le premier distingué et bien étudié ce symptôme, a montré qu'avec un mélange artificiel de salive et de sang, on obtenait un liquide absolument semblable.

Les malades ont souvent, au moment de cette hématémèse, une sorte de petite crise avortée qui se traduit par une sensation de malaise général, de pesanteur ou de douleur au creux épigastrique : ils ont la sensation d'une boule

qui remonte vers le pharynx et ils expulsent tout d'un coup le liquide en question ; ils se trouvent alors soulagés.

Jusqu'à présent la pituite hémorragique n'a été signalée que chez les hystériques ; elle paraît avoir dans ce sens une véritable valeur diagnostique. Rien d'étonnant, cependant, à ce qu'un jour ou l'autre on la signale chez des névropathes dépourvus des stigmates de la névrose.

Il est assez difficile de dire d'où vient le sang ; quelquefois il y a chez les hystériques une sialorrhée sanglante. Que cette salive soit déglutie inconsciemment pendant la nuit, puis rejetée par le vomissement, et l'on aurait la pituite hémorragique. Quelquefois on trouve mélangés à la pituite sanglante des détritus alimentaires ou du suc gastrique ; il est alors certain que le liquide a séjourné dans l'estomac, ce qui ne veut pas dire qu'il y a pris naissance. L'origine réelle du sang reste encore très incertaine dans bien des cas.

La pituite hémorragique n'est pas chose rare. Il n'est pas de service des hôpitaux de Paris dans lequel on ne l'observe plusieurs fois chaque année.

Cette hématémèse minime qui se reproduit souvent avec une grande ténacité, soit chaque jour, soit à des intervalles plus ou moins éloignés, n'a par elle-même aucune gravité.

MM. Fernet et Lorain rapportent une très curieuse observation d'**arthropathies de l'épaule et de l'articulation sterno-claviculaire et de méningite suppurée, dues au pneumocoque.** M. Widal rappelle qu'il a vu une arthropathie goutteuse devenir, chez un saturnin, l'occasion d'une arthrite suppurée à pneumocoques. Les lésions produites par les cristaux d'urate de soude avaient provoqué sans doute la localisation de l'agent infectieux. Dans le fait de MM. Fernet et Lorain, il y avait des lésions destructives intenses des articulations intéressées, mais sans trace de suppuration.

Le docteur Le Clerc (de Saint-Lô), membre correspondant de la Société, fait connaître un cas nouveau de **rougeole à rechute.**

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Abcès du sein. Fièvre puerpérale tardive. Mort en quarante-huit heures.

La nommée C..., femme L..., trente et un ans, entre le 18 décembre 1895, salle Petit, sur un brancard, pour un abcès du sein droit qui était apparu depuis huit jours, treize jours après l'accouchement.

Le lendemain, à la visite, la malade qui a une fièvre modérée, 38°4, présente une tumeur fluctuante avec rougeur de la peau occupant la moitié externe du sein droit. Pas d'état saburral, mais il y a du lait dans les deux mamelles, il n'est pas encore passé. Incision suivant un rayon du mamelon de 3 centimètres d'étendue. Cataplasme sur le sein changé trois fois en vingt-quatre heures.

Le 20, température 37°8, appétit, même traitement ; le soir, 37°9, bon état.

Le 21, température 37°2 ; le soir, 37.

Le 22, température 40 degrés ; le soir, 39°6. La mamelle est tendue et douloureuse. M. Després prévoit un nouvel abcès et comme la sécrétion lactée continue toujours, purgatif : huile de ricin 40 grammes, même traitement ; bouillon, lait.

Le 23, température le matin, 40 degrés ; le soir, 39°5, même pansement.

Le 24, le matin, la malade se sent inondée, il est sorti par l'incision, faite le 19, environ un verre à Bordeaux de pus bien lié, la mamelle est plus souple, la malade se sent mieux. Le matin, température 37°7 ; le soir, 37°6.

Le 25, la fièvre a reparu, la malade avait sans doute pris froid en allant aux cabinets au dehors de la salle ; le matin, température 39°5 ; le soir, 40°4. Même traitement : sulfate de quinine 60 centigrammes, tisane ou limonade, lait ; lavement avec une cuillerée de glycérine.

Le 26, même fièvre : le matin, 40 degrés ; le soir, 40°8. Même traitement ; la suppuration de l'abcès du sein suit toujours son cours, pus bien lié.

Le 27, le matin, 40°6 ; le soir, 40°3. Même état local, même traitement.

Le 28, la malade semble un peu moins fatiguée, elle dit qu'elle se sent mieux. Le matin, 39°9 ; le soir, 39°6.

Le 29, dans la matinée, la malade rend par le vagin une abondante quantité de matières muco-purulentes répandant une odeur infecte ; la malade n'en a pas la notion, elle délire, elle a le facies grippé, les yeux brillants et le ventre est un peu ballonné et non douloureux. Par le toucher, on sent le col entr'ouvert, laissant pénétrer le doigt et présentant une certaine dureté. Le diagnostic d'angio-phlébite utérine s'imposait. En même temps, le sein atteint d'abcès était aplati, mou et ne donnait pas traces de suppuration. Large vésicatoire sur le ventre ; calomel à dose fractionnée, sulfate de quinine 1 gramme. Six injections d'eau et de chlorure de zinc chaudes ; température, le matin, 40°5 ; le soir, 40°6.

Le 30, toujours l'écoulement fétide par le vagin ; facies grippé, délire, albumine en grande quantité, moitié du contenu du tube à épreuve, soit environ 50 p. 100 (le dosage exact n'a pas été fait). La malade n'a pas eu la moindre nausée. Ce qui domine, c'est la fièvre et le délire. Le matin, 41°2, encore 1 gramme de sulfate de quinine ; le soir, 41°8. Mort dans la nuit, sans que le délire ait cessé. Les gens de service interrogés ont déclaré qu'ils n'avaient pas constaté de frisson à aucun moment ; la malade en délire ne nous a pas renseigné davantage.

A l'autopsie. — Cadavre dans un état de conservation parfait. Reins sains, quoique gros. L'utérus enlevé est flasque, ramolli. il présente du pus franc sur le lieu d'implantation du placenta, le placenta maternel, que l'on reconnaît à des caillots emprisonnés dans les tissus utérins. On peut faire sortir des veines voisines quelques petites gouttelettes de pus gris. L'autopsie n'a pas pu être plus complète, il y avait opposition ; l'on a retiré l'utérus par le vagin et enlevé le rein par une incision dorsale.

M. Després considère cette observation comme un exemple rare, mais typique, de fièvre puerpérale tardive : forme angio-phlébitique que l'on appelait jadis septicémie puerpérale suraiguë.

Voilà, dit-il, une malade accouchée de son cinquième enfant, le 27 novembre 1895 (accouchement naturel normal d'un enfant à terme : suites de couches bonnes, quoique l'on eût trouvé un peu d'œdème aux jambes et des traces d'albumine) ; elle sort douze jours après l'accouchement du service d'accouchement de l'hôpital de la Charité, où tous les préceptes d'antisepsie pratiqués aujourd'hui ont été mis en usage ; dix jours après, elle a un abcès du sein, une adénite mammaire. La malade n'avait pas nourri et n'avait pas fait passer son lait. L'abcès est ouvert, la fièvre reparaît deux jours après l'incision, parce que, dans les adénites mammaires, il y a des foyers multiples successifs, le pus est évacué ; puis il se produit une troisième poussée et la fièvre s'élève jusqu'à 40°7. Mais cela n'a rien de surprenant, car les abcès du sein qui suivent de près les couches sont accom-

pagnés de températures élevées, quelquefois pendant deux septenaires, et qui ne doivent pas inquiéter autrement. J'ai observé ces faits nombre de fois : toutes les inflammations dans la période post-puerpérale sont accompagnées de températures d'un degré au-dessus de la température des inflammations semblables chez les femmes hors l'état de puerpéralité.

Tout à coup, vingt-neuf jours juste après l'accouchement, la malade perd abondamment des lochies fétides, prend une fièvre excessive avec délire et rend tellement d'albumine que les élèves du service songent à une urémie aiguë et en quarante-huit heures la malade succombe. On trouve dans l'utérus des signes évidents de phlébite utérine.

Cette malade a succombé à une auto-septicémie, suivant les anciennes doctrines de l'infection purulente formulées par Bérard, Cruvelhier, Dauce, Tonnelé et Nonat. Sous l'influence d'un refroidissement, peut-être, ou de toute autre cause, des caillots se sont ramollis, ont suppuré et le pus fourni par la malade a pénétré dans le sang.

Va-t-on, pour ce cas rare, invoquer une contagion quelconque? La malade n'a pas été touchée une seule fois dans le service avant la sortie des lochies fétides; elle ne se plaignait pas des organes génitaux, et il n'est pas dans nos habitudes de passer au spéculum les malades atteintes seulement d'abcès du sein. On ne lui donnait même pas d'injection. Il n'y avait dans la salle que deux malades qui suppuraient : une petite fille à qui l'on avait fait, il y a des mois, dans un autre hôpital, un curage du fémur pour une coxalgie, et un abcès, suite de nécrose limitée du maxillaire inférieur. Il n'y avait pas de malade en puissance de fièvre et les infirmières ne fréquentent pas la salle d'accouchement où, d'ailleurs, il n'y avait pas de fièvre puerpérale.

Dira-t-on que l'abcès du sein a été la cause de la maladie? mais les abcès du sein sont extrêmement communs et la fièvre puerpérale tardive très rare. Depuis trente-deux ans, j'ai vu, en moyenne, et incisé ou drainé, dans mes salles seulement, 7 abcès graves par an et je n'ai eu que 2 morts, l'une d'infection purulente, l'autre d'une pleurésie purulente, mais cela a duré quinze jours. J'ai vu aussi des métrites concomitantes, mais c'est la première fois que je vois la septicémie puerpérale en même temps qu'un abcès du sein.

Voilà donc, en somme, un fait précis, net, qui concorde peu avec les théories modernes, dont le plus grand inconvénient est de négliger les enseignements de la clinique et de tout rapporter à la contagion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1896. — Présidence de M. Ancer.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. ROUTIER déclare qu'il convient de nettement séparer les cas de grossesse extra-utérine en deux catégories très dissemblables :

1° Les véritables grossesses ayant atteint cinq à six mois ;

2° Les grossesses interrompues par une rupture et donnant lieu à l'hématocèle rétro-utérine.

Lorsque les grossesses ectopiques ont atteint cinq à six mois, le diagnostic peut être fait aisément, dans un grand nombre de cas. Dans les quatre cas qu'il a pu observer, M. Routier a pu établir le diagnostic avant l'opération. Ces quatre malades ont été traitées par la laparotomie, avec extraction du kyste fœtal. Toutes ces malades ont parfaitement guéri et, fait très intéressant, trois de ces malades sont, dans la suite, devenues enceintes normalement et ont accouché régulièrement. Ce qui démontre que, la grossesse ectopique ne compromettant le fonctionnement que d'un seul côté des annexes, il faut toujours rejeter l'hystérectomie vaginale comme moyen de traitement.

Voici le résumé de ces quatre cas.

Dans un premier, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine de cinq mois; la malade a guéri. Dans un deuxième, après temporisation, des accidents sont survenus par suite de la rupture de la poche dans la fosse iliaque, occasionnant ainsi la formation d'une hématocèle non rétro-utérine, mais latérale. Chez une troisième malade, M. Routier fit d'abord un curetage pour une endométrite hémorragique; les pertes cessèrent, mais les règles reparurent. La malade se croyait néanmoins enceinte et revint consulter. M. Routier constata l'existence d'une tumeur latérale à l'utérus, qu'il diagnostiqua grossesse extra-utérine. La laparotomie donna encore un succès. Enfin, dans le quatrième cas, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine de trois mois qui fut opérée également par la laparotomie.

La deuxième variété de grossesse extra-utérine est l'hématocèle vulgaire, de beaucoup plus fréquente que la première variété. De ces hématocèles, les unes sont manifestement habitées par des embryons. Chez d'autres, les plus nombreuses, on ne trouve que des caillots et de rares débris placentaires plus ou moins transformés.

M. Routier avait réuni, lors du dernier Congrès de chirurgie, 126 cas d'incision du cul-de-sac vaginal postérieur pour lésions rétro-utérines. Dans ce nombre, il y avait 24 hématocèles et 3 fois seulement l'opérateur y a rencontré des fœtus mesurant 10, 12 et 15 centimètres.

Dans un premier cas, la malade avait d'abord refusé de se laisser opérer d'une hématocèle rétro-utérine. Un mois plus tard, il s'était produit des phénomènes péritonitiques. M. Routier fit l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, mais au moment de faire cette incision, il pensa qu'il pourrait bien s'agir là d'une grossesse extra-utérine. L'opération montra le bien-fondé de cette hypothèse. Il sortit, en effet, à la suite de l'incision, des caillots noirâtres renfermant un fœtus au milieu d'eux. Les bords du kyste fœtal furent pincés, on le bourra de gaze iodoformée et aujourd'hui la malade va bien.

Quelques jours après avoir opéré cette malade, il s'en présenta une autre avec tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine remarquable, parce que le cul-de-sac vaginal était effacé et qu'une tumeur du petit bassin remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. M. Routier pensa néanmoins qu'il y avait là une tumeur unique. Il ouvrit donc, toujours par le vagin, il sortit des caillots noirs, il mit le doigt dans la poche et crut sentir dans cette poche un fœtus, ce qui lui rappelait le cas précédent. Mais il n'eut cette sensation qu'une seule fois; à la vérité, aucun fœtus ne sortit. Seize jours plus tard, en faisant le nettoyage de la poche ainsi ouverte, sortirent de nouveau des caillots; toujours pas de fœtus. Enfin le vingtième jour après l'incision, l'interne, M. Schmitt, retira un fœtus d'une dizaine de centimètres de long. Cette malade a finalement guéri en totalité. Mais ce ne sont là, en vérité, que des hématocèles habitées.

Donc dans tous ces cas, l'incision dans le cul-de-sac postérieur suffit pour extraire les caillots et le fœtus.

A côté de ces cas d'hématocèles habitées, il y a les faits d'hématocèles rétro-utérines cataméniales simples. On ne trouve pas de fœtus. Le traitement est le même que dans la catégorie précédente.

M. Routier a observé un cas d'hématocèle anté-utérine. L'incision doit être faite par le vagin, dans le cul-de-sac an-

térieur. On peut, il est vrai, intervenir aussi par la laparotomie, mais l'incision vaginale a l'avantage d'attaquer la tumeur par un point déclive; le drainage est plus facile.

Quand il y a plusieurs poches, il faut savoir les chercher, les trouver et les ouvrir.

M. Routier n'a jamais perdu une seule malade pour hématocèle. Une fois seulement, il a eu une alerte vive. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'une hématocèle rétro-utérine. On fit une incision vaginale; il sortit des caillots noirs. Mais il resta un kyste, sensible par l'abdomen; M. Routier l'ouvrit, et il sortit du pus. Il voulut agrandir l'ouverture de ce kyste quand il sortit un énorme jet de sang artériel. La compression de l'aorte suffit à arrêter l'hémorragie. La malade, malgré cet incident, a fort bien guéri.

Chez une autre malade, il sortit par l'incision abdominale une sorte de vésicule que M. Routier prit pour la poche qu'il cherchait. Il ouvrit cette poche et fut stupéfait de voir qu'il avait ouvert la vessie. Il eut beau suturer cette vessie, sa malade n'en conserva pas moins une fistule urinaire suspubienne qui dura longtemps et ne guérit que six mois après.

En somme, toutes les fois qu'une hématocèle rétro-utérine ne tend pas à la guérison au bout de cinq à six semaines, il faut opérer et intervenir par l'incision vaginale, vider la poche et drainer. Quand il s'agit d'une grossesse extra-utérine donnant lieu à une tumeur abdominale, il faut faire la laparotomie.

M. SCHWARTZ fait une courte communication dans laquelle il défend les mêmes idées que M. Routier.

A une période avancée, dit-il, la grossesse extra-utérine doit être traitée par la laparotomie. Quand, vers le cinquième ou sixième mois, la grossesse tubaire se complique de rupture et d'hémorragie intra-péritonéale, le diagnostic est certes difficile, mais il n'est pas impossible et, parmi les signes qui doivent particulièrement attirer l'attention, l'orateur insiste sur les métrorragies.

Dans trois ou quatre cas, il a pu faire le diagnostic, il a opéré, et ses malades ont guéri.

Si la grossesse n'est pas rompue, on pourra la prendre pour une salpingite, et la laparotomie s'impose encore.

A côté de ces faits, il en est une autre catégorie fort importante : c'est celle des hématocèles proprement dites, consécutives à la rupture d'une grossesse tubaire vraie, ou d'un hématosalpinx ou grossesse sans fœtus. Il y a hémorragie et l'hématocèle ainsi constituée peut être, par rapport à l'utérus, antérieure, latérale ou postérieure.

Dans les deux premiers cas, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

S'il s'agit d'hématocèle rétro-utérine, bombant dans le cul-de-sac postérieur, deux cas peuvent se présenter : 1° l'hématocèle n'est pas définitivement constituée et la tumeur subit des poussées successives, dues à de nouvelles hémorragies dans la poche; 2° l'hématocèle est définitivement constituée et se trouve parfaitement circonscrite. Dans le premier cas, lorsque l'épanchement sanguin est en voie de formation, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Dans le second, l'incision vaginale est le traitement de choix. M. Schwartz a eu recours, depuis dix ans, quinze fois à cette dernière et en est très satisfait; comme ses collègues, il croit qu'il ne faut pas insister sur un nettoyage complet.

En résumé, il formule les conclusions suivantes :

1° Hématocèle rétro-utérine bien circonscrite et arrêtée dans sa marche : incision vaginale.

2° Hématocèle proéminante dans l'abdomen (latérale, antérieure) : laparotomie.

3° Hématocèle en voie d'évolution : laparotomie.

M. SEGOND, après avoir critiqué quelques opinions émises dans le rapport de M. Picqué et portant sur des points de peu d'intérêt arrive au fond même du débat.

Il ne croit pas que, au point de vue du diagnostic, il soit toujours facile de distinguer l'hématocèle puerpérale, ou grossesse extra-utérine rompue, de toute autre hématocèle. Mais le diagnostic opératoire, le seul important, est en général facile.

Quant à la grossesse tubo-interstitielle, anomalie des plus rares, elle ne saurait se diagnostiquer qu'au cours même de la laparotomie. Faudrait-il alors revenir à l'hystérectomie vaginale et fermer l'incision abdominale? M. Segond se prononce pour cette manière de faire, qui a, suivant nous, l'inconvénient d'être singulièrement complexe.

Après avoir terminé la partie critique de sa communication, M. Segond expose comment il comprend la question.

Il y a deux grandes divisions dans l'évolution de la grossesse extra-utérine : *a.* la grossesse avant le cinquième mois. *b.* La grossesse après le cinquième mois.

Avant le cinquième mois, nous rencontrons d'une manière éclatante l'objection posée par MM. Reynier et Lucas-Championnière à la dernière séance. Mais ici, l'indication opératoire se pose et il faut opérer. Puis, comme nous supposons que cette grossesse n'est pas compliquée de rupture, elle peut se présenter dans deux circonstances :

a. Il y a absence de symptômes, on en a vu des cas. Mais, le plus souvent, il y a, dès le deuxième mois, les symptômes d'une tumeur du petit bassin qui est unilatérale et qui demande l'opération. Il faut faire ici la laparotomie, cela est évident.

b. La grossesse se présente avec des complications. Ou bien il s'agit d'une hémorragie intra-péritonéale grave, qu'il faut également traiter par la laparotomie; ou bien, il s'agit une hématocèle, qui s'est produite à la suite d'une rupture. Pour ce dernier cas, M. Segond a une opinion ferme.

Il croit que l'incision large du cul-de-sac postérieur est une opération merveilleuse. Il lui est arrivé, ainsi, d'extraire des placentas et des fœtus.

A côté de ces cas d'hématocèles, il y a d'autres cas où l'on fait des réserves. On a le droit d'attendre, par exemple, quand on est en présence d'une hématocèle dans la poche de laquelle il se fait des hémorragies successives. Mais, même pour cette variété d'hématocèles, il croit qu'il faut faire l'incision rétro-utérine.

Maintenant, ces grossesses extra-utérines peuvent se compliquer de péritonite et de suppuration. Elles sont alors assimilables à des suppurations pelviennes. Pour ces cas exceptionnels, que l'on renouvelle la discussion sur les indications de la laparotomie et de l'hystérectomie, soit. Mais à ceux qui croient mieux de faire l'hystérectomie, il s'empresse de dire qu'il partage leur opinion.

Après le cinquième mois, il répète, ici encore, qu'il est moins préoccupé du diagnostic de l'étiquette que du diagnostic opératoire. Il ne s'agit plus maintenant de savoir si l'on interviendra par l'abdomen ou par le vagin. Tout le monde sait qu'il faut suivre la voie abdominale.

Mais, voici les casiers de cette seconde grande classe de grossesse extra-utérine :

a. D'abord le cas idéal : grossesse à terme, fœtus vivant, on sauve la mère et on retire un enfant vivant. Ce cas s'est présenté à M. Segond, mais il convient qu'il est exceptionnel. Le seul point délicat, en pareil cas, c'est de savoir s'il faut attendre le terme de la grossesse et différer l'opération. Or cela dépend de l'état de la mère.

b. Il s'agit d'un fœtus mort. Ici, pas d'hésitation. Il faut faire la laparotomie. Une petite discussion, cependant, pourrait s'engager sur le fait de savoir comment il faut se comporter quand le fœtus est mort depuis longtemps.

c. Il s'agit de la rupture secondaire d'un kyste fœtal. Ici, la la paromie; quant au placenta, il vaut mieux le laisser s'éliminer en marsupialisant la poche.

Si la grossesse ectopique est rompue, la laparotomie est encore l'opération de choix.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Appendicite familiale. — M. BRUN présente un appendice iléo-cæcal dont il a pratiqué l'ablation dans les conditions suivantes : un homme de quarante ans était pris, dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, de douleurs abdominales et de vomissements. M. Faisans, appelé aussitôt, constata, à l'examen du ventre, l'existence d'un point douloureux à la pression, au niveau de la fosse iliaque droite; il porta le diagnostic d'appendicite. M. Brun vit le malade dans la matinée du 1er janvier; les vomissements avaient cessé, les douleurs abdominales spontanées avaient disparu, il n'y avait pas de fièvre, mais à la palpation de la fosse iliaque on constatait une contraction défensive de la paroi, sans aucune tuméfaction. Bien que trois jours plus tard tous les symptômes eussent absolument disparu, ils furent d'accord, M. Faisans et lui, pour proposer la résection de l'appendice, un frère du malade ayant succombé, il y a quinze mois, à une péritonte septique d'origine appendiculaire. M. Brun pratiqua l'opération le 19 janvier, après trois semaines d'accalmie complète, et trouva un appendice volumineux, turgescent, libre de toute adhérence, dans l'intérieur duquel se trouvaient trois boulettes de matières fécales. Il a pensé qu'il y avait intérêt à présenter cette pièce : 1° en raison de la disproportion existant entre les symptômes et les lésions; 2° parce qu'elle lui paraît un exemple évident d'une forme particulière d'appendicite, l'appendicite familiale dont il serait intéressant de multiplier les exemples.

A la suite de la communication de M. Brun, MM. Routier, Tuffier, Quénu et Berger rappellent des cas semblables. Un nouveau chapitre va donc s'ouvrir sur l'appendicite, sous l'étiquette d'appendicite familiale.

Gastro-entérostomie. — M. QUÉNU présente les pièces d'une malade atteinte de cancer du pylore, à laquelle M. Sébileau fit, au mois de septembre dernier, une gastro-entérostomie. Au cours de l'opération, la branche mâle du bouton de Murphy s'échappa dans l'estomac. Néanmoins, l'opération eut un plein succès. Au mois de décembre, la malade a été prise de vomissements incoercibles. Elle est devenue très cachectique, et finalement elle est morte de cachexie cancéreuse.

M. Quénu insiste sur les deux points suivants :

a. Les boutons de Murphy qui tombent dans l'estomac n'apportent aucune gêne au fonctionnement de cet organe ni à la communication créée contre l'estomac et le jéjunum. M. Quénu a déjà rapporté un cas de ce genre.

b. Les vomissements ultérieurs que la malade a présentés ont été dus à la récidive du cancer et non à l'oblitération de la fistule.

Ostéome de la cuisse. — M. DELORME présente un ostéome de la partie supérieure de la cuisse, développé à la suite d'une rupture musculaire.

Cet ostéome recouvrait le moyen adducteur et il s'insérait à l'union de l'ischion et de la branche descendante du pubis.

Grossesse extra-utérine. — M. BAZY présente enfin une pièce de grossesse extra-utérine rompue dans le péritoine et pour laquelle il a pratiqué la laparotomie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Klippel, Toupet et Barbier.

— Par décret, en date du 24 janvier 1896, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Prat, Pfihl, Gueit, Alix, Baril, Guézennec et Duplouy.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Bonnescuelle de Lespinois, Barrat, Caire, Gaillard, Gorron, Houdard et Brochet.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 janvier 1896 :

1° Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Dijon;

2° Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant l'École de médecine de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie, à ladite école.

— Le ministre de la Guerre a décidé que les étudiants en médecine, renvoyés dans leurs foyers après une année de service militaire, doivent être de tout point considérés comme disponibles. Ces étudiants peuvent donc, s'ils ont subi avec succès l'examen d'aptitude professionnelle, être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, avant leur passage dans la réserve, et seront convoqués comme tels pour accomplir la période réglementaire d'instruction de quatre semaines.

— La Faculté de médecine de Paris a décerné les prix suivants :

Prix Barbier. — A titre de récompense : 750 francs à MM. Despagnet et Valois, et 750 francs à M. Sandoz. — A titre d'encouragement : 200 francs à M. Janet; 200 francs à M. le docteur Gaillard; 100 francs à M. Levassort.

Prix Jeunesse (histologie) : — M. Wurtz. — (Hygiène) : 400 francs à M. le docteur Cartier; 300 francs à M. le docteur Mosny; 300 francs à M. le docteur Renon; 300 francs à MM. Girard et Bordas; 200 francs à Mme Pokitonoff.

Prix Châtauvillard. — 1 000 francs à MM. les docteurs Gouguenheim et Glover; 300 francs à M. le docteur Teissier; 300 francs à M. le docteur Veillon. — Mentions honorables : MM. Baudron, Imbert, Lagrange, Lyon et Martin-Durr.

— Le banquet offert à M. Lancereaux est reporté au samedi 8 février, à sept heures trois quarts, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées.

— Un banquet offert à M. le docteur Blache, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, aura lieu le 11 février prochain, à sept heures et demie du soir, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées. — Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Adresser les adhésions à MM. Richelot, 32, rue de Penthièvre; Picqué, 8, rue de l'Isly; Thibierge, 7, rue de Surène; Léon-Petit, 73, faubourg Saint-Honoré; Derecq, 37, avenue Friedland; Pauchet, interne à l'hôpital Lariboisière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Brelet, ancien secrétaire général de l'Assistance publique; et de MM. les docteurs Dubron, médecin de l'Hôtel-Dieu de Roubaix; et Prengrueber, ancien rédacteur en chef du « Bulletin médical », et chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — JEUDI 30 JANVIER 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 30 JANVIER 1896. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jaccoud attire l'attention sur une des causes de contagion de la tuberculose pulmonaire : le séjour hospitalier; il demande la suppression des poussières dans les salles d'hôpitaux. Depuis dix ans, M. Duguet a obtenu ce résultat. M. Nocard rappelle, au point de vue vétérinaire, le danger reconnu de réunir des tuberculeux à d'autres malades. M. Tarnier fait observer, à son tour, que, dans les constructions d'hôpitaux, on devrait éviter toutes saillies, corniches, etc., où s'accumulent les poussières.

Signalons la note de MM. Barthélemy et Oudin sur les photographies à travers les corps opaques. Il y a là une méthode qui a déjà donné à M. Lannelongue de bons résultats : 1° fémur atteint d'ostéomyélite ; quelques plaques blanches au milieu de l'ombre projetée par l'os prouvent que la destruction de la matière osseuse se fait du centre à la périphérie; 2° affection tuberculeuse du doigt chez un enfant; 3° ostéite tuberculeuse du carpe.

Que donneront ces recherches de Röntgen? Nous sommes encore à l'heure de la réserve ; attendons.

L'Académie a enfin élu comme correspondants nationaux dans la deuxième division : MM. Gross (de Nancy) et Poncet (de Lyon). Nous sommes heureux d'applaudir à ce résultat que rend très remarquable la valeur des concurrents.

HOPITAL LAENNEC. — M. RICARD.

Deux cas de suppuration froide non tuberculeuse.

On a coutume de considérer comme étant tuberculeuses les suppurations froides et chroniques. Cette opinion est tellement acceptée par tous qu'abcès froid est devenu synonyme d'abcès tuberculeux. Néanmoins, quelques faits bien observés étaient venus jeter le doute dans les esprits et la Société de chirurgie avait proposé pour un concours de prix cette question : Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux? La réponse serait aujourd'hui facile, grâce à de nombreux faits minutieusement contrôlés par l'examen bactériologique. Notre intention n'est pas de reprendre la question, qui a été magistralement traitée dans ce journal, par M. Mauclaire, dans une savante Revue générale (1). Nous nous contenterons d'apporter deux faits nouveaux, intéressants parce qu'ils ont été bien étudiés bactériologiquement par notre interne M. Longuet, et aussi parce que, les abcès s'étant développés dans des ganglions du cou, siège si fréquent de localisation tuberculeuse, le diagnostic clinique avait pu présenter quelque difficulté.

OBSERVATION I. — G... (Auguste), trente-huit ans, porteur aux Halles, entre le 22 février 1895 à la salle Malgaigne. Il porte dans la région sous-angulo-maxillaire du côté droit une tuméfaction assez régulièrement arrondie, du volume d'un œuf, n'offrant à sa surface aucune trace de rougeur. A la palpation, on constate que cette tuméfaction est manifestement fluctuante, qu'elle adhère à la peau et offre un diverticule qui se prolonge sous la face profonde du muscle sterno-cléido-mastoïdien, où elle semble avoir pris son point de départ.

L'examen de la cavité buccale, des dents, de l'amygdale, du pharynx, ne révèle pas la porte d'entrée de cette infection. Le malade n'accuse aucune espèce de douleur, ni même de gêne. Pas de contracture musculaire, pas de fièvre. Par contre, l'etat général est assez peu satisfaisant, l'amaigrissement notable et, malgré l'absence de signes stéthoscopiques, on aurait pu penser à la nature tuberculeuse de cette collection, bien que l'infection fût cantonnée à un seul ganglion, tous les autres paraissant cliniquement indemnes. — Interrogé, le malade dit, et il est très précis dans ses réponses, que la tuméfaction remonte à un mois et demi, qu'elle s'est développée insidieusement, augmentant régulièrement et progressivement de volume, sans frisson ni fièvre, sans la moindre douleur, sans la plus petite gêne; et la raison qui l'engage à entrer à l'hôpital n'est autre qu'une disgracieuse difformité.

L'incision, après désinfection des téguments, donne évacuation à du pus grumeleux, jaunâtre, épais, qui, recueilli en pipettes stériles, fut immédiatement ensemencé sur les milieux de culture usuels.

Les résultats de l'examen bactériologique furent les suivants : l'examen lamellaire du pus montra un grand nombre de cocci prenant bien les matières colorantes et restant colorés par la méthode de Gram. Ces cocci sont réunis en chaînettes très courtes de trois à cinq éléments; beaucoup d'entre eux sont en diplocoques. La recherche du bacille de Koch fut infructueuse.

Les cultures donnèrent en vingt-quatre heures de nom-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, n° 15.

breuses colonies et chacune de celles-ci se montra constituée par le même streptocoque en courtes chaînes de trois à cinq éléments. Sur gélose, on obtint tout un semis de grains blanchâtres. Pas de liquéfaction de la gélatine, aucun résultat sur pomme de terre. Par le procédé des boîtes de Pétri, on ne constata qu'une seule espèce de micro-organisme, le streptocoque en culture pure.

L'inoculation de un centimètre cube d'une première culture récente, sur bouillon, dans le tissu cellulaire du cobaye ne produisit qu'une minime induration sans abcès.

Dans le présent cas, le streptocoque n'était nullement atteint dans sa végétalité, mais sa virulence était très notablement atténuée.

Obs. II. — H... (Louis), vingt ans, imprimeur, entre le 7 mars 1895, à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne, n° 39. Ce malade offre une énorme tuméfaction diffuse des régions antéro-latérales du cou, formant un vaste collier qui, au premier abord, rappelle celui de certains lymphadénomes. Sur cette tuméfaction étalée assez régulièrement, on distingue une bosselure surajoutée dans la région rétro-angulo-maxillaire droite. La coloration des téguments est normale, sauf au niveau de cette bosselure, où la peau est sombre et violacée.

Au palper, on perçoit une plaque indurée occupant toute la moitié antéro-latérale gauche du cou, sans limite précise, recouverte entièrement par le muscle sterno-cléido-mastoïdien qui se contracte aisément à sa surface. La tuméfaction se dégage de la face profonde de ce muscle au niveau de son bord antérieur et, de là, elle se propage en dépassant la ligne médiane jusqu'à la clavicule droite. En hauteur, cette plaque remplit toute l'échancrure qui sépare la clavicule du maxillaire. Dans cette sorte de plastron, on peut, par la pression du doigt, déterminer deux zones dépressibles indiquant qu'en ces endroits le pus s'est collecté.

Du côté droit la bosselure, du volume d'un œuf, est manifestement fluctuante et semble menacer de s'ouvrir spontanément. Au-dessous de cette collection, et se prolongeant jusqu'à la clavicule, il existe aussi une induration en plaque sans zones de dépressibilité. Pas trace d'adénite dans les régions axillaires, inguinales, etc.

Cette vaste collection ne détermine aucune espèce de trouble fonctionnel, absence totale de douleur, absence de contracture, pas de gêne dans les mouvements du cou, ni dans ceux de la mâchoire.

A l'interrogation, nous apprenons que le début remonte à un mois et demi environ et qu'il n'existait, avant cette date, aucune induration appréciable dans le cou. Peu à peu, une grosseur se développa du côté gauche et augmenta régulièrement de volume, jusqu'à former cette volumineuse saillie qu'on constate aujourd'hui. Ni le début, ni l'évolution n'ont été marqués par la moindre douleur. La porte d'entrée paraît avoir eu lieu soit par deux molaires cariées, qui existent du côté gauche, soit par des plaques muqueuses pour lesquelles le malade dit avoir été soigné il y a quelques mois. Nous n'avons cependant pu décéler la présence d'aucun chancre, ni de stigmates de syphilis.

L'état général est celui d'un jeune homme très pâle et très amaigri. Bien que l'examen attentif des poumons n'ait révélé aucune lésion, l'aspect du malade, joint à la notion de l'évolution insidieuse de cette masse polyganglionnaire, fait craindre la nature tuberculeuse de ces lésions. Le 8 mars, incision de la bosselure fluctuante; pus grumeleux, jaunâtre, crémeux.

Le 10 mars, le plastron du côté gauche se ramollit et est incisé également; même aspect du pus.

Examen bactériologique. — Nous pratiquons d'abord l'examen du pus, provenant de la collection du côté droit. A l'examen lamellaire, il est impossible de trouver de micro-organisme. Les cultures sur divers milieux donnent lieu, après quarante-huit heures seulement, à de très petites colonies, qui cessent de se reproduire au troisième ensemencement. Quelques-unes de ces colonies examinées isolément ne montrent qu'une seule variété : un streptocoque en chaînettes longues de 10 à 12 éléments, prenant bien les matières colorantes et le Gram.

L'inoculation de ce pus dilué dans un bouillon stérile, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le péritoine de cobayes, n'a été suivie d'aucun effet, ce qui témoigne, en outre d'une perte de virulence du streptocoque, de l'absence de bacille de Koch que nous n'avons pas retrouvé non plus dans l'examen lamellaire.

Mêmes recherches avec le pus provenant de la collection gauche. Mais ici, à l'examen lamellaire, les cultures révèlent des streptocoques très nombreux et très végétants. L'inoculation cependant n'a produit non plus aucun résultat.

Le malade a parfaitement guéri et la région du cou a repris ses dimensions normales.

Ainsi donc voici deux observations d'adénites suppurées du cou, que leur siège et leur évolution clinique auraient pu faire étiqueter comme étant de nature tuberculeuse, et cependant l'examen bactériologique a démontré qu'il s'agissait d'une infection par le streptocoque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATION

Origine hospitalière de la phtisie pulmonaire. — M. Jaccoud a toujours insisté sur la constante incertitude de l'origine hospitalière de la phtisie. Il rapporte aujourd'hui trois cas où la phtisie pulmonaire semble avoir été contractée évidemment dans le milieu hospitalier et cependant, en dernière analyse, la certitude, à son avis, s'efface et est remplacée par une simple possibilité. On ne peut prétendre ici, malgré les apparences, à la rigueur des faits expérimentaux.

Dans ses trois observations, il trouve un même fait : une affection accidentelle, de nature inflammatoire, d'origine traumatique, qui évolue normalement. Une période silencieuse fait suite à ce début, pendant laquelle on ne constate pas la présence de bacilles, puis le tableau change peu à peu; la phtisie se révèle par des signes d'abord douteux, mais que la constatation du bacille de Koch dans l'expectoration rend bientôt certains.

L'autopsie enfin vient démontrer, en dernier lieu, l'absence de tout foyer tuberculeux ancien et la nature bacillaire des lésions ayant leur origine dans le foyer inflammatoire primitif. La constatation d'une pareille succession de faits, par le même observateur, ne se trouve dans aucun cas publié antérieurement.

M. Duguet. A l'étranger, on a obtenu la suppression des poussières et, depuis dix ans, il est arrivé au même résultat en supprimant le balayage, qui est une cause puissante de dissémination des poussières. Les planchers de ses salles sont calfatés, vernis; on les lave à grande eau ou on les nettoye avec de la sciure de bois mouillée.

LECTURE

Photographie à travers les corps opaques. — M. Fournier lit, au nom de MM. Barthélemy et Oudin, une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1896.

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Auscher; interne : M. Binot; externes : MM. Voisin (H.), Bernard (Art.), Bonniot, Miot, Camus, Hermette, Laubet, Souberbielle, Logerot.

Médecin : M. Proust; interne : M. Cavasse; externes : MM. Tathéossian, Morillo, Lourier, Guénard, Feurtet.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Vermorel; externes : MM. Drouet, Robert (Jean), Strohéker, Bricet, Gloppe, Mesnard.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Théohari; externes : MM. Dimitrescu, Nafilian, Périetzéanu, Querneau, Raimond.

Médecin : M. Straus; interne : M. Auclair (Jules); externes : MM. Montais, Guériteau, Herrenschmidt, Javal, Tridon, Theuveny.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Griffon; externes : MM. Dolbeau, Constantinesco, Heulin.

Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Cazin; internes : MM. Pouquet, Ombredanne, Bigeard, Bize; externes: MM. Aoustin, Braye, Grenet, Guillain, Garoflid, Lemesle, Roux (Ch.), Stini, Babonneix.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Terson; internes : MM. Lévy (Samuel), Le Für, Brin; externes : MM. Serini, Jeannulatos, Campos, Castan, Jacovidès, Maréchal.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Keim, Dartigues; externes : MM. Mayer (Paul), Follet (René), Inglessi, Bobo, Mlle Cohn, M. Zannellis.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Célos; externe : M. Poujade. — Chirurgie. Externes : MM. Guénot, Foisy.

Hôtel-Dieu Annexe. — Médecin : M. Ménétrier; interne provisoire : M. Guilbaud; externes : MM. Balthazar, Masselon, Chevalier (P.). Hulleu.

Médecin : M. Duflocq; interne provisoire : M. Monthus; externes : MM. Lœwy, Pagniez, Athanasiu, Silvie.

Accoucheur : M. Varnier; interne provisoire : M. Rudaux; externes : MM. Raimondi, Fernique, Marotte.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Lesage; chef de clinique adjoint : M. Thiroloix; interne : M. Fauquez; externes : MM. Daniel, Stoïcescu, Sikora, del Pozo, Fougères, Chéruy.

Médecin : M. Robin; interne : M. Kuss; externes : MM. Gaultier (René), Dupuy, Gamblin, Wateau, Maurage, Guillot (Hipp.), Bournigault.

Médecin : M. Faisans; interne : M. Gandy; externes : MM. Bron, Auffray, Subercaze, Guisez, Lenormant, Bourgeois, Lajaunie.

Médecin : M. A. Petit; interne : M. Piatot; externes : MM. Viaud-Grand-Marais, Jalabert, Silhol, Houdé, Pochon.

Médecin : M. Babinski; interne : M. Levrey; externes : MM. Pupier, Mirande, Brun, Duval.

Médecin : M. Thibierge; interne : M. Cestan; externes : MM. Morély. Drouin, Guyot, Devignevielle.

Chirurgien : M. le professeur Berger; chef de clinique : M. Reblaud; internes : MM. Mouchet, Fredet, Marion; externes : MM. Slatinéanu, Sicard (Justin), Blandeau, Baup, Huguier, Ordoin, Mettey, Housquains.

Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Gosset, Wiart, Lardennois; externes : MM. Gougis, Sentex, Anghel, Caubet, Pécharmant, Jalaguier.

Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Benoit; externes : MM. Sicard (Gabriel), Lefèvre.

Consultation. — Médecine. Externes : MM. Croisier, Le Tellier. — Chirurgie. Externes : MM. Dufour, Calvé.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Teissier; chef de clinique adjoint : M. Martin-Dürr; interne : M. Nobécourt; externes : MM. Baudelot, Serbanescu, Arnal, Mahu.

Médecin : M. Constantin Paul; interne : M. Rébreyend; externes : MM. Leduc, Ranson, Vast, Mlle Marein, MM. Lalande, Bardon.

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Mourette; externes : MM. Berthier, Pitance, Lacaille, Lucius.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Tissier (H.); externes : MM. Bratiano, Kermektchieff, Barrault.

Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Magdelaine; externes : M. Roché, Mlle Pariselle, MM. Garin, Roglet.

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Dupuy-Dutemps; externes : MM. Ferrari da Grado, Khorassandgi, Gentin, Mircousch.

Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Rieffel; internes : MM. Gesland, Barraduc, Veau; externes : MM. Meuriot,, Loiseau, Chifoliau, Alivizatos, Fournié (J.)., Léger, Galca.

Chirurgien : M. Desprès; internes : MM. Coyon, Guillemot; externes : MM. Parmentier, Moureyre, Barrieu, Crotet.

Accoucheur : M. Porak; interne : M. Siron; externes : MM. Dumas (Pierre), Duclos, Ozo, Hémet.

Consultation. — Médecine. Externes : MM. Leroy (Louis), Parent. — Chirurgie. Externes : MM. Lobligeois, Lecœur.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Parmentier; interne : M. Lenoble; interne provisoire : M. Zadok; externes : MM. Tharp, Herscher, Lehmann, Heitz, Turquet, Dreyer-Dufer.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Kahn; externes : MM. Goujon, Caboche, Quiserne, Duvernoy, Dezirot.

Médecin : M. Letulle; interne : M. Dominici; externes : MM. Janot, Spindler, Prudhomme, Nattan, Bergeron.

Médecin : M. Brissaud; interne : M. Lantzenberg; externes : MM. Mauchamp, Faure (Élie), Tissot, Furet.

Médecin : M. Ballet; interne : M. Bodin; externes : MM. Oppenheim, Bastin, Bessonnet, Thouvenet.

Médecin : M. Siredey; interne : M. Le Roy; externes : MM. Hélie, Goupille, Coudert (Émile), Sallé, Balli.

Médecin : M. Lermoyez; interne : M. Griner; externes : MM. de Lorgeril, Moret (Armand), de Gorsse, Poirson.

Médecin : M. Gaucher; interne lauréat : M. Sergent; interne : M. Villière; externes : MM. May, Lacapère, Letellier, Barbarin.

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Chabry, Monod (Fernand), Vanverts; externes : MM. Pestemalzoglu, Alexandre, Bonnel, Courtellemont, Glin, Roux.

Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Blanc, Termet, Vouzelle; externes : MM. Bisch, Wegbécher, Couillard, Neveu, Mlle Tobolowska, M. Bourgain.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Hauser; externes : MM. Desmaroux, Dezon. — Chirurgie. Externes : MM. Lochelongue, Chalochet, Schwob, Pierrot.

Hôpital Necker. — Médecin : M. Cuffer; interne : M. Chevereau; externes : MM. Veeck, Baranger, Maucotel, Aubert.

Médecin : M. Huchard; interne : M. Baillet; externes : MM. Maury, Zacchiri, Letourneur, Vassaux.

Médecin : M. Rendu; interne : M. Funck-Brentano; externes : MM. Posth, Leraitre, Labbé, Brusset, Texier.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Apert; externes : MM. Mousseaux, Matza, Leven, Bizet, de Rothschild.

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Brodier; internes : MM. Guinard, Petit (Raymond), Proust; externes : MM. Arnoux, Cuqu, Girard (Joseph),

Le Sourd (François), Le Sourd (Louis), Godineau, Watelet, Thiollier.

Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Chevalier; internes : MM. Escat, Pasteau, Imbert; externes : MM. Brécy, Guessarian, Paquet, Le Masson, Hanotte, Barbin, Motz.

Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Diriart, Chauvel; externes : MM. Desjardins, Chauveau, de Milly, Petit (Paul), Meyer (R.), Girod.

Consultation. — Médecine. Externes : MM. Ertzbischoff, Poulain. — Chirurgie. Externes : MM. Saint-Cène, Larigaudry.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Chauffard; internes : MM. Bonnus, Ramond; externes : MM. Froussard, Lejonne, Viollet, Lereboullet, Malméjac, Ravaut, Margnat.

Médecin : M. Richardière; interne : M. Faitout; externes : MM. Morlet, Cistrier, Gouffier, Courtois.

Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Mermet, Lacour; externes : MM. Mathé, Esmonet, Reyt, Ferry, Pertat.

Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Lenoir, Schmid, Robineau; externes : MM. Guerlain, Jully, Goudard, Mutzner, Lustgarten, Faraut, Schultz.

Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Demantké, Planque; externes : MM. Gabory, Guéniot, Saias.

Service temporaire. — Médecin : M. Gilles de La Tourette; interne provisoire : M. Iselin; externes : MM. Audard, Baudrand.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Lenglet; externe : M. Alquier. — Chirurgie. Externes : MM. Monod (Adrien), Sibut, Asselineau, Leh.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Fernet; interne : M. Derocque; externes : MM. Nicolaïdi, Planchon, Bouvet, Baron.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Mortagne; externes : MM. Labey, Rivet, Guilmard, Hurtaud, Paris, Arago.

Médecin : M. Debove; interne : M. Bensaude; externes : MM. Mulon, Gleize, Perrée.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Sicard (Athanase); externes : MM. Mouille, Bizard, Tardif.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Ferron, Lorrain; externes : MM. Nazare-Aga, Derome, Maire, Henry, Cocurat.

Chirurgien : M. Anger (Théophile); internes : MM. Auclair, Bonamy; externes : MM. Bouteillier, Fromageot, Foulon, Fonvielle, Magnan, Bufnoir.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Angélesco, Barozzi; externes : MM. Culianu, Poulain, Lebœuf, Durand-Viel, Beaugrand, Geoffroy-Saint-Hilaire, Zimmern, Mauger.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; interne : M. Bouchacourt; externes : MM. Lourdin, Bluysen.

Chirurgie (chroniques). Interne provisoire : M. Le Dard; externe : Mme Monnier.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Delestre; externes : MM. Cartier, Wahl. — Chirurgie. Externes : MM. Pierreson, Ramond.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Duguet; interne : M. Fournier (Edm.); externes : MM. Delabost, Lippmann, Charpentier, Palle, Gosselin.

Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Desveaux; interne provisoire : M. de Font-Réaulx; externes : MM. Goizet, Bouchard, Heuzard, Percheron, Dubost, Ratynski, Grosjean, de Nittis.

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Emery; externes : MM. Mercier, Rousseau, Jacowski, Briens, Salmon.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Long; externes : MM. Gil, Laubry, Balencie, Lévy-Valencie, Richard (A.), Weill (André), Teisseire.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Macrez; externes : MM. Tintrelin, Verdin, Dardel, Compoint.

Médecin : M. Muselier; interne : M. Papillon; externes : MM. Hauviller, Millot, Cathala, Levesque.

Chirurgien : M. Perier; internes : MM. Page, Cottet; interne provisoire : M. Larrieu; externes : MM. Dauphin, Robert (Léonce), Druelle, Guieysse, Roubaud, Le Gambier, Deyber, Carret.

Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Terrien, Guillemin; externes : MM. Ehrmann, Thomas (Jacques), Audiganne.

Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Leblanc, Pissavy; externes : MM. Coustols, Pamard, Férouelle, Gadaud, Vivier.

Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Fauvel, Estrabaut; externes : MM. Salmon, Heitz (M.), Savignat, Schwanhardt, Géraudel, Nikonoff.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Le Damany; externes : MM. Noisette, Michel, Dériaud, Guillermin.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Chastanet; externes : MM. Quentin, Bertrand. — Chirurgie. Externes : MM. Royer, Lecornu.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Talamon; interne : M. Guillemot (Louis); externes : MM. Richard, Rabant, Mlle Tylicka, MM. Voisin (A.), Housselot, Brodier.

Médecin : M. Brault; interne : M. Riche; externes : MM. Roche, Linard, Montignac, Ozanne.

Médecin : M. Barié; interne : M. Got; externes : MM. Manuel, Abram, Bernard, Clément.

Médecin : M. Hirtz; interne : M. Lesné; externes : MM. Germond, Félizet, Monel, Rey.

Médecin : M. Martin (Hippolyte); interne : M. Martin (André); externes : MM. Latteux, Mouchotte, Petit (Paul), Lebard.

Médecin : M. Galliard; interne : M. Milian; externes : MM. Ombredanne, Bernard (H.), Marchand, Robillard, Thoizon.

Médecin : M. Delpeuch; interne : M. Sainton; externes : MM. Lebel, Halberchtadt, Marty, Dutar, Vaslet de Fontaubert.

Médecin : M. Bourcy; interne : M. Bertherand; externes : MM. Retournard, Huguet, Langlois, O'Followell, Vassal.

Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Branca, Lombard, Rosenthal; externes : MM. Combret, Lemaître, Mermier, Friaque, Lorot, Briais.

Chirurgien : M. N...; internes : MM. Ravanier, Batigne, Wintrebert; externes : MM. Chambon, Roche (Charles), Picart, Agavnian, Masson, Malterre.

Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Herbet, Zeimet, Ouvry; externes : MM. Tuefferd, Fachatte, Callais, Lachâtre, Lœper, Jacomet.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Baron; externes : MM. Gombault, Monod (Louis), Forestier.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Drouard; externe : M. Debienne. — Chirurgie. Externes : MM. Cormier, Bertier.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Landouzy; interne : M. Josué; externes : MM. Leroy des Barres, Fortunet, Bouchet, Gauthier, Aribat, Schwartz, Bernard.

Médecin : M. Gingeot; interne : M. Deguy; externes : MM. Barre, Rémoussenard, Résibois, Menu, Gauckler.

Médecin : M. Oulmont; interne : M. Hermary; externes : MM. Ménachem, Aron, Attal, Dufour-Labastide, Blottières.

Médecin : M. Merklen; interne : M. Venot; externes : MM. Grivot, Dévé, Tourlet, Legroux, Lortat-Jacob.

Chirurgien : M. Nicaise; internes : MM. Claisse, Héresco; interne provisoire : M. Nicaise; externes : MM. Français, Gouraud, Convelaire, Bertin, Milanoff, de Combarel.

Service temporaire. — Médecine. Interne provisoire : M. Poix;

externes : MM. Cotar, Raulin, Lefas, Léo, Sauvage, Lelong (Georges).

Consultation. — Médecine. Externes : MM. Kendirdgy, Cathelin. — Chirurgie. Externes : MM. Riou, Marais.

HÔPITAL BICHAT. — Médecin : M. Lacombe; interne : M. Constensaux; externes : MM. Boureau, Touchard, Raoux, Kassaboff, Leclerc.

Médecin : M. Roques; interne : M. Turnier; externes : MM. Guyotte, Weber, Chevrey, Brinon, Capart.

Chirurgien : M. Terrier; internes : MM. du Bouchet, Pagny, Dujon; externes : MM. Bernard, Prat, Arloing, Stanculéanu, Bentz, Ripault.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Guillemard; externe : M. Bluzat. — Chirurgie. Externes : MM. Soulier, Sudaka.

HÔPITAL ANDRAL. — Médecin: M. Mathieu; internes : MM. Descazals, Delamarre; externes : MM. Mercier, Chantemille, Le Maguet, Métivier, Lévy.

Consultation. — Médecine. Externes : MM. Barhet, Nass.

HÔPITAL BROUSSAIS. — Médecin : M. Barth; interne : M. Martin; externes : MM. Traverse, Chenal, Legros, Dauzats, Ribierre.

Médecin : M. Gilbert; interne : M. Grenet; externes : MM. Berthe, Morichau-Beauchant, Lamoureux, Petit, Schutzenberger.

Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Bellot, Morel; externes : MM. Signeux, Demerson, Herpain, Wildenstein, Coudray.

Consultation. — Médecine. Externes : MM. Besredka, Bellin. — Chirurgie. Externes : MM. Mascarel, Héron de Villefosse.

HÔPITAL D'AUBERVILLIERS. — Médecin : M. Roger; interne : M. Comte; interne provisoire : M. Tournemelle; externes : MM. Malartic, Blivet, Ball, Bertrand, Hentgen.

HÔPITAL HÉROLD. — Médecin : M. Gilles de La Tourette; interne : M. Haury; interne provisoire : M. d'Herbécourt; externes : MM. Bonnemaison, Tabary, Collard, Moulin, Dumas.

BASTION 29. — Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Terrien (Eugène); externes : MM. Degorce, d'Avellar, Ménétrel, Launet, Bouzanquet.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Médecin : M. Fournier; chef de clinique : M. Wickham; chef de clinique adjoint : M. Renault; internes : MM. Brouardel, Canuet; externes : MM. Alglave, Deschamps, Husson, Barash, Monod (Jean).

Médecin : M. Besnier; interne : M. Rist; externes : MM. Chicotot, Boricaud, Leroy (Eug.), Sorre.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Bureau; interne provisoire : M. Jousset; externes : MM. Vassor, Bony, Boury, Faivre.

Médecin : M. Tenneson; interne : M. Martinet; externes : MM. Blandin, Bergouignan, Bénéteau, Roy, Charpentier, Bonfils.

Médecin : M. du Castel; interne : M. Jacobson; externes : MM. Vangeon, Saurain, Chalmette, Girbe.

Médecin : M. Danlos; interne : M. Decloux; externes : M. Bert[illegible]n, Mme Romanescu, MM. Decorse, Robin.

Chirurgien : M. Marchand; internes : MM. Tissier, Junien-Lavillauroy, Roger; externes : MM. Valençon, Valle, Ignard, Peyre, Macrycostas, Mouthon.

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Pauchet, Laurens, Pochon; externes : MM. Kahn, Bernard, Viart, Toupart, Rinuy, Coronat.

Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Cocquelet, Cunéo, Caville; externes : MM. Lenoble, Vallat, Chardin, Lamouroux, Cherbétian, Trémolières, Mauban.

Accoucheur : M. Bar; interne : M. Boquel; externes : MM. Godeffroy, Lozé, Deslandes, Pasquet.

Consultation. — Chirurgie. Externes : MM. Lihou, Crouzon.

HÔPITAL RICORD. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Fontoynont; externes : MM. Brès, Merlet, Henriot.

Médecin : M. Balzer; interne : M. Druault; externes : MM. Millon, Blondin, Dupuy (Paul).

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Hepp; externes : MM. Giffard, Louste, Lambert, Manheimer.

HÔPITAL BROCA. — Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Ghéorghiu; externes : MM. Ducroquet, Milon, Poutckkow, Moulon, Chabret du Rieu, Juquelier, Duc-Dodon.

Médecin : M. Renault; interne : M. Bigard; externes : MM. Mannoni, Wagon, Fossier, Le Couëdic, Vaillant.

Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Collinet, Beaussenat, Caboche; externes : MM. Mercereau, Gosselin, Ferrand, Mihailesco, Boissier, Regnard.

Consultation. — Chirurgie. Externes : MM. de Lacroix, Williard.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — Accoucheur : M. Budin; internes : MM. Chéron, Gibert.

Médecin : M. Charrin; interne : M. Millet.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. — Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Bouffe de Saint-Blaise; externes : MM. Cels, Bastard, Caillard, Clavaud-Ribourgeon, Ansselin, Palas.

HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Chirurgien : M. le professeur Tarnier; chef de clinique : M. Dubrisay; externes : MM. Orlowski, Jolly, Rabaud, Chevallier, Costin, Briançon.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Médecin : M. Œttinger; interne : M. Mercier; externes : MM. Coudert, Pauly, Cotard.

Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Delmond-Bébet; externes : MM. Poulard, Girard, Rivalta.

Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Barnsby, Macé; externes : MM. Maudemain, Laugier, Gerbaud, Bargy.

Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Dujarier, Marchais; externes : MM. Fouquet, Mauté, Piedvache, Goubeau.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Boulloche (Pierre); chef de clinique adjoint : M. Renault; interne : M. Philippe; externes : MM. Lagrange, Cabrol, Milhiet, Denys, Zamfiresco.

Médecin : M. Jules Simon; internes : MM. Paul-Boncour, Lévy (Émile); externes : MM. Laclautre, Emmerich, Olgiati, Bourgeois, Mignon.

Médecin : M. Descroizilles : interne : M. Garnier (Marcel); externes : MM. Deck, Hugé, Beaujard, Géraud.

Médecin : M. d'Heilly; internes : MM. Monod (G.), Laroche; externes : MM. Fromageot, Cugnin, Dubois, Manet, Picandet.

Médecin : M. Moizard; interne : M. Rabé; externes : M. Polle, Mme Servant, MM. Costinesco, Fraleu.

Médecin : M. Sevestre; interne : M. Petit (René); externes : MM. Salles, Wibault, Ganault, Bigot.

Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Ulmann, Grisel; externes : MM. Ligerot, Detot, Sabatié, Genton, Bertrand, Brocard, Dardeau.

Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Chaillous (Maurice), Desfosses; externes : MM. Demaldent, Michaux, Assicot, Diel, Darbois.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Grosjean, Ménier, Véron.

Hôpital Moisselles. — Internes provisoires : MM. Mauger (Adrien), Gauchery.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Comby; interne : M. Frenkel; externes : MM. Schachmann, Choyau, Ferester, Delthil, Weinberg.

Médecin : M. Josias; internes : MM. Schæfer, Roux; externes : MM. Latruffe, Dardelin, Robert, Marchais, Rodiet.

Médecin : M. Netter; internes : MM. Carnot, Salmon; externes : MM. Weill, Le Meignen, Cahen, Dide, Popesco.

Médecin : M. Variot; internes : MM. Bayeux, Ghika; externes : MM. Dieupart, Dupau, de Maio, Audebal.

Chirurgien : M. Lannelongue; internes : MM. Courtellier, Baudet; interne provisoire : M. Weil; externes : MM. Pasquier, Méheut, Legrand, Grégoire, Renaut (Paul), Mme Waitz, MM. Millien, Guihal.

Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Pascal, Cange; externes : MM. Ameline, Lachouille, Brousse, Champion.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel; internes : MM. Lévi, Labbé; externes : MM. André, Gennet, Martirené, Charpentier, Talandier.

Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Pétron, Ardouin; externes : MM. Clermont, de Clomesnil, Heller, Carton, Dionis du Séjour.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Marie; interne : M. Jolly; interne provisoire : M. Pédeprade.

Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Durrieux, Chailloux (Joseph); interne provisoire : M. Cochemé.

Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Mettetal, Luys; interne provisoire : M. Pelisse.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Marcille; interne provisoire : M. Audistère.

Médecin : M. Deny; interne : M. Mercier (Edmond); interne provisoire : M. Gaullieur L'Hardy.

Médecin : M. Féré; interne : M. Herrenschmidt; interne provisoire : M. Weill.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Charcot (J.-B.); internes : MM. Claude, Gasne, Faure (Maurice); externes : MM. Margouliès, Bonnard, Ferrand, Monier, Rogier, Mlle Kachperow, MM. Delamarre, Pétresco.

Médecin : M. Déjeriné; interne : M. Thomas; interne provisoire : M. Michaut; externes : MM. Glinéanu, Ingelrans, Noïca, Rivier, Tassigny.

Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Chauveau, Lapointe; externes : MM. Millet, Hanot, Meunier, Katz.

Médecin : M. Voisin (A.); interne : M. Bernheim; externes : MM. Battier, Delherm.

Médecin : M. Falret; interne : M. Audion; externe : M. Lalanne.

Médecin : M. Voisin (J.); interne : M. Roques; externes : MM. Adeline, Genevrier.

Consultation. — Chirurgie. Externes : MM. Sersiron, Desvaux.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault (A.); interne : M. Castaigne; interne provisoire : M. Rastouil; externe : M. Legrand.

Chirurgien : M. Michaux; interne : M. Bonnet; interne provisoire : M. Hivet; externe : M. Bacquelin.

Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — Médecin : M. Marfan; interne : M. Bernard; interne provisoire : M. Moret; externe : M. Cury.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Brocq; interne : M. Hallé; externes : MM. Legay, Simon.

Institutions Sainte-Périne et Rossini. — Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Cadol.

Maison de retraite Chardon-Lagache. — Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Hennecart.

Hôpital Debrousse. — Médecin : M. Béclère; interne provisoire : M. Ungauer.

Hospice de Brévannes. — Médecin : M. Geoffroy; internes : MM. Cros, Gagey.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

Tableau d'avancement pour l'année 1896.

1° Médecins en chef de deuxième classe inscrits au tableau pour le grade de médecin en chef de première classe (1er janvier 1896) : MM. Serez, Chedon et Prunet.

2° Médecins principaux inscrits au tableau pour le grade de médecin en chef de deuxième classe (1er janvier 1895) : MM. Reynaud et Auvray. — (1er janvier 1896) : MM. Clarac, Lidin, Hénaff et Gallay.

3° Médecins de première classe inscrits au tableau pour le grade de médecin principal (1er janvier 1895) : MM. Rançon et André dit Duvigneau. — (1er janvier 1896) : MM. Depasse, Lemoine, Hébrard, Gouzieu et Sallebert.

4° Médecins de deuxième classe inscrits au tableau pour le grade de médecin de première classe (1er janvier 1895) : MM. Rigollet et Lenoir. — (1er janvier 1896) : MM. Brochet, Lautour, Damiens, Thiroux, Nogué et Dubois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 janvier 1896, ont été nommés :

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Aribaud (de Condrieu) et Joseph Nicolas (de Lyon).

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Bauby est institué chef des travaux de médecine opératoire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Colin (de Châlons-sur-Marne), et V.-M. Teinturier, médecin de deuxième classe en retraite, décédé à Nancy.

— Le concours ouvert par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle sur les maladies évitables donne lieu aux récompenses suivantes :

Premier prix (1 200 francs et une médaille de vermeil) : M. le docteur Navarre (de Lyon). — Deuxième prix (800 francs et une médaille de vermeil) : M. le docteur Répin, attaché à l'Institut Pasteur. — Troisième prix (500 francs et une médaille de vermeil) : M. le docteur Labougle, médecin aide-major au 3e régiment de génie, à Arras. — Première mention *ex æquo* (médaille de vermeil) : MM. les docteurs H. Drouet (de Paris), R. Fauvel (de Paris), J. Seure (de Saint-Germain-en-Laye). — Deuxième mention *ex æquo* (médaille d'argent) : MM. les docteurs Catois (de Caen), Loranchet (de Bourg-la-Reine). — Troisième mention (médaille de bronze) : M. le docteur Renard, médecin principal de première classe à Lille.

— *Erratum.* — Page 110, 1re colonne, 6e ligne, au lieu de : « l'examen de la médecine », lire : « l'exercice de la médecine. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau de concours pour la Légion d'honneur (année 1896).

Pour la croix d'officier de la Légion d'honneur : 1894. MM. les médecins-majors de deuxième classe Cluzan, Laurent (H.) et Huchart; M. le médecin principal de première classe Du Cazal. — 1895. M. le médecin principal de première classe Czernicki; MM. les médecins-majors de première classe Boyer, Labrevoit, Péborde, Rouget; M. le médecin principal de deuxième classe Pierrot; M. le médecin-major de première classe Achard.

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : 1892. M. le médecin-major de deuxième classe Coste. — 1893. M. le médecin-major de première classe Buisson. — 1894. M. le médecin-major de deuxième classe Aubertin. — 1895. M. le médecin-major de deuxième classe Milliès dit Lacroix; MM. les médecins-majors de première classe Badin, Lambert (M.-C.-H.), Beuvier, Villary, Laydeker et Bourdeloy; MM. les médecins-majors de deuxième classe Silice, Colin (M.-L.-A.), Mistarlet et de Balthasar de Gachéo; MM. les médecins-majors de première classe Bréau, Juléry, Lambert (F.-P.), Chopard, Dorange, Godard, Brindel et Carrière; MM. les médecins-majors de deuxième classe Jouanno et Védel; MM. les médecins-majors de première classe Baudoin (C.-L.), Schmit (M.-F.-A.), Marquat, Sudour, Mignon, Stoupy, Legrain, Choux, Douart, Février, Dziewonski et Pauzat; MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, Baratte et Poirier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 janvier 1896, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors de première classe Fabre et Dantin.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de deuxième classe Lacaze.

— Par décision ministérielle, en date du 17 janvier 1896, M. Ryckelynck, officier de santé, délégué cantonal à Rosendaël, est nommé officier d'Académie.

— L'instruction pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1896 vient de paraître dans le « Journal officiel » du 30 janvier 1896.

— Les intéressés trouveront aussi, dans le même « Journal officiel », du 30 janvier 1896, les conditions du concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, qui aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, dans les derniers jours du mois d'avril ou dans le courant du mois de mai prochain.

— Le cadre des professeurs des Facultés de médecine a été arrêté ainsi qu'il suit, au 1er janvier 1896.

Première classe. — MM. Folet (Lille); Boudet, Monoyer, Lortet et Ollier (Lyon); Bouchard (Bordeaux); Gayet (Lyon); Gaulard (Lille); Charpentier (Nancy) et Jolyet (Bordeaux).

Deuxième classe. — MM. Renaut (Lyon); Gross (Nancy); Bertin (Montpellier); Bernheim (Nancy); Grasset (Montpellier); Lépine (Lyon); Grynfelt (Montpellier); Coyne (Bordeaux); Chrétien (Nancy); Morat (Lyon) et Heydenreich (Nancy).

Troisième classe. — MM. Tédenat (Montpellier); Weiss (Nancy); Lotar et Lescœur (Lille); Hamelin (Montpellier); Castiaux (Lille); Spillmann (Nancy); Moniez, Leloir et Dubar (Lille); Crolas, Arloing, Mayet, Pierret, Gailleton, Testut et Tripier (Lyon); Imbert (Montpellier); Lacassagne (Lyon); Debierre (Lille); Lanelongue, Dupuy, Masse, Vergely, Picot, Morache, Guillaud, Layet et Pitres (Bordeaux); Soulier (Lyon); Malosse (Alger); Poncet (Lyon); Figuier (Bordeaux); Cazeneuve (Lyon); Moussous et Demons (Bordeaux); Tissier (Lyon); Lambling (Lille); Viault (Bordeaux); Garnier (Nancy); Carrieu et Mairet (Montpellier); Fochier (Lyon); Badal et Blarez (Bordeaux); Planteau (Alger); Hergott et Demange (Nancy); Bergonié (Bordeaux); Baudry et Leroy (Lille); Schmitt (Nancy); Granel (Montpellier); de Lapersonne (Lille). — Professeur hors rang : M. Engel.

Quatrième classe. — MM. Baraban et Macé (Nancy); Morelle et Wertheimer (Lille); Ville (Montpellier); Hérail (Alger); Hugounenq (Lyon); Lemoine (Lille); Piéchaud et Arnozan (Bordeaux); Simon (Nancy); Ferré et Boursier (Bordeaux); Forgue (Montpellier); Blaise (Alger); Pollosson et Bard (Lyon); Truc (Montpellier); Nicolas (Nancy); Doumer (Lille); Florence (Lyon); Vuillemin et Meyer (Nancy); de Nabias (Bordeaux); Prenant (Nancy); Gilis et Hédon (Montpellier); Barrois (Lille); Augagneur (Lyon); Combemale (Lille); Vialleton et Ducamp (Montpellier).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Baumel, agrégé libre, est rappelé à l'exercice et chargé d'un cours de clinique des maladies des enfants.

M. Brousse, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Lefort est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Larue (de Coaticook) et Menne (de Paris).

LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE

Par M. Chantemesse.

(Rapport au Conseil municipal de Paris.)

Le Conseil municipal a bien voulu m'accorder une subvention pour assurer le fonctionnement du laboratoire du bastion n° 29 où se trouvent une crèche d'enfants diphtériques et le service des érysipélateux. J'ai l'honneur de vous adresser mon rapport sur les résultats obtenus. La préservation de la vie et de la santé des malades a grandement bénéficié des moyens mis à notre disposition par la libéralité du Conseil.

Les deux services sont parfaitement isolés et ont chacun leur personnel. L'entrée des services n'est autorisée qu'après la mise d'un costume que l'on quitte en sortant et après le lavage soigné des mains. Aussi n'a-t-il existé aucun cas de contagion du service de l'érysipèle à celui de la diphtérie et du service de la diphtérie à celui de l'érysipèle.

Le nombre des érysipélateux soignés au bastion, du 25 décembre 1894 au 15 décembre 1895, en excluant ceux qui ont été envoyés par erreur de diagnostic (ezcéma, abcès dentaire, méningite, tétanos, gangrène gazeuse, etc.) a été de 1055, sur lequel 34 sont morts. Mortalité, 3,22 p. 100.

Ce chiffre total de mortalité doit être décomposé en fractions, d'après le traitement suivi par les malades.

Traitement ordinaire : *a.* Purement symptomatique (du 25 décembre 1894 à fin février 1895); 145 malades, 5 morts, mortalité p. 100, 3,45 ; *b.* Traitement par la méthode systématique des bains froids (1er juillet au 18 novembre); 2,600 bains ont été donnés jour et nuit; 409 malades, 16 morts, mortalité p. 100, 3,91. Total, 554 malades, mortalité moyenne p. 100, 3,79.

Traitement par le sérum antistreptococcique (préparé à l'institut Pasteur par M. le docteur Marmorek) : *a.* Sérum efficace d'une force préventive de 1 p. 7,000 (mars, avril, mai); 297 malades, 5 morts, mortalité p. 100, 1,70 ; *b.* Le sérum efficace manque, on utilise un sérum faible, d'une force préventive de 1 p. 2,000 (juin); 107 malades, 7 morts, mortalité p. 100, 5,54; *c.* Sérum très efficace d'une force préventive de 1 p. 30,000 (du 18 novembre au 25 décembre); 97 malades, 1 mort, mortalité p. 100, 1,03. Total, 501 malades, mortalité p. 100, 2,59.

Le traitement exclusif par la sérothérapie a donc fourni une proportion de guérisons plus grande que celle que donnaient les autres méthodes thérapeutiques réputées les meilleures.

Une remarque doit être faite tout d'abord, c'est que le bénéfice de ce mode de traitement est en raison directe de la force préventive du sérum, fixée par l'expérimentation chez les animaux. Avec un sérum plus fort, le chiffre de la mortalité doit, je pense, s'abaisser encore. Il me reste à indiquer les principaux effets observés chez les malades soumis à ce traitement. Les inconvénients ne sont appréciables que lorsque le sérum utilisé provient d'une saignée faite trop rapidement après les dernières inoculations virulentes pratiquées au cheval. On peut observer alors, au point d'inoculation, de la douleur, du gonflement et une éruption d'urticaire et d'érythème. Lorsque le sérum est recueilli comme il convient, aucun de ces inconvénients n'existe. Chez les malades de la dernière série, il n'y a jamais eu rien à signaler au niveau du lieu de l'injection. Deux malades sur ce nombre ont eu seuls un léger érythème qui a duré quelques heures. Un homme atteint d'une pleurésie purulente à streptocoques a reçu, en quinze jours, 300 centimètres cubes de sérum sans le moindre inconvénient. Le sérum à dose massive s'est donc montré efficace et inoffensif.

Les effets du sérum se font sentir sur la lésion érysipélateuse et sur l'état général du malade. Localement : on constate, le plus souvent dans les vingt-quatre heures, plus rarement au bout de deux à trois jours, une diminution marquée de la rougeur, du gonflement et de la douleur. La desquamation est hâtée et se fait en écailles épidermiques assez épaisses. Parfois la lésion continue à s'étendre sur un des points de sa périphérie et ne s'arrête que sous l'influence des injections répétées. La suppuration du tissu érysipélateux est très rare avec le traitement par le sérum. Lorsqu'elle existe avant le traitement, elle n'est pas tarie immédiatement, mais elle est diminuée par les injections.

L' « état général » s'améliore rapidement. Quelques heures après l'injection, si la dose est suffisante, le malade accuse un bien-être très marqué; les troubles nerveux et, en particulier, le délire, sont très favorablement influencés. Après l'injection, la fièvre s'abaisse parfois en quelques heures. Rarement elle persiste deux ou trois jours. La dose injectée doit varier suivant l'intensité de l'infection. Le pouls diminue de fréquence et augmente de force. Je n'ai jamais constaté un effet défavorable sur la force, la rapidité ou la régularité du pouls.

Quand l'albuminurie n'existe pas encore, elle ne se produit pas, dès que la sérothérapie est commencée. Quand l'albuminurie n'existe que depuis peu de temps, l'intervention des injections de sérum la guérit en trente-six ou quarante-huit heures.

La gravité et la durée de la maladie sont moindres chez les malades soumis à la sérothérapie. Les engorgements ganglionnaires et les rechutes, qui surviennent si fréquemment après l'évolution d'un érysipèle traité par les méthodes ordinaires, sont favorablement influencés par le nouveau traitement. Après la fin de la maladie, les adénopathies disparaissent vite, si l'on a soin de continuer à petites doses l'emploi des injections de sérum. Les rechutes qui, chez certains malades, se répètent avec une désespérante opiniâtreté, peuvent souvent être prévenues par de petites doses de sérum injectées préventivement à intervalles réguliers.

La dose ordinaire de sérum nécessaire pour guérir un érysipèle varie entre 20 et 40 centimètres cubes. Parfois les limites de cette dose sont dépassées en deçà ou au delà.

Diphtérie : la crèche de la diphtérie installée depuis onze mois a reçu 167 malades. L'analyse bactériologique a montré que, sur ce nombre, 61 petits malades, atteints d'angines blanches et de troubles respiratoires, n'avaient pas la diphtérie.

Les diagnostics fixés par l'examen bactériologique ont été : 13 angines blanches à streptocoques, 1 mort; 6 angines blanches à staphylocoques, 1 mort; 13 broncho-pneumonies à streptocoques, 7 morts; 10 bronchites simples, 0 mort.

La diphtérie a été constatée par l'analyse bactériologique 107 fois. Sur ce nombre, il y a eu :

1° Diphtérie pure, 66 cas, 1 mort (enfant de deux mois); mortalité, 1,50 p. 100.

2° Diphtérie compliquée, 41 cas, 14 morts; mortalité, 34 p. 100. Mortalité moyenne des deux groupes de la diphtérie, 14 p. 100. Le nombre des malades âgés de un an et au-dessous a été de 49 : 20 fois la diphtérie était compliquée,

6 morts; 26 fois la diphtérie était pure, 1 mort; mortalité moyenne des nourrissons diphtériques, 14 p. 100.

Tubage : diphtérie pure, 6 cas; — mort 1 (enfant de deux mois); guéris, 5 (treize, quatorze, quinze, seize mois et trois ans et demi). Diphtérie compliquée, 13 cas; morts, 10 (neuf, neuf, dix, douze, douze, seize, dix-sept, dix-huit, vingt et un mois, cinq ans); guéris, 3 (dix, douze, quatorze mois); deux de ces petits malades ont dû être trachéotomisés.

Trachéotomie : diphtérie pure, 0, mort, 0; diphtérie compliquée, 6, 3 morts.

Érythèmes : diphtérie pure, 19 fois sur 66 cas; diphtérie compliquée, 9 fois sur 41 cas. Chez tous les petits malades entrés au bastion, j'ai fait donner préventivement une injection de sérum antidiphtérique. Je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique et je n'ai jamais constaté de contagion contractée au bastion.

Seuls, deux élèves du service, qui n'avaient jamais reçu de sérum, ont été atteints par la diphtérie.

En terminant, j'attire l'attention sur ce fait que le tiers de mes petits malades (exactement 33) ont été emmenés par leurs mères, malgré mon avis, guéris de la diphtérie, mais ayant encore des microbes diphtériques dans la bouche et capables, par conséquent, de transmettre la contagion.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les dégénérés (1), par le docteur MAGNAN, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, et le docteur LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard.

On sait que la plupart des travaux de M. Magnan se sont portés sur l'étude des dégénérés. C'est une question qu'il a faite sienne; et l'impulsion qu'il lui a donnée n'est pas encore près de s'affaiblir. Car c'est un des problèmes qui sollicitent avec le plus d'insistance l'attention des aliénistes. Chacun a là-dessus son opinion plus ou moins arrêtée, car personne ne peut se désintéresser de cette question. Or, on ne peut nier que ceux qui, pour la résoudre, ont apporté le plus de documents cliniques, sont les élèves de M. Magnan, qui, pour la plupart, se sont attachés à suivre leur maître dans cette voie encore si obscure, malgré l'abondance des travaux et même la valeur de quelques-uns d'entre eux.

Le livre publié récemment par M. Magnan et par son élève, M. Legrain, est une sorte de profession de foi du médecin de Sainte-Anne sur la dégénérescence. On pourra se rendre compte de l'ensemble des idées que M. Magnan a exprimées çà et là dans ces dernières années sur le même sujet. Sa conception paraîtra une, et l'on pourra mieux la juger, maintenant qu'elle est formulée dans un livre serré et — l'on pourrait dire — dans une expression définitive.

Le langage, la parole et les aphasies (2), par le docteur FERRAND, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Depuis longues années, le docteur Ferrand s'est appliqué à l'étude des aphasies. L'abondance des matériaux cliniques qu'il a rassemblés sur ce sujet lui a permis d'édifier une conception d'ensemble, qu'il présente aujourd'hui au public médical. Il propose un schéma anatomo-physiologique du langage, groupant d'une façon naturelle les divers centres de cette fonction avec les relations qui paraissent nécessaires pour l'explication des cas pathologiques si différents. Ce schéma aurait même pu servir à M. Ferrand à prévoir des variétés d'aphasie observées ultérieurement. Bien que ce soit surtout une œuvre personnelle, les érudits y trouveront la mise au point de la question, faite avec une bibliographie très complète.

(1 et 2) In-16 (Biblioth. Charcot-Debove). Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le délire des négations (1), par le docteur J. SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent, par une Revue que j'ai publiée ici il y a quelque temps (2), cette forme psychopathique, que Cotard a le premier décrite, et à laquelle M. Séglas a consacré d'excellents mémoires. Aujourd'hui, M. Séglas revient sur ce sujet qu'il a traité d'une façon très ample, et son dernier volume est le développement de ses idées sur ce sujet intéressant de psychiatrie.

Dans son étude, il considère deux groupes de faits : ceux de délire des négations, formant un ensemble cohérent et serré, et s'observant, soit dans la mélancolie (cas types de Cotard), soit au cours d'autres psychoses; et enfin les faits d'idées de négation, plus ou moins mal coordonnées, ne pouvant, par leur faible liaison, constituer un système délirant et se présentant dans la paralysie générale, la sénilité, la confusion mentale, etc.

La description physiologique du *syndrome de Cotard* — pour employer l'heureuse expression de Régis — est très bien faite par M. Séglas; elle est aussi très attachante, même pour ceux qui ne considèrent les ouvrages de médecine mentale que comme des livres de lecture. Les aliénistes remarqueront, en outre, dans ce mémoire, l'utilité de l'analyse des troubles mentaux; constituer des groupements cliniques, rechercher — cela surtout — les conditions psychiques et somatiques de certaines attitudes délirantes, aidera un jour à comprendre pourquoi et comment on est aliéné. Toutefois, il ne faut voir dans la constitution des formes psychopathiques basées sur le caractère des idées délirantes que des systématisations provisoires et bonnes seulement pour l'étude; car, à mon avis, le délire est peut-être une des choses les moins importantes pour l'appréciation diagnostique et pronostique d'une maladie mentale.

E. TOULOUSE.

---

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

(2) E. TOULOUSE. Le délire des négations, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 301.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 15. — MARDI 4 FÉVRIER 1896. 69e ANNÉE. MARDI 4 FÉVRIER 1896. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 3 février 1896.

LES RAYONS DE RONTGEN
ET LA PHOTOGRAPHIE DE L'INVISIBLE.

Il n'est bruit dans le monde scientifique que de la découverte d'un savant allemand, M. W. Röntgen, professeur de physique à l'Université de Wurtzbourg. La présentation à l'Académie des sciences, par M. Poincaré, de photographies obtenues par le procédé de Röntgen, à travers les corps opaques, a eu le plus grand retentissement. Deux de nos confrères, les docteurs Oudin et Barthélemy, bientôt suivis par le docteur Lannelongue, ont cherché de suite quelles pouvaient être les applications de ces découvertes nouvelles, dans les sciences médicales. C'est ce qui nous engage à exposer à nos lecteurs en quoi consistent les rayons de Röntgen, d'où ils viennent, comment ils se meuvent et comment, grâce à eux, on peut obtenir la « photographie de l'invisible ».

D'où viennent les rayons de Röntgen?

Chacun se rappelle les expériences classiques des *tubes de Geissler* ou de l'*œuf électrique*, produisant de longues et brillantes étincelles dans un tube de verre dont le milieu est raréfié.

Un physicien, Crookes, réussissant à obtenir la raréfaction des gaz à un degré inconnu jusqu'ici, constata dans ces tubes un phénomène inattendu. Un grand espace obscur tout autour d'un pôle négatif, la *fluorescence* du verre de la région opposée, et, dans l'espace intermédiaire, des cercles brillants, formant stratification lumineuse. Ces phénomènes disparaissent dès que la raréfaction du gaz est un peu abaissée; ils ne se produisent pas dans le vide absolu. Il est donc nécessaire, pour qu'ils aient lieu, que le tube renferme un tout petit nombre de molécules de gaz.

Voici comment la *Revue générale des sciences pures et appliquées* explique ce phénomène dans son numéro du 30 janvier :

« Lorsque la décharge électrique vient à se produire, du pôle négatif ou cathode vers le pôle positif, cette décharge oriente les molécules dans sa direction, les projetant comme des balles sur le fond du tube opposé à la cathode. Précipitées avec des vitesses prodigieuses, suivant le trajet des rayons émanés de la cathode, elles bombarderaient le verre et c'est à la consommation de leur force vive que correspondrait la fluorescence, alors manifeste, de la paroi.

Dans l'espace obscur qui entoure la cathode prennent donc naissance des rayons d'un ordre très particulier, dirigés vers l'extrémité opposée du tube, et dont la paroi de verre arrête la propagation. On met leur existence en évidence, en plaçant sur leur trajet des substances qu'ils rendent fluorescentes. Ce sont ces rayons que, pour rappeler leur origine, on qualifie de *cathodiques*. Ils présentent des propriétés singulières; ils sont déviés par l'aimant; tout se passe alors comme si les molécules qu'ils projettent étaient électrisées; pour montrer la déviation que le champ magnétique leur imprime, M. Crookes plaçait, dans ses tubes, des moulinets qui restaient au repos ou se mettaient à tourner, suivant que l'aimant éloignait d'eux ou amenait sur leurs palettes les rayons cathodiques. »

Quels sont donc ces rayons qu'intercepte une lame de verre, qui ne peuvent être ni réfléchis, ni réfractés et qui sont diffusés par les gaz les plus dilués? C'était là une singulière lumière sur laquelle devait se reporter la curiosité des philosophes :

Sur un tube de Crookes, actionné par une bobine de Ruhmkorff, M. Röntgen a découvert que de la région du tube opposée à la cathode, émanaient des rayons très différents des rayons cathodiques, insensibles à l'action de l'aimant, passant à travers une porte de bois comme la lumière solaire à travers une vitre. Ces rayons, très actifs sur les sels d'argent, sont les rayons qu'on appelle rayons de Röntgen, du nom du physicien qui les a découverts et que celui-ci a désignés sous le nom de « radiations X ».

Voici comment M. H. Poincaré expose, dans la *Revue générale des sciences*, la découverte du professeur de Wurtzbourg :

« M. Röntgen, ayant enveloppé d'un carton noir un tube de Crookes où se produisaient des rayons cathodiques, plaça ce tube dans une pièce obscure et en approcha un écran en papier recouvert de platinocyanure de baryum. Cet écran devint fluorescent, malgré l'interposition du carton noir, et cette fluorescence persistait à une distance de 2 mètres.

Il aperçut immédiatement la portée extraordinaire de cette découverte; il fallait admettre, en effet, l'existence d'un agent nouveau, susceptible de traverser un carton noir assez épais, différent par conséquent de la lumière visible ou ultraviolette, mais produisant comme elle la fluorescence.

M. Röntgen ne tarda pas à découvrir que les radiations nouvelles impressionnent la plaque photographique, soit qu'elles aient une action chimique directe, soit que, sous leur influence, la matière de la plaque elle-même devienne fluorescente. Bien que ces radiations n'aient aucune action sur la rétine, il y a donc deux moyens d'en constater la présence et, par conséquent, de les étudier. Elles peuvent nous être révélées, soit par la photographie, soit par la fluorescence qu'elles communiquent à certains corps.

Mais la propriété la plus curieuse de ces rayons, découverts par le savant professeur de Wurtzbourg, c'est la facilité avec laquelle ils traversent les corps opaques.

Un livre de 1000 pages, une planche de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur, les laissent passer assez facilement. Les métaux sont moins transparents, surtout les métaux lourds comme le plomb et le platine.

En général, on peut dire que l'opacité d'un corps croît avec sa densité, mais notablement plus vite que cette densité.

On conçoit alors qu'un objet métallique, par exemple, enfermé dans une boîte en bois, puisse être reproduit par la photographie. La boîte, en effet, est transparente, tandis que l'objet est opaque; tout se passera donc comme si cet objet était placé dans une boîte en verre, et si, éclairé par une source de lumière ordinaire, il projetait son ombre sur une plaque photographique. Cette ombre viendrait évidemment en noir sur le positif. Un des résultats les plus surprenants obtenus dans cette voie est la photographie parfaitement nette d'une aiguille aimantée, enfermée dans une boîte métallique (probablement en aluminium?).

Les chairs sont transparentes; les os relativement opaques; aussi, dans la photographie d'une main, les os apparaîtront comme une ombre assez forte, tandis que les chairs ne donneront qu'une pénombre très légère; une bague donnera une image d'un noir intense.

La photographie d'une plaque de zinc laminé montre l'hétérogénéité du métal. »

Ainsi s'exprime M. Poincaré.

Voici comment nos confrères, MM. Oudin et Barthélemy, opérèrent : ils se servirent d'un tube de Crookes, ayant la forme d'une sphère de 7 centimètres de diamètre environ. La cathode se réduisait à un simple fil dont l'extrémité envoyait des radiations dans tous les sens, de sorte que toute la surface du verre était illuminée d'une lueur fluorescente causée par les rayons cathodiques.

On enveloppa ensuite une plaque photographique dans plusieurs doubles de papier noir; on la plaça à 10 centimètres environ du tube et on posa la main dessus, la durée de pose fut de vingt minutes. L'image du squelette reproduite est d'une netteté parfaite.

On peut donc espérer qu'on réussira à photographier à travers toute l'épaisseur du corps. On pouvait craindre que les rayons Röntgen ne fussent non seulement absorbés, mais diffusés dans les milieux relativement opaques. C'eût été un obstacle qui eût empêché de traverser les corps un peu épais. Cette diffusion ne paraît pas exister d'une façon notable. On n'a donc à vaincre que l'absorption, ce qui n'est qu'une affaire d'intensité et de durée de pose.

Nous ne pouvons entrer dans la description détaillée des propriétés de ces nouveaux rayons, ni dans la discussion des hypothèses auxquelles leur découverte a donné naissance. Ce sont là choses trop spéciales, dont l'étude approfondie est d'ordre extra-médical.

Disons seulement que ce sont des rayons dont la propagation est rectiligne, qu'ils ne se réfractent ni ne se réfléchissent, qu'ils ne sont pas déviés par l'aimant et, quoique n'étant pas des rayons cathodiques, ils sont engendrés par ceux-ci. La paroi du tube de Crookes, frappée par les rayons cathodiques, devient fluorescente, comme nous l'avons dit. Elle devient alors à son tour un centre de radiation; et émet des ondulations qui sont, les unes, perçues par l'œil, sous forme d'une lueur jaune verdâtre, les autres, invisibles, qui sont les radiations de Röntgen.

Voici comment les nouveaux rayons se comportent avec les corps opaques, d'après le travail même de M. Röntgen, paru dans la *Revue générale des sciences* :

« Le papier est très transparent; l'écran fluorescent s'illumine quand on le place derrière un livre de mille pages; l'encre d'imprimerie n'offre pas de résistance sensible. De même la fluorescence se manifeste derrière deux jeux de cartes; une carte unique ne diminue pas visiblement l'éclat de la lumière. De même aussi, une seule épaisseur de papier d'étain projette à peine une ombre sur l'écran; il faut en superposer plusieurs pour produire un effet notable. Des blocs de bois épais sont encore transparents. Des planches de pin de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur absorbent très peu.

Un morceau d'une feuille d'aluminium, de 15 millimètres d'épaisseur, laisse encore passer les rayons X, mais diminue beaucoup la fluorescence. Des plaques de verre de même épaisseur se comportent de la même manière; toutefois le cristal est beaucoup plus opaque que les verres exempts de plomb. L'ébonite est transparente sous une épaisseur de plusieurs centimètres. Si l'on tient la main devant l'écran fluorescent, les os projettent une ombre foncée et les tissus qui les entourent ne se dessinent que très légèrement.

L'eau et plusieurs liquides sont très transparents. L'hydrogène n'est pas notablement plus perméable que l'air. Des plaques de cuivre, d'argent, de plomb, d'or et de platine laissent aussi passer les rayons, mais seulement quand le métal est en lame mince. Une épaisseur de platine de 2 millimètres laisse encore passer quelques rayons; l'argent et le cuivre sont plus transparents. Le plomb, sous une épaisseur de $1^{mm}05$, est pratiquement opaque. Une tige de bois carrée de 2 centimètres de côté, peinte au blanc de plomb sur une de ses faces, ne projette qu'une ombre légère quand on la tourne de façon que les rayons X soient parallèles à la face peinte, mais l'ombre est noire quand les rayons doivent traverser cette face. Les sels métalliques, solides ou en dissolution, se comportent généralement comme les métaux eux-mêmes. »

Nous voici donc au courant de ce que sont ces nouveaux rayons, nous voyons comment ils traversent certains corps opaques et comment la plaque photographique peut être exposée à leur action sans qu'on ait à enlever le volet du châssis de l'appareil photographique, ni aucune boîte protectrice, de sorte que l'opération n'a pas besoin d'être conduite dans l'obscurité. Étudions maintenant les photographies obtenues par ce procédé, et en particulier les photographies obtenues sur des parties profondes de l'organisme humain.

Parmi les épreuves photographiques présentées nous noterons : le squelette d'une main, dont l'image a été obtenue en interposant devant la plaque sensible une main étendue; un fémur atteint d'ostéomyélite, une phalange ulcérée par la carie; le squelette d'un poisson, d'une grenouille, etc. Ces épreuves photographiques sont, en général, peu pré-

cises, elles sont constituées par un ensemble de tons noirs, dont les uns, plus foncés que les autres, représentent les parties plus opaques; les contours sont peu nets, l'épreuve est flou, « voilée », suivant l'expression consacrée : ce serait une fort mauvaise épreuve de photographie ordinaire.

Ce que nous en disons n'est nullement pour diminuer la portée de cette découverte, qui est des plus importantes, mais c'est pour mettre exactement au point les résultats actuellement obtenus. Il est probable que ce ne sont là que les tout premiers pas d'une méthode nouvelle; et il serait profondément injuste de lui demander, dès le début, la perfection. Les résultats actuels sont suffisamment surprenants pour qu'on soit séduit par cette découverte, pleine d'avenir et de promesses.

Nous allons essayer de bien faire comprendre comment s'obtient l'épreuve photographique avec les radiations de Röntgen.

Dans l'épreuve photographique ordinaire, l'objet photographié doit être éclairé pour impressionner la plaque photographique. Les rayons lumineux reçus par l'objet à photographier se réfléchissent à sa surface, et ce sont ces rayons réfléchis, venant de l'objet, qui pénètrent dans l'appareil.

Dans la photographie obtenue avec les rayons de Röntgen, le procédé est tout différent, aussi n'est-ce pas une véritable image que l'on obtient, mais une silhouette, des contours, une sorte d'ombre ou de projection. Si les radiations X partant du tube de Crookes et se rendant à la plaque sensible disposée pour les recevoir, rencontrent, interposé entre eux et cette plaque, un corps tout à fait transparent (papier, bois, livre, parties molles du corps, etc.), la plaque sensible sera impressionnée en totalité. Si le corps interposé est demi-transparent, c'est-à-dire s'il arrête une partie des radiations, la plaque sera incomplètement impressionnée; l'écran est-il absolument opaque (métaux épais, os, etc.), la plaque n'est pas influencée. D'où, on le comprend, en face des corps opaques, on aura une tache noire bien colorée; cette tache sera grise, en face des corps demi-transparents; la plaque aura une coloration blanche là où la radiation X l'aura atteinte directement.

Jusqu'à présent donc on ne peut obtenir que la projection, c'est-à-dire la silhouette, le contour des objets interposés. Sans doute, la médecine, la chirurgie et l'obstétrique pourront dès maintenant tirer quelques renseignements de la méthode nouvelle; mais les résultats ne sont encore que bien minimes. On croirait volontiers, à entendre certains confrères, que le diagnostic va maintenant être réduit à une simple épreuve photographique. Il n'en est rien, évidemment. Les parties molles, malades ou non, sont, jusqu'à présent, transparentes; et l'estomac, qu'il soit sain, érodé par un ulcère, qu'il porte une végétation cancéreuse, reste toujours transparent.

De même, un projectile, au milieu de parties molles, donnera, sur le fond grisâtre de l'épreuve, une tache plus noire, dont il sera impossible de préciser les rapports. Toutefois, si une balle est incrustée à la surface d'un os, ou arrêtée entre deux os, les radiations de Röntgen permettront d'en apercevoir la saillie. Mais, si cette balle est quelque part dans le thorax, en admettant même qu'elle soit perçue, il sera impossible de distinguer son siège plus ou moins profond, sa situation, ses rapports, au milieu des ombres entrecroisées formées par la projection de la colonne vertébrale et des côtes dont les silhouettes viendront se superposer sans distinction de plan, sur la plaque sensible.

En résumé, la découverte de M. Röntgen vient d'ouvrir aux chercheurs un champ nouveau des plus curieux. L'expérience nous apprendra si des perfectionnements ultérieurs permettront des applications pratiques pour le médecin.

La séance de la Société médicale des hôpitaux (31 janvier) a été, pour la plus grande part, occupée par une communication de M. Sevestre sur les **accidents attribuables au sérum antidiphtérique** et par la très importante discussion qu'elle a soulevée.

On sait que MM. Moizard, Thibierge et d'autres ont cité des accidents graves et même mortels après l'emploi du sérum de l'Institut Pasteur. M. Roux a relevé assez vivement ce qu'il considère évidemment comme des attaques injustifiées : ce n'est pas le sérum qui aurait causé les accidents en question, mais le streptocoque, ce récidiviste déjà chargé de tant de méfaits. C'est du reste l'interprétation qu'adopte M. Sevestre.

D'après cet auteur, les accidents qu'on peut voir après l'emploi du sérum peuvent être distingués en accidents immédiats, précoces ou tardifs.

Laissons de côté les accidents immédiats qui sont sans gravité et sans intérêt. Les accidents précoces surviennent du quatrième au dixième jour, ils sont surtout caractérisés par une éruption urticarienne, gênante parfois, mais sans gravité, qui peut s'accompagner d'une légère élévation de la température.

Les accidents tardifs, plus accentués, se montrent du onzième au quinzième jour. Il y a des douleurs articulaires, sans tuméfaction des jointures, de la fièvre, de l'agitation, du délire, de l'albuminurie et une éruption qui prend les caractères d'un érythème polymorphe; elle rappelle soit l'urticaire, soit la scarlatine, soit encore l'érysipèle. Aux jambes, l'éruption est souvent purpurique. Au bout de quatre ou cinq jours, tout cela rétrocède et disparaît; les malades guéris restent quelquefois assez longtemps affaiblis.

Pour M. Sevestre, il faut innocenter le sérum : ces accidents ne se produisent que lorsqu'il y a du streptocoque (microbe de la suppuration, de l'érysipèle et peut-être de la scarlatine).

Le sérum de Marmorek qui est, comme on le sait, destiné à combattre la suppuration et l'érysipèle, aurait donné de bons résultats dans les deux cas où on l'a essayé.

La virulence du streptocoque n'étant pas aggravée par le sérum de Roux, on peut penser que celui-ci diminue la résistance de l'organisme.

Les conclusions pratiques que l'on est amené à tirer de cette interprétation sont les suivantes : avec une angine diphtérique pure, caractérisée par des bacilles de Löffler sans streptocoques, il n'y a aucun inconvénient à faire l'injection, il n'y aurait jamais d'accidents dans ces conditions. Quand il y a une angine pseudo-diphtéritique due au streptocoque, il faut s'abstenir du sérum qui pourrait faire du mal mais ne ferait aucun bien. Donc la conduite du médecin sera surtout réglée sur les trouvailles du microscope.

En présence d'une angine pseudo-membraneuse sans gravité, on peut donc attendre le résultat des examens et des cultures; en présence d'une angine grave ou d'un croup, il faut inoculer le sérum et faire cependant l'étude microbiologique des fausses membranes et des ensemencements.

M. Chantemesse, le représentant naturel de l'Institut

Pasteur à la Société des hôpitaux, approuve les conclusions de M. Sevestre. Il propose, de plus, d'administrer les sérums vaccinateurs par la voie rectale, en lavements. Il y aurait ainsi moins d'accidents ultérieurs.

M. Le Gendre n'accepte pas l'interprétation donnée par M. Sevestre. Il cite, en effet, un cas dans lequel il y eut des accidents graves chez un enfant de six ans, après une injection de 15 centimètres cubes de sérum de Roux, alors qu'il n'y avait pas de streptocoques dans la gorge. Depuis qu'on se sert du sérum — dont M. Le Gendre ne conteste, du reste, nullement les bons effets dans un grand nombre de cas — on voit survenir des manifestations très sérieuses, inconnues autrefois, parmi les complications de la diphtérie : fièvre intense, éruptions, albuminurie, douleurs articulaires, dépression considérable.

M. Chantemesse répond que, dans ce cas particulier, les accidents étaient peut-être attribuables au staphylocoque.

Évidemment, la discussion ne porte que sur l'interprétation de faits cliniques non douteux. Que des manifestations inconnues jusque-là se produisent chez les diphtériques inoculés, cela n'est pas douteux. Que ces accidents, graves parfois et même mortels, soient attribuables directement et personnellement au sérum ou, sous son influence, aux divers microbes associés au bacille diphtérique, cela, naturellement, comme le disent fort bien MM. Le Gendre et Gaucher, n'a, pour le praticien, qu'une importance tout à fait secondaire.

L'utilité du sérum antidiphtéritique est actuellement bien établie, mais il s'agit d'en tracer nettement les indications et les contre-indications. Il faut avant tout ne pas faire des injections inutiles. Beaucoup d'angines sont maintenant considérées comme diphtériques qui n'eussent pas été qualifiées de cette façon autrefois : cela parce qu'on y trouve le bacille de Löffler. Mais peut-on écrire : Bacille de Löffler = diphtérie? Aujourd'hui, dès que des points blancs sont vus dans la gorge, on en envoie des débris au laboratoire municipal et très souvent — trop souvent, disent quelques-uns — le laboratoire répond : Culture pure de diphtérie. Affolement de la famille, pression, s'il y a lieu, sur le médecin, injection de sérum et quelquefois accidents graves, menaçants même, pour une angine qui, autrefois, avant le sérum, eût guéri rapidement.

M. Gaucher propose que la Société fasse une enquête près de tous les médecins de France et qu'il leur soit demandé s'ils ont vu des accidents qu'ils attribuent au sérum. On discutera cette proposition à la prochaine séance.

Peut-on faire la lumière par une semblable enquête? Nous en doutons pour notre part, mais nous sommes heureux de voir soulevée cette importante question de pure pratique médicale.

M. Chaput présente une malade sur laquelle il a fait avec succès une **gastro-entérostomie avec entéro-entérostomie**, chez une malade atteinte de rétrécissement du pylore par cicatrice d'ulcère simple.

Il présente également les pièces anatomiques d'un malade, auquel il a fait la même opération pour une linite plastique de la région pylorique.

MM. Roger et Josué, en liant l'appendice chez des lapins dans des conditions d'asepsie absolue, ont cependant obtenu de la suppuration dans l'appendice dilaté, grâce aux propriétés pyogènes qu'ont prises les coli-bacilles dans ces conditions. Ainsi se trouverait réalisée l'**appendicite par oblitération**; il n'y avait cependant, dirons-nous, ni perforation, ni pérityphlite, comme dans l'appendicite humaine.

M. Rist présente une malade atteinte d'un **singulier râle trachéal** qu'il attribue à son état névropathique.

A. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1896. — Présidence de M. Anger.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. CHAPUT lit un travail qui sera publié.

M. BOUILLY tient d'abord, comme ses collègues, à mettre à part les cas, fort rares, dans lesquels la grossesse extra-utérine est parvenue à sept ou huit mois. La conduite chirurgicale est uniquement guidée par l'état de la mère. Dans ces cas, de beaucoup les plus fréquents, la grossesse extra-utérine est arrêtée ou compliquée dès ses premiers mois. Et alors les cas suivants peuvent se présenter :

Si la grossesse n'est pas rompue, elle se manifeste comme une tumeur unilatérale des annexes et doit être traitée comme telle par la laparatomie.

Au moment où le kyste fœtal se rompt, il se produit une hémorragie intra-péritonéale grave qui commande la laparatomie; mais les malades de cette catégorie se présentent rarement au chirurgien, soit qu'elles soient reçues dans les services de médecine où elles meurent ou guérissent spontanément, soit qu'elles échappent aux uns et aux autres. Depuis 1880, les *Bulletins de la Société de chirurgie* ne mentionnent que deux cas d'intervention pour des accidents graves de ruptures de grossesse extra-utérine avec hémorragie intra-péritonéale (Tuffier et Michaux); à ces deux observations, il faut ajouter celle de M. Demoulin, communiquée au dernier Congrès de chirurgie. Quant à M. Bouilly, chargé d'un service de gynécologie depuis 1886, il n'a eu l'occasion d'observer qu'un seul cas de ce genre et la malade, arrivée à l'hôpital après son départ, succomba dans la journée sans intervention.

La plupart des malades ont leur hémorragie faite, quand elles sont soumises à l'observation du chirurgien : l'hématocèle est constituée et les femmes se plaignent de douleurs abdominales et de métrorragies.

M. Bouilly rappelle alors les signes classiques de la grossesse extra-utérine et de sa rupture.

C'est l'histoire clinique de l'hématocèle, avec suppression ou retard des règles, poussée de péritonite, ictus péritonéal, écoulement sanguin, rouge d'abord, puis chocolat, par l'utérus, qui est repoussé en avant par une tuméfaction située en général dans le cul-de-sac postérieur. Il faut bien savoir que les mêmes symptômes peuvent être donnés par un épanchement abondant intra-péritonéal ou par la rupture d'une grossesse dans la trompe qui la contient et c'est dans ces cas qu'on trouve quelques petits caillots sortis du pavillon avec un peu d'épiploïte.

Qu'il y ait embryon ou non, personne n'en sait rien; car un embryon qui a séjourné quelque temps dans le foyer hémorragique se résorbe et, de ce qu'on ne le trouve pas, il ne faut pas en conclure qu'il n'existe pas.

Comment traiter ces hématocèles qui font saillie dans le cul-de-sac de Douglas? M. Bouilly répondra avec MM. Picqué, Schwartz, Routier, que la méthode de choix est l'incision postérieure et qu'elle donne des résultats merveilleux. Il en a déjà treize cas à son actif et toutes les malades ont guéri; et qu'on n'aille pas objecter, avec M. Reynier, qu'on laisse une trompe pathologique, qu'une opération secondaire est

nécessaire ; non, il n'y a pas le moindre accident ultérieur et, chose particulière, les culs-de-sac reprennent au bout de quelque temps leur intégrité.

M. Bouilly termine par les conclusions suivantes :

1° La grossesse extra-utérine, en voie d'évolution, non rompue, doit être opérée et enlevée par la laparotomie;

2° La grossesse extra-utérine, compliquée d'hémorragie intra-péritonéale profuse, sera traitée par la laparotomie qui permettra d'arrêter l'hémorragie et d'enlever le kyste fœtal. Il répète que ces cas sont très rarement observés, ce qui tient sans doute à l'ignorance dans laquelle sont, sur ce point, beaucoup de sages-femmes et même de médecins;

3° Dans l'immense majorité des cas, on observe des grossesses extra-utérines datant de quelques semaines à deux mois et demi ; l'hémorragie, provenant de leur rupture, est arrêtée depuis plusieurs jours et le diagnostic de l'hématocèle constituée est facile ;

4° L'évacuation simple de la collection par l'incision large du cul-de-sac postérieur est la méthode de choix ; les résultats immédiats et éloignés en sont parfaits.

RAPPORT

Cholécystentérostomie. — M. CHAPUT. M. Delbet a communiqué l'observation suivante :

« Une femme de cinquante-deux ans, n'ayant jamais eu de coliques hépatiques franches, devint ictérique en juin 1892. En août 1894, elle entrait à l'Hôtel-Dieu pour des accidents fébriles très intenses.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, elle était d'un vert foncé, elle avait de grands accès de fièvre, les matières étaient décolorées, l'urine ictérique ; le foie, très augmenté de volume, descendait jusqu'à la fosse iliaque droite ; la vésicule biliaire n'était pas dilatée.

Le 30 août 1894, M. Delbet fit une incision sur le bord externe du muscle droit; il trouva la vésicule rétractée, collée sur un calcul du volume du pouce, long de 2 à 3 centimètres. Des adhérences très résistantes avaient oblitéré l'hiatus de Winslow et empêchaient absolument l'exploration du cholédoque. L'opérateur incisa la vésicule, morcela le calcul et pratiqua une cholécystentérostomie avec un bouton de Murphy. Malheureusement, après avoir fixé les deux demi-boutons, l'un dans la vésicule, l'autre dans la première anse grêle, il lui fut impossible d'articuler le bouton, parce que la vésicule, trop étroite, ne permettait pas de soutenir avec les doigts le demi-bouton qu'elle contenait. Le chirurgien enleva le bouton et fit une suture à deux étages au catgut.

Les suites furent très simples, les selles se recolorèrent graduellement, l'ictère disparut peu à peu, la fièvre, au bout de quelques jours, descendit lentement, puis disparut complètement. Dix mois après, la guérison se maintenait parfaite. »

M. Chaput est, comme M. Delbet, partisan de l'incision sur le bord externe du muscle droit, car elle est l'incision de choix pour explorer et traiter la vésicule, tout en permettant de manœuvrer facilement sur le cholédoque. L'incision médiane de M. Quénu ne donne accès qu'au cholédoque et ne permet pas d'agir sur la vésicule. Or, l'exploration de la vésicule est indispensable, d'autant plus qu'on est très souvent obligé d'agir sur elle, soit exclusivement, soit simultanément, avec une intervention cholédoquienne. M. Jourdan, dans son excellente thèse, conclut aussi en faveur de l'incision latérale.

En présence d'adhérences très importantes, rendant très difficile l'intervention sur le cholédoque, M. Delbet avait à choisir entre la cholécystostomie et la cholécystentérostomie.

MM. Terrier et Michaux, s'appuyant sur les observations de M. Ricard, de Dujardin-Beaumetz, reprochent à la cholécystentérostomie de favoriser l'infection des voies biliaires, tandis que la cholécystostomie ferait cesser les accidents infectieux préexistants.

D'après M. Chaput, toute opération qui supprime la stase biliaire réalise, de ce fait, la désinfection relative des voies biliaires ; à ce point de vue, les deux opérations se valent sensiblement.

On objecte à la cholécystentérostomie que la vésicule débouche dans un milieu septique ; mais n'en est-il pas de même pour la cholécystostomie, lorsque, au bout de quelques semaines, le malade se panse lui-même ?

Au point de vue de l'infection, les deux opérations la combattent, en supprimant la stase, et la favorisent par ce fait qu'elles débouchent en milieu septique ; mais l'action favorisante est très restreinte, tant que le cours de la bile n'est pas ralenti par un obstacle anormal.

Tandis que la cholécystostomie occasionne une infirmité cruelle, la cholécystentérostomie n'a aucun inconvénient. M. Chaput ne serait même pas éloigné de la croire supérieure à la cholédocotomie elle-même, dans le traitement des calculs du cholédoque.

Quoi qu'il en soit, il tient à faire remarquer que, dans l'observation de M. Delbet, la cholécystentérostomie, non seulement n'a pas favorisé l'infection, mais au contraire l'a guérie radicalement et définitivement.

M. Delbet, ne pouvant anastomoser le duodénum avec la vésicule, a choisi la première anse grêle ; c'était beaucoup plus rationnel que de prendre l'estomac (puisque la bile arrête la digestion gastrique), ou une anse grêle quelconque, ou le gros intestin, parce que, dans le dernier cas, une grande longueur du tube digestif est soustraite aux conditions normales de la digestion.

Le bouton de Murphy n'a pu être articulé à cause des faibles dimensions de la vésicule, ajoutons qu'en raison de l'épaisseur des parois de cet organe, on aurait pu craindre des accidents de perforation par le bouton, comme c'est arrivé au malade de Shephard, chez lequel la vésicule, très épaisse, fut coupée net par le bouton, et amena la mort par hémorragie.

Le procédé de la suture à deux étages, employé par M. Delbet, paraît de tous le plus simple, le meilleur et le plus bénin.

M. QUÉNU pense que l'incision médiane est préférable, quoi qu'en puisse dire M. Chaput. Il croit, en plus, que la cholécystentérostomie, nécessitant une vésicule volumineuse, n'est applicable qu'à un certain nombre de cas.

M. TERRIER dit qu'il n'est rien moins que prouvé que M. Delbet se soit trouvé en présence d'un calcul du cholédoque. Rien n'est plus difficile que de faire cette constatation.

Il ne croit pas que l'abouchement de la vésicule à l'estomac amène l'arrêt de la digestion. Il cite à cet égard deux observations de chirurgiens viennois et une qui lui est personnelle. Quant à l'incision, suivant les cas, on la fait latérale ou médiane.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Kyste hydatique du foie. — M. QUÉNU présente un liquide de kyste hydatique du foie, ponctionné aseptiquement et qui s'infecta secondairement par rupture des voies biliaires dans l'intérieur du kyste vidé. Le liquide contenait du bacterium coli.

Lipome rétropéritonéal. — M. PEYROT présente des pièces provenant d'une femme à laquelle il avait enlevé, il y a trois ans, un lipome rétropéritonéal du poids de 8 kilos. D'autres tumeurs lipomateuses se sont développées dans l'épiploon, le mésentère, dans la graisse rétropéritonéale, etc., et ont fini par amener la mort de la malade.

Au cours de la séance ont été nommés :

1° Membres correspondants étrangers, MM. Bayer (de Prague); Mickulicz (de Breslau); Murphy (de Chicago); Ratimoff (de Saint-Pétersbourg).

2° Membres correspondants nationaux, MM. Dubourg et Villar (de Bordeaux), Mignon (de l'armée).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine (1), publié sous la direction de Paul Poirier, par MM. Charpy, Nicolas, Prenant, Poirier et Jonnesco.

Signalons à nos lecteurs l'apparition d'un nouveau volume du Traité d'anatomie humaine que publie M. Poirier. Ce présent fascicule, le septième, est un gros livre de 550 pages, illustré de 312 dessins originaux. Consacré tout entier à l'exposition de la myologie, il débute par une préface embryologique, clairement et brièvement rédigée par le professeur Prenant (de Nancy). Suivent 40 pages environ dans lesquelles le professeur Nicolas détaille, avec la netteté et la précision qui lui sont habituelles, l'histologie générale du système musculaire; mais pourquoi traiter des fibres lisses au début d'un livre dans lequel il ne sera question que des muscles striés? L'histologie a de ces mystères.

Le reste est l'œuvre personnelle de M. Poirier. On retrouvera dans ces descriptions de muscles et de groupes musculaires, les qualités et les défauts connus du chef des travaux anatomiques de notre Faculté. La clarté et la recherche de la précision poussée peut-être à l'extrême, voilà ce que nous voulons dire. A quoi M. Poirier pourra nous répondre que si nous ne manquons point, en France, de livres courts, nous n'avons point un traité complet, mis au courant des travaux modernes, si nombreux. En fait, s'il parvient à nous donner ce traité, et nous commençons à y croire, notre collègue aura rendu un grand service à l'anatomie française et aux nombreux travailleurs obligés d'aller chercher çà et là les notions éparses dans des publications diverses en France et à l'étranger.

Aussi bien le traité est déjà assez avancé pour que l'on puisse porter un jugement d'ensemble, les volumes consacrés à l'étude de l'*ostéologie*, de l'*arthrologie* et de la *myologie*, dus tous les trois à M. Poirier, sont clairs, complets, fort au courant. Les deux volumes, dans lesquels le professeur Charpy a donné l'état actuel de nos connaissances sur les organes nerveux centraux, ne laissent rien à désirer, si nous nous en rapportons au dire des gens compétents. Même le gros fascicule dans lequel M. Jonnesco a exposé l'anatomie du tube digestif, en un style qui en rend la lecture un peu difficile, est une mine bibliographique fécondée par les recherches personnelles de l'auteur. En somme, l'œuvre est et se maintient de grande envergure, fort honorable pour les collaborateurs et le directeur.

Pour en revenir à la myologie qui vient de paraître, notons, comme dans les volumes précédents, l'abondance des dessins et des schémas qui facilitent l'intelligence du texte. La plupart de ces dessins sont dus au crayon de Paul Richer, l'auteur de l' « Anatomie artistique » : c'était le collaborateur désigné pour la figuration des muscles que l'on trouvera représentés sous leurs formes véritables.

Nous n'essaierons pas de suivre l'auteur dans ses divers chapitres; signalons seulement le chapitre consacré aux *synoviales des doigts et de la main*, dans lequel on trouvera des vues originales et nouvelles sur un sujet qui paraissait connu et épuisé.

(1) *Myologie.* — In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Battaille et Cie.

De la cure radicale de la hernie inguinale dans les méthodes opératoires sanglantes (1), par le docteur Agier.

Le livre de notre confrère lyonnais est des plus documentés et la lecture en est des plus instructives. On peut en tirer les notions suivantes :

La hernie inguinale, plus que toute autre, offre des conditions variables.

Ce qu'il faut, c'est moins une méthode unique et générale que des méthodes adaptées à chaque cas particulier et aux circonstances.

Quelles sont ces méthodes, quelles manœuvres opératoires choisir? C'est là un point dont on doit surtout demander la solution aux résultats pratiques et, dans le cas présent, à des résultats de plus en plus éloignés. Or, les statistiques d'opération de cure radicale pour hernie inguinale sont loin de satisfaire à cet égard.

Aussi, peut-on dire que le choix d'une méthode convenable est encore une question *sub judice*.

Est-ce à dire qu'aucune méthode ne donne des résultats définitifs efficaces? Non. Entre les mains de nombreux chirurgiens, des méthodes variées ont donné un certain nombre de succès encourageants, dont la proportion va sans cesse en augmentant. Mais l'incertitude règne toujours sur le chiffre réel de ces succès.

En somme, si, comme le disait Spanton au Congrès de Rome (1894), avec de l'attention, des soins, les causes de récidives peuvent disparaître et devenir de moins en moins fréquentes, surtout entre les mains de chirurgiens expérimentés, l'opération de cure radicale, en tant qu'elle constitue à elle seule l'opération, demande au chirurgien qui veut la pratiquer, une connaissance approfondie des états variables d'une hernie inguinale et des manœuvres opératoires dont il veut faire usage, une habileté particulière qui ne s'acquiert que par une longue pratique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er février 1896, M. le docteur Le Lan, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire, est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires pour le service de M. le docteur Péan, à l'Hôpital International, s'ouvrira le jeudi 20 février 1896.

— *Hospices du Havre.* — Le concours pour une place de médecin-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bernardbeig, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le concours pour deux places de chirurgiens-adjoints s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Leroy et Balard (d'Herlinville).

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. IV, n° 1, janvier-février 1896.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HÔPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 février 1896, M. Estor, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de Montpellier.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Derœux est nommé chef des travaux chimiques.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Durand, agrégé, est nommé chef-adjoint des travaux de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Reims.* — M. Géneau de Lamarlière est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Topsent est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Brunon est nommé directeur de ladite école.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Lapeyre est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Voirin est nommé médecin-adjoint au lycée de Bar-le-Duc (emploi vacant).

— M. le docteur R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de Necker, fait paraître un nouveau journal hebdomadaire de médecine, sous le titre : « La Semaine gynécologique. » Le premier numéro porte la date du 4 février 1896.

— MM. Bertheraud, Coyon, Millet et Victor Veau commenceront une conférence d'externat le vendredi 14 février 1896, à trois heures de l'après-midi, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Petit), et la continueront les vendredis suivants, à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Excursions organisées avec le concours des « Indicateurs Duchemin ».

1° *Excursion au Carnaval de Nice*, du 12 au 20 février 1896. — Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Paris. — Prix : 1re classe, 320 francs; 2e classe, 245 francs.

2° *Excursion en Italie et au Carnaval de Nice*, du 12 février au 11 mars 1896. — Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin et Paris. — Prix : 1re classe, 945 francs; 2e classe, 845 francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer, le transport en voitures, bateaux, le logement, la nourriture, etc., pendant toute la durée du voyage, sous la responsabilité des « Indicateurs Duchemin ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

107. M. ROBIN. Contribution au traitement chirurgical des varices. — 108. SAUTIEUX. Considérations sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage. — 109. M. GOVIN. Étude du bassin cyphotique pur au point de vue obstétrical. — 110. M. DÉGRAND. Bilan thérapeutique de l'électricité statique en 1895. — 111. M. MASQUERAY. Étude sur les kystes hydatiques du mésentère et des mésocolons. — 112. M. Raymond MARTIN. De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né durant les dix premiers jours qui suivent la naissance. — 113. M. VALOIS. Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision. — 114. M. BARRUOL. Complications cardiaques de la blennorragie. — 115. M. GRÉSILLON. La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax. — 116. M. GOSSET. Le mariage des chlorotiques. — 117. M. CHESNAIS. Étude sur la fièvre typhoïde à la campagne. — 118. M. REDHON. Des troubles cardiaques de l'hystérie. — 119. M. JORAND. Accidents et complications de la symphyséotomie. — 120. M. MÉRIEUX. Contribution à l'étude clinique de la phlébite variqueuse suppurée. — 121. M. BLANCARD. Réflexions sur l'hygiène de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum à la campagne; abus et imprudences des matrones. — 122. M. YAZEDJIAN. Étude clinique sur une forme de kératodermie unilatérale des extrémités. — 123. M. RIPAULT. L'hérédo-syphilis infantile. Manifestations pharyngo-nasales et laryngées. — 124. M. GUIART. Étude sur la glande thyroïde dans la série des vertébrés. — 125. M. BOURGUINAUD. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hydrocèle. — 126. M. HÉBERT. Action de la nicotine sur quelques bactéries. — 127. M. LABOUREUR. Étude sur les exanthèmes dans la varicelle. — 128. M. PETIT. De l'intervention chirurgicale dans les fractures récentes. — 129. M. RANGLARET. Étude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoïdales. — 130. M. FLANDROIS. Des épanchements péri-articulaires dans les traumatismes du genou. — 131. M. MAYOUX. De l'entérodèse par la méthode de Duplay.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Delorme (du Val-de-Grâce) lit un très intéressant travail sur les effets des balles cuirassées de 8 millimètres tirées à courte distance. Nous le publierons *in extenso*.

La question de la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux revient sur le tapis. M. Terrier montre combien toutes les mesures de précaution sont négligées dans les hôpitaux. Il signale la proportion considérable des employés frappés de tuberculose.

De son côté, M. François-Franck signale la tuberculose des laboratoires.

M. Debove fait observer, avec juste raison, que les précautions prises dans la clientèle de la ville doivent être prises dans les services hospitaliers. L'isolement des phtisiques est donc complètement à l'ordre du jour.

M. Laborde présente quelques animaux sur lesquels on peut constater l'effet d'un curare nouveau, à la fois curatif et préventif.

L'Académie a procédé, enfin, à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la section de pathologie interne. MM. Fiessinger (d'Oyonnax) et Soulier (de Lyon) sont élus.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecin; honoraires; visites; preuve; prescription; tribunal compétent.

Nous avons souvent traité la question de la prescription des honoraires. Notre confrère, le *Bulletin médical*, donne, à ce sujet, la consultation que voici à propos du cas suivant :

Au mois d'août 1893, le docteur X... a eu à soigner un de ses clients pour une maladie fort longue; ses soins ont duré, sans discontinuité, jusqu'en août 1894, époque à laquelle son client a dû entrer dans une maison de santé. Il y est mort en février 1895, laissant sa veuve commune en biens et, pour héritiers, deux cousins. Après son décès, en mars 1895, il écrivit à la veuve pour lui réclamer ses honoraires; elle lui répondit, par lettre, le même mois, qu'elle le priait d'attendre quelque temps, les affaires de succession n'étant point encore réglées.

Il attendit, et c'est seulement en décembre dernier qu'il réclama à nouveau le paiement. La veuve ne lui a pas répondu : mais les deux héritiers lui ont écrit que tous les comptes étaient réglés entre eux, qu'il avait eu tort d'attendre si longtemps pour faire connaître sa prétendue créance, et qu'ils invoquaient la prescription.

Que doit-il faire? La prescription peut-elle lui être opposée, puisqu'il a une lettre de la veuve? Il réclame 400 francs d'honoraires; devant quel tribunal devra-t-il assigner ses débiteurs?

Ce fait soulève les questions suivantes :

1° Y a-t-il prescription actuelle pour le paiement de soins médicaux commencés en août 1893 et finis en septembre 1894?

2° S'il y a prescription, n'a-t-elle pas été interrompue par la lettre de la veuve en mars 1895?

3° Quel est le tribunal compétent pour connaître de l'affaire?

Premier point. — *Prescription.* — La loi du 30 novembre 1892, modifiant l'article 2272 du Code civil, a porté à *deux années*, au lieu d'*un an*, le délai de la prescription.

Par conséquent, en prenant comme date le 15 décembre 1895, par exemple, tous les soins médicaux donnés depuis le 15 décembre 1893 ne sauraient être atteints par la prescription : seuls, pourraient l'être les honoraires dus depuis août 1893 jusqu'au 15 décembre 1893.

Mais il est admis en jurisprudence que les visites d'un médecin pour le traitement d'une même maladie ne donnent pas naissance à autant de créances distinctes, prescriptibles séparément, mais à une créance unique qui, devenue complète seulement au jour de la cessation des rapports du médecin et du malade, est également prescriptible seulement à partir de ce jour. (Rolland. *Les médecins et la loi du* 30 *novembre* 1892, n° 180.)

Dans l'espèce de notre correspondant, ses soins ayant été donnés d'une façon continue, et pour la même maladie, du mois d'août 1893 au mois d'août 1894, c'est seulement à partir de ce dernier mois que la prescription a commencé à courir; deux ans n'étant pas encore écoulés, il n'y a pas prescription.

Deuxième point. — *Interruption de la prescription.* — En admettant, par impossible, que la prescription soit acquise pour les soins donnés d'août 1893 à décembre 1893, cette prescription n'a-t-elle pas été interrompue par la lettre de la veuve en mars 1895?

Nous ne le croyons pas.

Aux termes de l'article 2274 du Code civil, la prescription ne cesse de courir que lorsqu'il y a eu *compte arrêté*, *cédule*, *obligation* ou *citation en justice*.

Une simple lettre, faisant seulement allusion à la dette sans en indiquer le montant, ne rentre pas sous les énonciations de l'article 2274, et dès lors ne peut interrompre la prescription. (Voir notamment : Arrêt de cassation, 14 juillet 1875, et Tribunal de la Seine, 7 novembre 1895.)

Ce jugement est intéressant à reproduire (il s'agissait d'une note de dentiste) :

« Attendu, dit-il, que la lettre invoquée contient notamment le passage suivant : « Je viens vous prier de m'excuser si je vous fais attendre aussi longtemps l'argent que je vous dois; soyez persuadé que je ne vous oubliais pas et que j'attendais d'être à la nouvelle année pour m'acquitter envers vous »;

Attendu que ladite lettre, faisant allusion à une dette dont la quotité n'est pas énoncée, ne saurait constituer qu'un simple commencement de preuve par écrit, et ne rentre pas sous les énonciations de l'article 2274, qui sont le compte arrêté, la cédule ou l'obligation;

Attendu que le texte si précis de l'article 2274 exige que le titre invoqué comme interruptif des courtes prescriptions de l'article 2272, ait opéré novation;

Attendu que, du rapprochement des deux articles 2248 et 2274, il résulte que, tandis que la prescription ordinaire est interrompue par la reconnaissance que le débiteur ou le possesseur fait du droit de celui contre lequel il prescrivait, les prescriptions des articles 2272 et 2274 ne cessent de courir que s'il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation;

Attendu qu'aucune de ces circonstances spécifiées limitativement, comme pouvant seules interrompre la prescription de l'article 2272, ne se rencontre pas dans la cause..... »

Il faut observer aussi que, dans notre cas, la lettre de la veuve pouvant s'appliquer seulement à la période de non-prescription, il est impossible de la retenir comme recon-

naissance de la dette totale, et par conséquent d'y trouver un acte interruptif de cette prescription.

Enfin, cet aveu, cette reconnaissance de la veuve, n'aurait en tout cas aucun effet à l'égard des héritiers, ne leur serait pas opposable : il n'aurait de valeur légale qu'à l'égard de la veuve. (Voir Cassation, 22 juin 1830.)

TROISIÈME POINT. — *Tribunal compétent.* — Notre correspondant réclame 400 francs d'honoraires. Ces 400 francs se divisent légalement de la façon suivante : 200 sont dus par la veuve, en sa qualité de commune en biens, pour sa part dans la communauté ; les autres 200 francs se divisent également entre chacun des héritiers; chacun d'eux doit donc 100 francs. (Art. 870, 873, 1220, Code civil.)

Il n'y a aucune solidarité entre la veuve et les héritiers.

Notre correspondant doit assigner la veuve en paiement de 200 francs, et chacun des héritiers en paiement de 100 francs.

Chaque dette ne dépassant pas 200 francs, c'est le juge de paix du domicile de chacun des débiteurs qui est compétent; il jugera en premier ressort à l'égard de la veuve (200 francs), en dernier ressort à l'égard de chacun des héritiers (100 francs).

HOPITAL ANDRAL

Étude sur la pituite hémorragique des hystériques (1).

Par MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, et MILIAN, interne des hôpitaux.

Le symptôme que nous avons l'intention d'étudier ici a été décrit par M. Josserand [de Lyon (2)], sous le nom d'hémosialémèse hystérique : le mot de pituite hémorragique, qui a l'avantage d'être français, a, en somme, à peu près la même signification.

On connaissait depuis longtemps les grandes hématémèses des hystériques ; on connaissait moins bien ce que nous proposons d'appeler la pituite hémorragique. Le travail de M. Josserand, qui date de 1893, est le premier dans lequel cette forme de l'hématémèse ait été nettement distinguée et bien décrite. Elle n'était pas cependant restée inaperçue, ce qui eût été tout à fait extraordinaire, étant donné sa fréquence. Lasègue la connaissait et lui attribuait sa signification spéciale de manifestation hystérique. M. Hanot, qui tient cette notion de Lasègue, signale à l'occasion à ses élèves la pituite hémorragique qu'il rapporte également à l'hystérie. Nous avons inspiré la thèse que M. Hermann a récemment faite sur ce sujet.

Si nous voulons reprendre aujourd'hui une étude très bien faite par M. Josserand, c'est que l'un de nous était arrivé de son côté à distinguer la pituite hémorragique des autres hématémèses, et à la considérer comme un véritable signe d'hystérie ; c'est que le travail de notre collègue des hôpitaux de Lyon ne paraît pas avoir attiré suffisamment l'attention ; c'est, enfin, que notre expérience personnelle nous a amenés non seulement à en confirmer les conclusions, mais encore à relever quelques particularités inédites et dignes cependant d'attirer l'attention.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) JOSSERAND. Sur une variété d'hématémèse nerveuse (hémosialémèse hystérique), *Lyon méd.*, 1893, p. 219.

Comment se présente le plus souvent à l'observation la pituite hémorragique ?

Le matin, à la visite, un malade, beaucoup plus souvent encore une malade, nous présente son crachoir contenant une certaine quantité d'un liquide sanguinolent. On peut le comparer à du sirop de groseille étendu d'eau. M. Josserand, de son côté, le compare à du sirop de ratanhia. Nous avons vu, à plusieurs reprises, le liquide passer successivement de la teinte sirop de groseille à la teinte sirop de ratanhia. Nous avions quelque tendance à attribuer ce changement à l'action du suc gastrique, mais nous l'avons vu se produire alors qu'il n'y avait pas de suc gastrique dans le liquide rejeté. En tous cas, le liquide est toujours rouge lorsqu'il est récent, il devient plus foncé avec le temps. Jamais il ne se coagule, jamais on n'y trouve de caillots sanguins. Sa quantité est toujours minime ; elle ne dépasse guère 60 à 100 grammes environ.

Si l'on interroge le malade sur la façon dont s'est faite cette petite hématémèse, il vous apprend le plus souvent que la nuit, trois ou quatre heures après s'être mis au lit, il a expulsé le liquide d'un seul coup. « Le liquide, dit M. Josserand, est rendu d'un seul coup, assez brusquement; le sujet a la sensation d'un étouffement, d'une boule, d'une constriction épigastrique ou rétro-sternale, sa bouche se remplit de salive, et, en même temps, il rejette d'un seul coup le corps du délit, après quoi il se trouve soulagé. » Nous avons noté, de notre côté, comme prodromes de l'hématémèse, une sensation de malaise général, d'inquiétude, de brûlure, de douleur au creux épigastrique. Il semble assez souvent qu'il s'agisse d'une petite crise nerveuse avortée, avec sensation de boule œsophagienne, de constriction pharyngée.

Un malade, actuellement en observation à l'hôpital Andral, a une véritable petite crise nerveuse. Il perd connaissance et se raidit ; il ne pâlit, ne crie, ni ne se débat. Au bout de quelques instants, il apparaît à sa bouche un liquide sanglant. Il reprend alors connaissance et rejette dans son crachoir deux ou trois gorgées semblables. Il sent parfaitement venir ces attaques. Dès qu'il a repris connaissance, il sait immédiatement de quoi il s'agit. A l'examen, on ne constate ni morsure de la langue, ni suintement gingival, ni rien qui puisse indiquer le point de départ de l'hémorragie. Le liquide sanglant ne paraît pas venir de l'estomac ; il renferme de la salive. L'hystérie, chez ce malade, est caractérisée par l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, par l'existence de points douloureux à la pression, dans les fosses iliaques, par le rétrécissement marqué du champ visuel des deux côtés, etc.

Quelquefois, mais rarement, le vomissement est précédé d'une sensation nauséeuse. Rarement aussi, le liquide sanguinolent s'accompagne de matières alimentaires, mais le fait se présente quelquefois. Dans un cas, sur lequel nous reviendrons plus loin, on a vu la sialorrhée sanglante précéder un vomissement alimentaire.

Les malades chez lesquels se montre cette pituite hémorragique sont le plus souvent des dyspeptiques vagues. Du côté de l'estomac, on trouve ordinairement un peu de distension gazeuse et un point douloureux à la pression, au creux épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane. Ce point douloureux, très fréquent dans la dyspepsie nerveuse, semble correspondre au pylore hyperesthésié.

Dans tous les cas observés par M. Josserand et par nous, il s'agissait d'hystériques, d'hystériques femmes, dans le

plus grand nombre des cas. Les stigmates de la névrose étaient assez évidents et assez nombreux pour ne laisser aucune prise au doute : inutile de les énumérer ici. Les malades sont de caractère émotif, fantasque, ils ont eu, le plus souvent, à plusieurs reprises, des attaques convulsives.

Dans certains cas, du reste, comme nous le disions tout à l'heure, cette hématémèse si particulière est accompagnée ou précédée de phénomènes qui rappellent plus ou moins nettement une crise hystérique. Une infirmière, que nous avons récemment observée à l'hôpital Tenon, éprouve au creux épigastrique, à la moindre contrariété, une angoisse, une pesanteur : c'est comme une boule qui l'étouffe, puis elle sent cette boule remonter, s'arrêter à la gorge, et cette sorte d'aura se termine, tantôt par une crise convulsive, tantôt par le rejet d'une gorgée du liquide que nous avons décrit. Il y a donc, entre la crise hystérique et la pituite hémorragique, une sorte d'équivalence séméiologique ; le crachement sanglant se présente comme une crise en miniature et comme une crise larvée. Nous avons montré, par un exemple, que le rejet du liquide sanglant peut se faire alors que le malade a perdu connaissance au cours d'une véritable crise.

Nous n'avons jamais constaté d'autres hémorragies concomitantes; nous avons vu quelquefois, mais rarement, cette hématémèse se produire chez les femmes au moment de la période menstruelle.

En général, la pituite hémorragique se reproduit à plusieurs reprises, quelquefois tous les jours, pendant des semaines, quelquefois à des intervalles plus ou moins éloignés, à propos d'une émotion, d'un chagrin ou encore au moment des règles.

Cherchons maintenant quelle est la nature du liquide vomi.

Lorsqu'on le laisse déposer dans une éprouvette, il se colore en noir et présente, au bout de quelque temps, non plus la teinte sirop de groseille, mais la teinte sirop de ratanhia. Il se divise en deux couches distinctes : une supérieure plus claire, ne renfermant aucun élément solide; une supérieure plus foncée, composée de mucus, de globules rouges et blancs et de débris épithéliaux. Lorsque le dépôt n'est pas encore effectué, on peut constater, en faisant des préparations de sang sec par la méthode de M. Hayem, la présence d'un assez grand nombre de globules rouges ; ils sont beaucoup moins nombreux, toutefois, que dans le sang pur. Ces globules sont aussi plus ou moins décolorés.

Chez l'infirmière dont nous avons parlé tout à l'heure, nous avons trouvé la réaction du liquide franchement acide, faisant virer au rouge vif la teinture bleue de tournesol. Ce liquide faisait aussi virer le vert brillant du bleu au vert; il renfermait donc une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre, et, par conséquent, de suc gastrique.

Il n'en est pas toujours ainsi : le liquide rejeté est quelquefois neutre, sinon alcalin. Il paraît toujours contenir de la salive. En effet, il transforme l'amidon avec une très grande rapidité, de telle sorte que la réaction disparaît presque instantanément.

M. Josserand a montré qu'en mélangeant artificiellement de la salive et du sang, on obtient un liquide absolument analogue à celui qui constitue la pituite hémorragique. Il faut, pour cela, un de sang pour dix de salive.

Mais d'où vient ce sang? On a attribué aux hématémèses hystériques des points d'origine différents ; l'estomac, le larynx, les amygdales, l'épiglotte, la base de la langue, le pharynx, etc. Lorsqu'on constate que le liquide rejeté renferme de l'acide chlorhydrique ou des détritus alimentaires, on est naturellement amené à penser que l'hémorragie s'est faite dans l'estomac : rien ne le démontre cependant d'une façon péremptoire. On a lieu d'être étonné que le mélange de la salive et du sang soit si intime et que le liquide rejeté soit si différent de celui qu'on rencontre lorsqu'il s'est fait une hémorragie de peu d'abondance, au cours d'une maladie ulcéreuse de l'estomac. Comment se fait-il que la pituite hémorragique soit complètement inconnue encore, lorsque le sang venu du dehors est rejeté de l'estomac après y avoir séjourné quelque temps? Comment expliquer ce mélange intime avec la salive qui donne évidemment à la pituite hémorragique son apparence spéciale?

Dans une observation consignée dans sa thèse (1), Ferran dit avoir vu sourdre, de la muqueuse buccale d'une femme, du sang qui fut ensuite rejeté mêlé à de la salive ; il n'est pas impossible que les glandes salivaires, disséminées sous la muqueuse de la bouche, fournissent le liquide en question.

Nous avons observé nous-mêmes le fait suivant : une femme d'une trentaine d'années, très nerveuse, présente des stigmates hystériques bien nets : ovarie, boule œsophagienne, hémianesthésie. Un matin, au début d'une période menstruelle, peu de temps après son déjeuner, elle accuse de la pesanteur, du malaise épigastrique et un vague état nauséeux. La salive afflue à la bouche ; elle est nettement sanguinolente, ainsi que le constate un médecin présent.

Quelques instants après, la malade vomit son déjeuner. Si le vomissement était survenu plus tôt, en même temps que la sialorrhée sanglante, ou si la salive hémorragique avait été déglutie inconsciemment et rejetée ensuite, on eût eu la pituite hémorragique avec vomissement alimentaire.

N'est-il pas très possible que la salive sanglante, ingérée pendant la nuit, soit rejetée peu de temps après sa pénétration dans l'estomac? On sait que Frerichs a expliqué la pituite matinale des alcooliques par la déglutition d'une quantité plus ou moins considérable de salive avalée pendant le sommeil et expulsée le matin. Chez les hystériques, comme chez les alcooliques, la déglutition de la salive se ferait la nuit aussi, mais ils n'attendraient pas le matin pour la rejeter.

Nous ne sommes pas autorisés, cependant, à repousser l'idée d'une hémorragie vraie avec mélange ultérieur du sang à la salive. Le sang peut encore très bien provenir d'ailleurs que de l'estomac. Le malade, que l'un de nous observe en ce moment à l'hôpital Andral, ne semble pas vomir le liquide sanglant qui vient sourdre dans sa bouche pendant ses pâmoisons. D'où vient-il? Nous l'ignorons. On y trouve, au microscope, d'assez nombreuses cellules pavimenteuses, mais pas une seule cellule à cils vibratiles attribuable au larynx ou aux bronches.

Le diagnostic du symptôme est facile. L'aspect du liquide est caractéristique. On ne s'en laissera pas imposer par la présence du sang venu des gencives malades. Les hystériques seraient bien capables, pour attirer l'attention sur elles, de profiter d'une gingivite pour obtenir, par succion, une salive mélangée de sang.

(1) Ferran. *Les hématémèses hystériques*, Th. de Paris, 1874.

Le liquide de la pituite hémorragique ressemble assez à l'expectoration sanguinolente que présentent certains cardiaques, certains aortiques au artérioscléreux, à la suite d'une poussée aiguë d'œdème pulmonaire. Il s'agit alors d'un liquide franchement expectoré, à la suite d'une crise intense de dyspnée, après des quintes de toux convulsives et des plus pénibles. La notion de ces crises, l'auscultation du poumon, la constatation de lésions cardiaques ou artérielles, permettront facilement d'établir le diagnostic différentiel.

Nous ne croyons pas que la pituite hémorragique ait été vue chez d'autres malades que chez des hystériques. Lasègue la considérait comme une manifestation de l'hystérie; M. Hanot, son élève, a accepté cette interprétation dont il a eu, nous disait-il récemment, maintes fois l'occasion de contrôler l'exactitude. Se basant sur ses propres observations, M. Josserand (de Lyon) donnait la pituite hémorragique comme un véritable stigmate d'hystérie. Nous avons le souvenir précis de neuf cas de pituite hémorragique : toujours il s'agissait de malades hystériques. Deux d'entre eux seulement étaient des hommes. On peut donc admettre, d'après cela, que ce phénomène présente une grande valeur pour le diagnostic de l'hystérie.

Peut-il se rencontrer en dehors de cette névrose?

La chose est possible, mais non démontrée; son caractère névropathique n'en resterait pas moins nettement établi : c'est là le point important. Jusqu'ici, du reste, on n'a pas pu tracer de frontière naturelle entre les diverses névroses; on est même en droit de se demander si ces frontières existent.

Savoir que la pituite hémorragique appartient presque exclusivement, sinon tout à fait exclusivement, à ceux des névropathes que l'on est en droit de qualifier d'hystériques, cela n'est pas sans avoir une grande importance au double point de vue du pronostic et du traitement.

Si ce symptôme est souvent très tenace, s'il se reproduit quelquefois avec une grande persistance, il n'a par lui-même aucune gravité. L'hématémèse ne correspond qu'au rejet d'une quantité minime de sang, et il n'y a pas derrière elle de lésion anatomique grave de l'estomac.

Il ne faut donc pas traiter les malades qui présentent ce symptôme avec toute la sévérité de régime, qui est de mise contre l'ulcère rond, par exemple. Nous n'avons pas hésité à passer le tube pour la gaver, à une hystérique qui présentait à la fois la pituite hémorragique et une anorexie intense. Elle a rapidement guéri.

Il convient d'éloigner du régime de ces malades tous les aliments et toutes les boissons irritantes; au besoin, on donnera des calmants anodins, tels que la morphine à faible dose, la codéine, l'eau chloroformée saturée, mais étendue d'eau, les boissons chaudes. On aura recours à l'hydrothérapie chaude ou froide, suivant les cas; aux applications locales, froides ou chaudes, sur la région épigastrique, mais surtout on ne craindra pas d'user largement de la suggestion. Non pas qu'on doive hypnotiser les malades, ce qui souvent ne va pas sans de graves inconvénients; on usera de la suggestion à l'état de veille, et particulièrement de la suggestion médicamenteuse. On rassurera les malades que le vomissement d'une certaine quantité de sang pourrait effrayer et cela, fréquemment, contribuera à hâter la guérison, non de la maladie, mais au moins du symptôme.

MÉDECINE MILITAIRE

Le service de santé et l'armée coloniale.

I

L'organisation de l'armée coloniale est chose presque accomplie, c'est donc une question toute d'actualité. La proposition de loi présentée le 9 juillet 1895 est intéressante à beaucoup d'égards puisqu'elle vise : 1° l'organisation d'une armée coloniale, 2° la suppression du 19e corps d'armée actuel, 3° la création du 19e corps d'armée en France.

A plusieurs points de vue, les dispositions générales relatives à la constitution de l'armée coloniale méritent d'attirer l'attention de nos confrères militaires et civils, car le fonctionnement des services sanitaires d'Algérie serait profondément modifié.

L'honorable M. Cavaignac, aujourd'hui ministre de la Guerre, a, dans son projet exposé, d'une façon nette, la répartition du personnel militaire et critiqué son emploi : « Croirait-on, dit-il, que près de la moitié — nous disons la moitié — des médecins militaires employés hors des corps de troupe est en Algérie et en Tunisie? » soit 134 médecins et 122 officiers d'administration du service de santé. De plus, « sur un effectif total de 5407 infirmiers pour l'ensemble de l'armée française, le 19e corps en occupe plus de 2000, » près de la moitié.

Or, d'après la proposition de M. Cavaignac, l'effectif de la réserve de l'armée coloniale en Algérie comprendrait seulement 55 médecins et 52 officiers d'administration, l'effectif des infirmiers serait réduit à 450.

II

Nous allons essayer d'envisager quelles pourront être les conséquences de modifications aussi radicales au point de vue du fonctionnement ultérieur des services de la médecine militaire, aussi bien que de la médecine civile en Algérie.

Que si, avec M. Cavaignac, on recherche les éléments du contingent en malades des hôpitaux militaires, on se rend compte que c'est à peine si les malades militaires occupent le dixième des places. En faut-il conclure que ces hôpitaux constituent « une superfétation certaine »? Au point de vue militaire la chose est exacte, mais nous croyons qu'au point de vue médical et humanitaire, il y aurait peut-être quelques réserves à faire sur ce point.

Sans doute, l'autorité militaire a pu, dans certains cas, avancer avec raison qu'un certain nombre d'hôpitaux de la région du Tell étaient devenus inutiles, depuis le développement de notre colonisation et l'extension de notre action militaire dans le sud. Cela explique surabondamment pourquoi certains hôpitaux des petites villes ne sont utilisés que pour le tiers environ de leur contenance.

Mais il importe cependant de ne pas oublier que, dans les hôpitaux militaires d'Algérie, sont admis les malades civils qui ne peuvent être traités efficacement à domicile. Les territoires d'administration civile ont le service médical des colons et des indigènes assuré par les médecins de colonisation, véritables fonctionnaires touchant un traitement annuel qui, dans la première classe, peut s'élever jusqu'à 5000 francs environ. Ces médecins signent l'admission à l'hôpital militaire des malades civils dont le séjour, parfois prolongé, est, dans tous les cas, pour le budget de la guerre,

une source de dépense, puisque les sommes remboursées par les communes sont notoirement insuffisantes.

D'autre part, en ce qui concerne la nécessité de pourvoir à l'entretien des locaux de certains hôpitaux qui ne sont jamais occupés qu'incomplètement, il est évident qu'il vaudrait mieux désaffecter la partie de l'immeuble devenue inutile. Mais, dans la pratique, la chose serait d'exécution difficile, et n'oublions pas de rappeler que les hôpitaux doivent être toujours isolés des autres bâtiments militaires, quels qu'ils soient. C'est là une règle fondamentale d'hygiène dont il importe de ne se point départir.

III

Les hôpitaux militaires, créés pour la plupart de 1840 à 1860, ont été, il est vrai, établis à cette époque pour les besoins d'une armée de plus de 60000 hommes, agglomérée dans le Tell, de la population civile européenne et de la population indigène. Ces établissements ont depuis continué à fonctionner comme pendant les premières années de l'occupation. La population militaire a diminué, mais la population civile a augmenté. Quoi qu'il en soit, les médecins militaires donnent dans les hôpitaux leurs soins à de nombreux malades; parmi ceux-ci il y a autant, sinon plus, de malades civils que de militaires, dans des établissements ressortissant au budget de la guerre, mais le nombre total des malades n'en est pas moins réel.

Si les modifications demandées par M. Cavaignac reçoivent leur exécution, il en résultera que le gouvernement général de l'Algérie devra se préoccuper de la création d'hôpitaux civils. Mais, nous ne craignons pas de dire qu'il reculera devant les dépenses résultant de ce fait. En dehors de la question d'achat ou d'adaptation des immeubles et de l'installation première, il y aurait à assurer le service médical, le recrutement d'un personnel subalterne, etc., etc. Enfin, le cadre des médecins de colonisation devrait subir une augmentation très notable, le service de nos confrères étant déjà fort chargé, dans la plupart des circonscriptions.

IV

Les médecins militaires, dont le nombre dans beaucoup d'hôpitaux est depuis longtemps réduit de moitié depuis la création des postes du sud, perdraient évidemment à ne plus traiter à l'hôpital les malades civils; ceux-ci, hommes, femmes et enfants, présentent les affections les plus variées et constituent pour le médecin militaire un champ d'études aussi vaste qu'intéressant et utile. N'est-ce point en Algérie que se sont formés la plupart des médecins et chirurgiens militaires en renom de notre époque? Nous ne parlons ici que des avantages moraux, scientifiques, résultant de l'état de choses actuel; car, depuis l'institution des médecins de colonisation, les médecins civils ne participent plus aux services publics (dispensaires, expertises médico-légales, etc.), et ne reçoivent en territoire civil aucune indemnité particulière. Cela n'empêche point que, vu la pénurie relative des médecins militaires, surtout depuis la campagne de Madagascar, les mutations sont devenues encore plus fréquentes. N'a-t-on pas vu dans une seule année des aides-majors subir six mutations? Peu de personnes d'ailleurs se rendent exactement compte à quel point la vie médicale d'Algérie est peu comparable à celle de France. Elle en diffère beaucoup à cause des conditions climatériques d'abord, et ensuite du fait des distances considérables que le médecin (civil aussi bien que militaire) doit parcourir, quelle que soit la saison, pour donner aux malades les soins nécessaires. Contrairement à ce qui se passe en France, la mauvaise saison est l'été; à ce moment le personnel sanitaire est plus que surmené.

Au moment où l'organisation de l'armée coloniale va faire peut-être supprimer le bénéfice de la campagne aux officiers qui résideront dans la zone située en deçà des postes dits coloniaux (Djelfa, Biskra, Aflou, Kébili, etc.), il n'est pas sans intérêt de montrer combien, encore à l'heure actuelle, nos confrères du corps de santé paient de leur personne. En plein été, même en territoire civil, on a dans certaines localités des températures de 40 à 42 degrés. L'année dernière, pour ne pas parler de longtemps, à l'heure où la sieste était très rigoureusement prescrite pour les troupes dans certaines garnisons où la morbidité générale était considérable, les seuls militaires qui se reposaient après les autres et revenaient au service bien avant l'heure prescrite étaient les infirmiers et les médecins. Il en est à peu près ainsi chaque année; les nécessités du service hospitalier priment les prescriptions de l'hygiène et celles-ci sont nécessairement violées par ceux qui devraient le plus les respecter.

V

D'après l'honorable M. Cavaignac, pour assurer le service sanitaire de l'armée coloniale, la solution rationnelle serait soit de constituer un personnel de santé autonome, soit de détacher du personnel de santé du ministère de la Guerre les éléments nécessaires. Nous ignorons si réellement on trouverait, dans l'excédent du personnel algérien, de quoi faire face aux nécessités du service colonial. Quoique la chose paraisse devoir être exacte en principe, on rencontrera, pour la réalisation du projet, des difficultés considérables.

En augmentant dans une juste mesure le cadre des médecins de colonisation, pour rendre disponibles et utiliser ailleurs un certain nombre de médecins militaires de l'Algérie et de Tunisie, l'Etat ne réalisera probablement aucun bénéfice. Il n'est même pas dit que les pouvoirs publics trouveront des docteurs en médecine français en nombre suffisant pour remplir les fonctions de médecin de colonisation et assurer le service dans les hôpitaux civils à instituer.

Enfin, n'oublions pas que, dès les premiers jours de l'occupation, le médecin militaire s'est trouvé en Algérie dans son vrai milieu; Maillot, Baudens et bien d'autres l'ont prouvé. Il y travaille, il s'instruit, il s'intéresse à l'indigène plus qu'aucun autre; enfin il devient plus capable encore de rendre de bons services à l'armée, quand il revient dans la métropole. De son côté, l'Arabe a toujours eu grande confiance dans le médecin militaire, il sait qu'il trouvera en lui un médecin compétent, un bienfaiteur plein de cœur et de dévouement, un ami désintéressé.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile.

M. Comby résume ainsi, dans la *Médecine moderne*, la posologie de l'antipyrine administrée chez les enfants :

« L'antipyrine peut se prescrire par la bouche, par le rectum, par la voie sous-cutanée. Je parlerai d'abord de ces deux derniers modes d'introduction, qui sont les moins usités.

L'administration de l'antipyrine en lavements n'est justifiée que dans les cas où l'enfant ne peut avaler le médicament ou le vomit obstinément. Soit un enfant en proie à des convulsions, à des spasmes tétaniques, ou dont l'estomac est intolérant; on pourra prescrire un lavement, qui devra être gardé et par conséquent très petit :

Eau distillée tiède	50 à 100	grammes.
Antipyrine	1 à 2	—
Laudanum de Sydenham	1	goutte.

pour un lavement qu'on administrera à l'aide d'une poire en caoutchouc ou d'une petite seringue. Ce lavement pourra être renouvelé.

Si l'on veut agir vite, on peut introduire l'antipyrine dans le tissu cellulaire sous-cutané avec la seringue de Pravaz. On prescrira la solution suivante :

Antipyrine	4	grammes.
Eau de laurier-cerise	4	—
Eau distillée	6	—

Une à quatre seringues de Pravaz par jour suivant l'âge.

Quelquefois on associe l'antipyrine à la quinine, surtout pour faciliter la solubilité du sel quinique :

Chlorhydrate basique de quinine	3	grammes.
Antipyrine	2	—
Eau distillée, q. s. pour	10	cent. cubes.

Une seringue de Pravaz contient alors 20 centigrammes d'antipyrine et 30 centigrammes de chlorhydrate de quinine.

Mais c'est par la voie buccale que l'antipyrine est prise couramment. Son goût n'est pas mauvais et peut être aisément masqué par un sirop, surtout par le sirop d'écorces d'oranges, qui est un bon véhicule de l'antipyrine.

L'usage des paquets et des cachets est très restreint dans l'enfance, et ce n'est qu'à des sujets déjà grands qu'on pourrait donner l'antipyrine sous cette forme.

S'il s'agit d'un tout petit enfant, atteint de diarrhée simple, qu'on veut traiter par la méthode de M. Saint-Philippe, on prescrira à son exemple :

Antipyrine	50	centigr.
Sirop simple } *ââ*	50	grammes.
Eau distillée de tilleul }		

Une cuillerée à café toutes les deux heures, avant la tétée ou le repas; à partir d'un an, on double la dose.

Dans la seconde enfance, contre la chorée par exemple, il faut procéder à doses massives, non fractionnées. J'ai pour habitude de prescrire 50 centigrammes par année d'âge (soit 3 grammes à six ans, 4 grammes à huit ans, 5 grammes à dix ans, 6 grammes à douze ans).

Cette dose quotidienne doit être prise en trois ou quatre fois, de façon que l'enfant absorbe en une fois 1 gramme, 1gr50 et même 2 grammes d'antipyrine.

On prescrira :

Eau distillée	200	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	100	—
Antipyrine	20	—

En prendre de trois à six cuillerées par jour suivant l'âge.

Ces doses fortes peuvent être continuées pendant huit, dix, quinze jours et davantage; j'ai vu des choréiques prendre ainsi en deux ou trois semaines 100, 120, 150 grammes d'antipyrine, sans en être incommodés.

Si l'antipyrine est mal tolérée et détermine des douleurs d'estomac, on l'associera au bicarbonate de soude ou on la fera prendre dans de l'eau de Vichy.

Si l'on veut attaquer l'incontinence essentielle, dont les paroxysmes sont surtout nocturnes, on donnera l'antipyrine le soir, quelques heures avant le coucher, de façon que l'enfant prenne, en deux ou trois heures, 3 à 4 grammes d'antipyrine.

On peut associer l'antipyrine à la caféine, pour rendre cette dernière substance soluble, et ajouter l'extrait de réglisse pour dissimuler l'amertume du remède :

Antipyrine	2	grammes.
Caféine	1	—
Extrait de réglisse	6	—
Eau distillée	60	—

Une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Si l'on veut faire des injections hypodermiques, on pourra prescrire :

Caféine } *ââ*	2	grammes.
Antipyrine }		
Eau distillée q. s. pour	10	cent. cubes.

Chaque seringue de Pravaz contiendra 20 centigrammes de caféine et 20 centigrammes d'antipyrine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

LECTURES

Remarques sur les effets des balles cuirassées de 8 millimètres tirées à courte distance. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Tuberculose. — M. TERRIER est étonné de trouver quelques membres de l'Académie pour lesquels la contagiosité de la tuberculose reste douteuse. Quant à lui, s'il lui semble difficile de prouver la contagiosité parmi les malades des hôpitaux, il n'en est pas de même pour le personnel des employés : cette contagiosité se présente alors dans une proportion considérable; à l'hôpital Bichat 20 employés ou surveillants, sur 25, meurent de tuberculose.

Prend-on les précautions nécessaires pour éviter la contagion? Les malades crachent où ils veulent, hors des crachoirs, dans les bouches de chaleur, à l'Hôtel-Dieu. A Bichat, on carde des matelas au-dessous d'une salle de malades. On ne désinfecte pas les salles. Les services de médecine suent l'infection et la tuberculose. La contagion tuberculeuse est, dans les hôpitaux, à l'état endémique.

M. FRANÇOIS-FRANCK. La tuberculose des laboratoires doit être signalée. Deux élèves sont morts à la suite d'expériences faites sur les produits tuberculeux desséchés.

M. DEBOVE ne pense pas qu'on puisse discuter la contagiosité de la tuberculose. Les poussières des salles d'hôpitaux sont tuberculigènes, parce qu'elles renferment des bacilles tuberculeux dus aux tuberculeux en traitement. Il faut en arriver à l'isolement.

On doit aux malades des hôpitaux les précautions dont on entoure le malade de la ville.

PRÉSENTATIONS

Microbes de la pourriture d'hôpital. — M. CHAUVEL présente, au nom de M. Vincent, médecin-major, un travail manuscrit sur la pourriture d'hôpital observée chez les convoyeurs kabyles rentrant de Madagascar.

La pourriture d'hôpital, conclut M. Vincent, est une lésion spéciale et particulière à l'espèce humaine. Son microbe pathogène est un bacille spécial, allongé, non colorable par la méthode de Gram, non cultivable. On le trouve

d'une manière constante dans la pulpe pseudo-membraneuse qui recouvre les plaies atteintes de cette complication. Il y existe souvent à l'état exclusif; sa présence, constatée au microscope, peut servir à diagnostiquer l'affection et à juger du degré d'infection ou d'amélioration des plaies envahies par la pourriture d'hôpital.

Nouveau curare. — M. LABORDE présente des grenouilles et des cobayes sur lesquels on peut constater l'effet d'un curare nouveau. Ce curare, préparé directement avec la plante à curare, permet d'obtenir un extrait dont l'activité peut être atténuée par les dilutions au point de constituer un véritable médicament. Le tétanos strychnique cède assez rapidement à son emploi. Inversement, la grenouille ne succombe pas à une dose de strychnine ordinairement mortelle, si on a fait précéder cette dose d'une injection à petite dose de ce nouveau curare. Ce curare est donc à la fois curatif et préventif.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Empis sur les titres des candidats aux deux places vacantes d'associé national dans la première division.

Sont classés en première ligne : M. Renaut (de Lyon); en deuxième ligne, M. Lépine (de Lyon); en troisième ligne, M. Grasset (de Montpellier).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie infantile. Cliniques et observations (1), par les docteurs E. Charon et Gevaert.

Ce livre n'est pas écrit pour l'instruction des spécialistes, mais pour les médecins qui, dans leur carrière, pourraient se trouver en présence de cas plus ou moins difficiles de la chirurgie infantile. La première édition de cet ouvrage datant de 1891 a été rapidement épuisée. A signaler dans cette deuxième édition les articles nouveaux se rapportant aux sujets suivants : la chloroformisation chez les enfants, la ténotomie à ciel ouvert, la sérothérapie dans le croup, les athrésies intestinales, la cure radicale des hernies, le traitement des angiomes, la staphylorraphie, la recherche des corps étrangers, etc.

Ce livre, comme le sous-titre l'indique, est plutôt un recueil de cliniques et d'observations qu'un véritable traité didactique.

Sur quelques complications des varices des membres inférieurs (2), par le docteur V. Renaudin.

D'après l'auteur, l'éléphantiasis ulcéreux d'origine lymphatique présente plusieurs modalités cliniques; une des plus curieuses est l'éléphantiasis segmentaire en rapport avec un ulcère annulaire ou une cicatrice en bracelet. L'éléphantiasis variqueux peut être d'origine vasculaire sanguine.

La cicatrisation de ces ulcères peut donner lieu à un pied-bot équin. M. Renaudin proclame la nécessité d'un traitement préventif bien dirigé et d'autant plus précieux que le traitement chirurgical du pied-bot variqueux présente peu de chances de succès.

(1) In-8°, 2e édit. Prix : 15 francs. — Bruxelles, Lamertin; Paris, G. Carré.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins (1), par le docteur Guermonprez.

Cette brochure ne comporte guère d'analyse. C'est un plaidoyer en faveur de l'hystérectomie abdominale totale, et, d'après la méthode préconisée par M. Guermonprez (de Lille), cette opération, qui est, malgré l'avis des retardataires, l'opération de l'avenir, a déjà donné lieu à bien des controverses. Ce recueil de documents est d'une lecture fort instructive pour tous ceux qu'intéresse la chirurgie abdominale.

Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup (2), par le docteur G. Tsakiris.

Le docteur Tsakiris a déjà publié dans la *Gazette des hôpitaux* (3) un intéressant travail sur « Un nouveau procédé pour l'intubation du larynx ». On retrouvera dans son livre ce que nos lecteurs ont déjà pu apprécier.

Après avoir rappelé l'œuvre de Bouchut, si longtemps dédaignée en France, l'auteur en explique la juste faveur aujourd'hui naissante.

Il y a à cela deux raisons principales : la première, c'est l'intérêt qui s'attache à tout ce qui touche à la guérison de la diphtérie, depuis les travaux de l'Institut Pasteur. La seconde, c'est la mise en évidence des succès obtenus en Amérique, d'abord, par O'Dwyer, qui substitua à la pratique de la trachéotomie celle de l'intubation.

Au cours des soins que le docteur Tsakiris a été appelé à donner aux petits malades de la Crèche de diphtérie de Paris, il a été frappé de certaines imperfections des instruments de O'Dwyer et, avec l'aide de M. Mathieu, il s'est efforcé de les faire disparaître et de simplifier le plus possible et le manuel opératoire et les instruments eux-mêmes. Ce sont surtout ces résultats que l'auteur a mis en lumière.

Dans cet ouvrage, après avoir étudié les instruments de Bouchut, puis ceux de O'Dwyer, le procédé opératoire de cet auteur, les complications du tubage et les modifications que l'on a apportées à l'étranger et en France à son instrumentation; après avoir critiqué d'une façon judicieuse et mis en relief les différents inconvénients de ces instruments, l'auteur décrit les modifications qu'il y a lui-même apportées et dont l'utilité lui a été démontrée par son expérimentation sur le cadavre et sur le vivant. Grâce à ces modifications, les tubes ne sont jamais expulsés du larynx, la déglutition se fait aisément et leur extraction (à l'aide de l'extracteur à anse) est aussi facile que leur introduction.

L'articulation alvéolo-dentaire chez l'homme (4), par le docteur Beltrami.

Que faut-il entendre par ce mot d'articulation alvéolo-dentaire, qui surprend au premier abord? C'est ce que, dans sa thèse, le docteur Beltrami essaie de nous faire comprendre.

Les anciens désignaient sous le nom de gomphose le mode de fixation des dents aux maxillaires; fixation comparée à l'implantation d'un clou dans une planche. Depuis, on est revenu à l'idée d'une articulation du genre des amphiarthroses.

L'appareil ligamenteux, qu'on peut diviser en ligament alvéolo-dentaire proprement dit et ligament externe de l'articulation alvéolo-dentaire, ne résume pas à lui tout seul l'idée d'articulation.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils; Lille, Quarré.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(3) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 566.

(4) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Comme toute articulation, nous avons ici à considérer des surfaces articulaires : la racine, ou plutôt la couche cémentaire, d'une part, et la cavité alvéolaire, de l'autre.

Entre les deux est placé le ligament alvéolo-dentaire, limitant à la région la plus profonde de l'articulation un espace de même nom, qu'on pourrait considérer comme un espace articulaire.

Au niveau du collet de la dent, est fixé le ligament externe recouvert par la gencive qui contribue à la sertissure de la dent dans l'alvéole.

Au point de vue physiologique, l'articulation alvéolo-dentaire, quoique susceptible de mouvements, est surtout disposée pour la résistance.

Le nombre, la forme, la direction des racines des dents tendent vers ce but, mais l'appareil ligamenteux joue, sans conteste, le principal rôle.

Le massage des contusions et entorses fraîches (1),
par le docteur Ch. KRAFFT.

Très petit livre, écrit avec aisance, donnant des détails pratiques intéressants sur la toilette du masseur, celle du malade, sa position sur le lit; les différents temps de l'effleurage, des frictions, des mouvements passifs, les douches devant suivre immédiatement la séance du massage. Les résultats du massage, ses indications, ses contre-indications sont analysés avec conviction et sans parti pris. En résumé, petit ouvrage très pratique, à consulter par ceux qui veulent savoir comment l'on doit soigner une contusion ou une entorse.

Résections des grandes articulations (2),
par le docteur OLLIER.

Ce petit livre fait partie des « Aide-mémoire de l'Encyclopédie scientifique » publiée sous la direction de M. Léauté. Il est le résumé de l'enseignement et de la pratique du professeur Ollier : c'est dire sa haute valeur.

Il comprend six chapitres répondant aux résections des six grandes articulations des membres : épaule, coude, poignet, hanche, genou, cou-de-pied. Chaque chapitre comprend non seulement l'étude de la technique opératoire, mais celle des indications et l'exposé des résultats orthopédiques et fonctionnels. En octobre 1894, M. Ollier a pu montrer aux membres du Congrès de chirurgie 58 de ses anciens réséqués, dont quelques-uns étaient opérés depuis plus d'un quart de siècle : la plupart de ces résultats sont figurés dans cet aide-mémoire, qui constitue un des spécimens les plus importants de la collection.

La sérothérapie. Mode d'emploi. Résultats cliniques (3),
par le docteur PATET.

Nous conseillerions à notre confrère de modifier, s'il le pouvait, le titre de sa thèse en y ajoutant : « dans la diphtérie », car c'est uniquement sur la sérothérapie dirigée contre cette affection que porte l'étude du docteur Patet.

Le travail de notre confrère lyonnais présente un intérêt particulier, car il comporte l'analyse d'un certain nombre de cas inoculés à l'aide du sérum de Behring et à l'aide de celui de M. Arloing. Les conclusions ne font que confirmer les travaux analogues et les succès obtenus depuis la communication des travaux de M. Roux.

(1) Petit in-8°. Prix : 3 francs. — Lausanne, G. Bridel; Paris, G. Masson.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Gauthier-Villars.
(3) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement des maladies des yeux (1),
par le docteur TROUSSEAU.

Très petit livre, fort concis, où l'auteur a essayé de fixer le traitement des affections oculaires les plus fréquentes, de celles que tous ont à soigner dans la pratique. Rejetant toute vue théorique, tout détail inutile, M. Trousseau a visé à la clarté et à la simplicité.

De la taille périnéale dans la cystite tuberculeuse (2),
par le docteur E. VIGNÉ.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

La douleur, si pénible dans certains cas de cystite tuberculeuse, suffit à elle seule pour justifier une intervention chirurgicale. Les hématuries répétées peuvent également justifier une opération.

Les divers procédés de taille suppriment la douleur, momentanément parfois, quelquefois d'une façon définitive. A la suite de l'intervention, on peut observer un arrêt complet de la tuberculose et une guérison persistante.

La taille périnéale, latéralisée ou mieux bilatéralisée, est le procédé de choix.

La taille périnéale n'agit pas seulement sur l'élément douleur, par la section du sphincter uréthral et le repos consécutif à l'existence d'une fistule, elle est curative par les modifications circulatoires consécutives à la large incision des foyers tuberculeux.

Le curetage des foyers tuberculeux est dangereux et paraît inefficace.

Essai sur l'application de la sérothérapie, dans le traitement de la diphtérie conjonctivale (3), par le docteur E. AUBINEAU.

On peut résumer ainsi le travail de notre confrère :

Le sérum antidiphtérique a une action efficace et rapide dans la diphtérie conjonctivale. Son action est nulle dans les conjonctivites pseudo-membraneuses non diphtériques.

Cette action est spécifique et pour cette raison peut aider le diagnostic.

Il n'y a pas d'inconvénient à employer le sérum dans un cas de doute, alors que la nature diphtérique de l'affection n'est pas encore démontrée.

Le diagnostic ne doit jamais être négligé. Il faut se guider sur des examens bactériologiques fréquents pour insister sur la sérothérapie ou suspendre le traitement. Dans les cas d'associations microbiennes, le pronostic doit toujours être réservé, même avec l'emploi du sérum. Après les injections et la disparition rapide du bacille de Lœffler, l'affection peut continuer, grâce à la présence des microbes associés et particulièrement du streptocoque.

Le traitement local ne nuit pas au traitement général. Dans le cas où la sérothérapie est insuffisante et où l'infection coccique domine la scène, le traitement local peut devenir très utile.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

(1) In-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Lyon, A. Rey.
(3) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 3 février 1896 : 1° sont rétablis le titre et le grade d'inspecteur général du service de santé de la marine; 2° M. le docteur Cunéo, directeur du service de santé de première classe, président du conseil supérieur de santé de la marine, est promu au grade d'inspecteur général.

— Par décret, en date du 5 février 1896, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Bizardel, Clavel et Bonain; MM. les médecins de deuxième classe de la marine Avrilleaud et Le Marchadourt.

— Par décret, en date du 5 février 1896, est promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Audiat, médecin de deuxième classe.

— Le concours pour deux places de médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Maurin et Jay.

— Le transfert des dossiers des étudiants voulant passer d'une Faculté ou École dans la Faculté de médecine de Paris, en conservant le bénéfice des inscriptions prises et des examens subis, est soumis à la réglementation suivante :

Les demandes de transfert « en vue d'une nouvelle année scolaire » devront être produites assez à temps pour que le transfert puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

Les demandes de transfert « formées au cours de l'année scolaire » seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou École que l'étudiant veut quitter et celui du doyen de la Faculté de médecine de Paris. Dans le cas où l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à la demande, il en serait référé au ministre de l'Instruction publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Halbronn, médecin-major de première classe en retraite, originaire de Rosheim (Alsace), nommé chevalier de la Légion d'honneur sur le champ de bataille du Bourget; de M. le docteur Baptiste, médecin-major de deuxième classe; de MM. les docteurs Philippe Küthe (de Kiel); Rossi, médecin aide-major de première classe, rapatrié de Madagascar; Salaun, médecin de première classe de la marine.

— M. le docteur G. Thibierge commencera des leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 14 février, à dix heures trois quarts, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

132. M. CALMETTES. Contribution à l'étude de la cirrhose du diabète bronzé. — 133. M. DUFOUR. Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue du cheval et du cône terminal. — 134. M. BAUDIN. Considérations sur la tare nerveuse hystérique. — 135. M. DEBAINS. Étude de quelques inconvénients produits par le bicarbonate de soude et en particulier de l'irritation vésicale. — 136. M. LALANDE. Arnaud de Villeneuve. Sa vie; ses œuvres. — 137. M. ARTHUS. Nature des enzymes. — 138. M. REGNIER. Contribution à l'étude des manifestations rénales de la syphilis acquise. — 139. M. SIMONNOT. De la présence des cristaux de Charcot-Robin dans les fèces des malades porteurs de parasites intestinaux. — 140. M. BURNEFF. Contribution à l'étude des pneumonies alcooliques traitées par les injections de strychnine. — 141. Mme LIEHRMANN. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale. — 142. M. ROGIER. Contribution à l'étude des fractures du sternum de cause indirecte.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

47. M. BOUTEILLER. Des accidents causés par la fougère mâle. Étude clinique et thérapeutique. Recherches expérimentales. — 48. M. LUCCIARDI. Considérations sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. — 49. M. DE LA BARRIÈRE. Sur un cas de lymphadénome des fosses nasales. — 50. M. VENOT. De la symphyse des membres après brûlure, et principalement de la symphyse thoraco-brachiale (traitement chirurgical). — 51. M. LAMY. Le traitement de l'hydrocèle et l'antipyrine. — 52. M. LANTEAUME. Des lésions du fœtus dans les applications du forceps au détroit supérieur. — 53. M. RENCUREL. Essai sur les rapports du pessimisme et de la neurasthénie. — 54. M. DESCHAMPS. Considérations sur l'étiologie des perversions et des dépravations sexuelles chez l'homme. — 55. M. DUBRUEL. Considérations sur la pseudo-grossesse. — 56. M. NIELSEN. Anomalies congénitales des points et des canalicules lacrymaux. — 57. M. THOMAS. Contribution à l'étude de la fièvre bilieuse hématurique et de son traitement. — 58. M. SAMBUC. Étude de la consanguinité dans ses rapports avec la surdi-mutité congénitale et la rétinite pigmentaire.

REVUE GÉNÉRALE

Toxithérapie et sérothérapie des tumeurs malignes.

Par M. le professeur LE DENTU.

I

Une bruyante agitation a été récemment suscitée par des recherches et des communications multiples relatives à une question qui ne peut laisser aucun homme indifférent. Cette question, d'un intérêt universel, c'est la cure du cancer. La guérison de cette terrible maladie, devenue plus fréquente dans le cours de ce siècle, au dire de quelques cliniciens, sous l'influence de causes encore mal déterminées, est un beau rêve qui a hanté bien des esprits, avant l'époque où l'on a pu songer à utiliser les cultures vivantes de microbes, les toxines et sérums antitoxiques dans un but thérapeutique. La réalisation de ce rêve serait un des plus grands bienfaits dont l'humanité serait redevable à la science.

On jugera plus tard, lorsque j'aurai terminé l'exposé des travaux déjà nombreux et d'une nature très spéciale dont cette question a été l'objet dans ces dernières années, si nous avons le droit de rejeter dans la sphère des illusions les résultats favorables que certains expérimentateurs se sont flattés d'avoir obtenus. Quelle que puisse être l'opinion que se feront les lecteurs de cet article d'après les faits qui leur seront communiqués avec une impartialité absolue, il m'est permis de les mettre en garde, dès l'abord, contre de trop vastes espérances. Le moyen infaillible de guérir les tumeurs malignes n'est malheureusement pas encore découvert. Tout au plus pourrait-on admettre que leur thérapeutique s'est enrichie d'une méthode palliative de quelque valeur.

Les recherches dont je vais rendre compte se présentent sous deux faces très distinctes, parce qu'elles émanent de deux idées-mères très différentes l'une de l'autre. L'une de ces idées a une origine empirique. On a vu parfois des érysipèles déterminer, dans des tumeurs malignes, des modifications notables qui ont pu, dans de rares circonstances, aller jusqu'à la guérison complète. On en a conclu naturellement qu'on avait des chances d'obtenir des résultats analogues en inoculant à des individus atteints d'un néoplasme, soit l'érysipèle lui-même, soit une culture vivante du streptocoque de l'érysipèle, soit la toxine stérilisée de ce microbe, soit encore le sérum d'un animal inoculé au préalable avec la culture du streptocoque vivant.

L'autre de ces idées-mères a été inspirée par la méthode générale de la sérothérapie. La sérothérapie proprement dite oppose un virus ou un microbe à lui-même. Si le cancer est d'origine microbienne ou virulente (je ne me sers de ce second terme que pour laisser une marge plus large aux hypothèses possibles), pourquoi ne pas lui opposer le microbe ou le virus qui le produit? Soit, mais la difficulté est que ni l'un ni l'autre ne sont connus, si tant est que les affections malignes soient réellement dues à un microbe ou à un virus. Alors, empiriquement, comme on n'avait pas à sa disposition le micro-organisme ou le virus nécessaire pour réaliser une médication vraiment antitoxique, on a broyé de la substance cancéreuse, on en a filtré le suc, on a pratiqué des injections sous-cutanées successives à des animaux jusqu'à immunisation, et c'est le sérum de ces animaux immunisés qu'on a injecté à l'homme.

Empirisme clinique dans le premier cas, empirisme expérimental dans le second, voilà ce qui se dégage avant toute chose de l'analyse des deux idées-mères énoncées à l'instant. L'historique qui va suivre montrera que la deuxième des deux méthodes est la plus récente de beaucoup; car l'autre l'a précédée d'un demi-siècle environ.

Avant d'exposer les procédés au moyen desquels on a cherché à obtenir la guérison des tumeurs par l'inoculation de l'érysipèle lui-même, de son microbe ou de la toxine de ce microbe, je dois démontrer que le principe qui a présidé à cette pratique n'a pas été puisé dans une simple hypothèse. La guérison des tumeurs par l'érysipèle accidentel est un fait d'observation signalé déjà par des médecins de la première moitié de ce siècle et que des exemples plus modernes ont pleinement mis en lumière. Deux auteurs se sont attachés à grouper tous les cas dignes de foi publiés jusqu'à ce jour, Bruns en Allemagne, Répin en France. Ce dernier a pu donner 21 exemples de néoplasmes guéris ou favorablement modifiés par un érysipèle intercurrent. Parmi ces 21 cas, il y a 11 sarcomes d'espèces diverses et 10 tumeurs de nature épithéliale. Or ces dernières étant, d'une manière générale, beaucoup plus fréquentes que les premières, ce relevé montre déjà que les sarcomes sont plus sensibles que les épithéliomes à l'action de l'érysipèle. Cette affirmation est d'ailleurs corroborée par ce fait que les 6 guérisons définitives qui ont été enregistrées sont toutes survenues chez des sujets atteints de sarcome; les six heureux observateurs qui ont été témoins d'une action aussi franchement favorable de l'érysipèle sont tous des étrangers; Coley a vu disparaître un sarcome sub-maxillaire, Wyeth un sarcome récidivé de la cuisse, Biedert un sarcome amygdalien, Busch des sarcomes cutanés multiples. Bruns a signalé une guérison de mélano-sarcome du sein et Plenio, de mélanose de la hanche. Ces faits sont d'autant plus intéressants que la mélanose, pure ou associée, passe à juste raison pour être douée d'une malignité exceptionnelle.

Il n'y a rien à dire contre des observations et des affirmations aussi précises. Il est cependant permis de faire des réserves relativement à la durée des guérisons constatées. Peut-être les résultats n'ont-ils pas été surveillés assez longtemps pour qu'ils puissent être considérés comme ayant été définitifs. Peut-être des récidives tardives ont-elles échappé aux observateurs de la première phase du mal.

Il y a lieu de supposer que les 5 cas de guérison dus à un érysipèle accidentel, relevés par Bruns, figurent dans la série de Répin; mais l'auteur allemand les interprète d'une autre façon, puisqu'il signale, d'une part, 3 sarcomes, et, d'autre part, 2 lymphosarcomes. Quoi qu'il en soit, nous pouvons accepter comme démontré ce fait d'un très grand intérêt que des tumeurs malignes de constitution très diverse peuvent réellement disparaître entièrement ou subir momentanément de profondes modifications sous l'influence d'un érysipèle intercurrent.

Je me hâte d'en rapprocher deux autres faits d'un intérêt non moins grand, parce qu'ils fournissent de précieux arguments pour l'interprétation de ces guérisons et de ces modifications difficiles à comprendre. Le premier, c'est que des maladies infectieuses, autres que l'érysipèle, ont donné lieu, quoique sous une forme atténuée, à des modifications analogues dans les tumeurs, sans qu'on ait cependant un seul cas de guérison complète à signaler. Fischer a révélé ou simplement mis en relief l'influence de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, du choléra, de la pyohémie. En ce qui concerne cette dernière maladie, on peut n'éprouver qu'une

médiocre surprise, puisque l'agent de l'infection est encore le streptocoque; mais en peut-on dire autant pour la scarlatine, la fièvre typhoïde, le choléra?

On ne doit donc pas reconnaître une véritable spécificité à l'érysipèle dans son action sur les tumeurs.

Le second fait digne d'attention que j'ai annoncé, c'est que les tumeurs malignes ne sont pas les seules à subir cette action. Il y a bien longtemps que Ricord l'a vue s'exercer sur les syphilides, et des observations beaucoup plus récentes de Mauriac ont démontré l'exactitude de celles de l'illustre syphiligraphe. On a constaté une influence identique sur les adénites scrofulo-tuberculeuses, sur le lupus, les polypes des fosses nasales, les chéloïdes cicatricielles. Ces polypes, ces chéloïdes sont de nature fibreuse et presque sarcomateuse; on comprend donc qu'ils aient pu être modifiés comme les sarcomes purs, mais les altérations tuberculeuses de la peau et des glandes lymphatiques n'ont aucun rapport ni avec les sarcomes ni avec les épithéliomas.

Donc, non seulement la spécificité de l'érysipèle, en tant qu'agent modificateur, ne peut pas être admise, mais de plus son action non spécifique s'exerce sur des tissus de structure très différente. Il n'existe donc pas de corrélation exclusive entre les deux termes de cette action mystérieuse, entre l'agent d'influence et le tissu influencé. On doit cependant, par un correctif, enlever à cette proposition ce qu'elle a de trop absolu, et dire : l'action de l'érysipèle est la plus puissante, et les productions malignes y sont les plus sensibles. Voilà pourquoi c'est à l'érysipèle que se sont adressés les cliniciens et les expérimentateurs, pour lui emprunter sa virulence spéciale et l'adapter à l'idée thérapeutique de la cure des tumeurs malignes.

II

Historique. — A l'époque où Ricord, poussé par les faits dont il avait été le témoin, eut l'idée d'inoculer l'érysipèle lui-même, on ne connaissait encore ni le streptocoque ni sa toxine, mais on avait l'intuition que cette maladie, aux allures très caractéristiques, devait être essentiellement spécifique. Il faut croire que les essais de Ricord ne donnèrent pas de bons résultats, car la méthode inaugurée par le médecin français resta plongée dans l'oubli jusqu'au jour où Fehleisen, à qui était réservée la gloire de découvrir le streptocoque de l'érysipèle, utilisa la culture de ce microbe vivant pour la guérison des tumeurs. Or, la découverte de Fehleisen date de 1881. Notons cette date. Ses essais thérapeutiques eurent lieu quelque temps après; il fut suivi dans cette voie par plusieurs médecins ou chirurgiens, mais les cas de mort, au nombre de quatre, observés par Jänike, Coley, qui en vit deux, et par Feichenfeld, révélèrent le danger d'un procédé dont on ne pouvait ni calculer ni mesurer l'action. De la crainte des accidents graves et des résultats funestes est née la troisième forme de la méthode, à savoir l'injection réitérée de la toxine stérilisée du streptocoque. C'est Lassar qui, le premier, à Berlin, en 1891, mit en pratique cette nouvelle manière de faire.

Coley (de New-York) qui (je l'ai déjà dit plus haut) avait déjà employé la culture pure, adopta l'idée de Lassar, mais lui en adjoignit une autre. De cette association est résulté un procédé, on pourrait dire une méthode mixte, qui assure à notre confrère américain une place spéciale dans l'histoire de la toxithérapie du cancer. Ce procédé est franco-allemand, en ce sens que Coley, séduit d'un côté par le perfectionnement imaginé par Lassar, et frappé d'un autre côté des recherches de H. Roger, démontrant l'exaltation de virulence de certains microbes par leur association avec le micrococcus prodigiosus, Coley, dis-je, emprunta au premier de ces expérimentateurs le principe de sa méthode, au second la notion nouvelle révélée par ses travaux, et combina dans des proportions diverses la toxine du streptocoque avec celle du micrococcus prodigiosus, de manière à obtenir des effets plus certains qu'avec la seule toxine du premier de ces microbes. Non seulement il rechercha l'exaltation de virulence du streptocoque par l'adjonction de la toxine du micrococcus prodigiosus, mais il se servit de la toxine de streptocoques provenant d'individus morts d'érysipèle et doués d'une virulence déjà très grande. La méthode de Coley se signale par la variété des combinaisons des deux toxines qu'il a employées.

Entre temps, Spronck avait poursuivi des recherches dans la même direction et avec les mêmes moyens que Lassar; mais il avait mis en pratique la stérilisation de la toxine, tantôt par la chaleur, tantôt par le filtrage, tandis que Lassar avait combiné ces deux modes de stérilisation.

Cet expérimentateur fut suivi également, dans la voie des injections sous-cutanées de toxine stérilisée de streptocoque par Friedrich, par Czerny, par Répin, en France. Coley, avec sa méthode mixte, eut des imitateurs dans de Witt, Czerny, Friedrich, Johnson.

Sans doute parce que les résultats obtenus par les expérimentateurs n'étaient pas constamment satisfaisants, on a voulu faire mieux encore. Avec Emmerich et Scholl (de Munich), la question entre dans sa quatrième phase. Ici nous pénétrons sur le domaine de la sérothérapie; mais d'une sérothérapie spéciale, différente par son principe de celle qui a été appliquée jusqu'ici à la cure de certaines maladies. Établissons d'abord en quoi consiste la sérothérapie proprement dite. Elle oppose un microbe à lui-même, ainsi qu'on a essayé de le faire pour la guérison du tétanos, ainsi qu'on l'a fait avec un réel succès pour le traitement de la diphtérie et aussi, dans une mesure moins large jusqu'ici, de l'érysipèle. Les divers actes qui la caractérisent sont d'abord des injections sous-cutanées successives de la culture vivante d'un microbe à un animal, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'immunisation, puis des injections sous-cutanées d'une certaine quantité du sérum de l'animal immunisé au sujet qu'il s'agit de guérir de la maladie engendrée par le même microbe. Le principe de ce que Pasteur a appelé la vaccination antirabique (nom impropre à certains égards), est identique, bien que le procédé s'écarte notablement de la sérothérapie. Ce sont, en effet, des dilutions de moelle rabique qu'on injecte, et non plus le sérum d'un animal immunisé; mais du moins, ici encore, on oppose un virus à lui-même, comme dans les deux exemples précédents, on a opposé un microbe à lui-même.

Par contre, qu'ont fait Emmerich et Scholl, en appliquant la sérothérapie au traitement des tumeurs malignes? L'exposé de leur procédé le montrera clairement. Il consiste à injecter de la culture de streptocoque vivant dans le tissu cellulaire d'un mouton, à recueillir tout le sang de ce mouton au moment où il va mourir, à séparer le sérum du plasma, à soumettre ce sérum à un simple filtrage et à en injecter des quantités déterminées dans des tumeurs malignes, pendant une longue série de jours. Tout cela, à prendre les choses au pied de la lettre, c'est bien de la sérothérapie;

mais ici on oppose le streptocoque, microbe de l'érysipèle, à l'agent supposé des productions malignes, absolument inconnu jusqu'à ce jour, et dont l'existence même est très contestable. Loin de tirer parti de l'identité de nature du microbe pathogène et du microbe curateur, on prend pour point de départ l'antagonisme du streptocoque et de l'agent de développement des tumeurs malignes, qu'il consiste dans un micro-organisme ou qu'il soit de tout autre nature.

Cette sorte de sérothérapie spéciale n'est en réalité qu'un dérivé des méthodes qui l'ont précédée. Elle fait toujours appel à l'action antagoniste de l'érysipèle; mais, au lieu d'appliquer à la poursuite de son but la culture vivante ou la toxine du streptocoque, elle le fait passer par le sang d'un animal, et, avant même que l'immunisation soit obtenue, elle injecte le sérum stérilisé de ce sang infecté au sujet atteint d'un néoplasme. Ici le sang n'est plus, en réalité, qu'un milieu de culture représentant le bouillon du laboratoire, au lieu d'être, comme dans la sérothérapie véritable, un milieu utilisé pour l'immunisation d'un animal destiné à fournir du sérum antitoxique.

Bruns et Schuler ont expérimenté sans modification la méthode d'Emmerich et Scholl. A quelques nuances près, Maydl et Kopfstein ont eu recours à une méthode analogue. Au quatrième jour de l'infection streptococcique communiquée à un mouton, ils en recueillent le sang, le laissent au repos quarante-huit heures, et alors ils font du sérum deux parts, dont l'une est filtrée une fois, l'autre deux fois. Ce double filtrage diminue sensiblement la virulence de la deuxième part.

A dessein j'ai séparé complètement des différents procédés de la méthode de l'infection streptococcique artificielle, celle de Ch. Richet et Héricourt, qui réalise, quoique empiriquement, les conditions de la sérothérapie proprement dite. Supposant *a priori* la spécificité des tumeurs malignes, ces expérimentateurs, ne pouvant cultiver l'agent infectieux spécifique, puisqu'ils ne le connaissent pas, prennent une portion de tissu cancéreux provenant soit du sujet qu'il s'agit de traiter, soit d'un autre, la broient dans de l'eau stérilisée, recueillent le mélange d'eau et de suc cancéreux, et en font des injections sous-cutanées successives à un âne, jusqu'à ce qu'ils aient obtenu l'immunisation. Alors ils se servent du sérum de cet âne pour faire des injections au sujet atteint de cancer. Ils opposent donc le cancer au cancer, en empruntant à l'animal immunisé les éléments de défense contre l'infection maligne dont son sang s'est enrichi. Les deux conditions fondamentales de la sérothérapie proprement dite, telle que je l'ai définie plus haut, se retrouvent donc dans leur méthode.

III

Siège des inoculations ou des injections. Doses injectées. — Eu égard à la partie du corps choisie pour les inoculations ou les injections, les expérimentateurs se partagent en deux groupes. Les uns ont pratiqué l'inoculation ou l'injection directe sur la région malade ou en plein tissu morbide; tels sont Ricord, Lassar, Emmerich, Friedrich; les autres, à savoir Fehleisen, Czerny, Coley, Répin, ont agi à distance, parfois au voisinage des tumeurs; Fehleisen, Richet, le plus souvent dans des points éloignés, sur des tissus absolument sains. Spronck, Friedrich ont procédé, tantôt d'une façon, tantôt de l'autre. Répin est, je crois, le seul qui ait fait des injections intra-veineuses.

Quant aux quantités injectées, elles ont varié nécessairement suivant que la culture était plus ou moins virulente. Les doses de Lassar paraissent avoir été trop faibles; de là des effets insignifiants et sans valeur expérimentale ou thérapeutique. Spronck a employé des doses de un à deux dixièmes de centimètre cube de culture stérilisée, diluée dans la solution physiologique de chlorure de sodium, et a pu ainsi injecter plusieurs grammes du mélange. Les doses de Coley ont varié entre un demi-centimètre cube et plusieurs centimètres cubes de ses cultures associées. Répin a pu aller jusqu'à plusieurs centimètres cubes de culture stérilisée de streptocoque.

Avec la méthode d'Emmerich, les doses sont à peu près les mêmes. Ce chirurgien a injecté depuis un demi jusqu'à 25 centimètres cubes de sérum stérilisé; Schuler, de 2 à 6 grammes; Kopfstein, de 1 à 3 grammes ordinairement. Mêmes quantités à peu près avec la méthode de Ch. Richet, c'est-à-dire environ 3 centimètres cubes par jour de sérum d'animal immunisé.

Répin a dû procéder avec une extrême réserve, en n'injectant dans les veines que quelques gouttes de culture stérilisée de streptocoque.

Les injections sous-cutanées ou autres doivent être répétées journellement et pendant un temps très long, c'est-à-dire plusieurs semaines et même plusieurs mois. L'accoutumance des sujets oblige à augmenter graduellement les doses, et il arrive un moment où les effets s'arrêtent. On peut suspendre le traitement et le reprendre après quelques jours ou quelques semaines d'interruption.

IV

Effets généraux et locaux. — Les premiers pourront manquer lorsqu'on emploie seule la toxine stérilisée de streptocoque (Friedrich); ils sont constants avec les toxines mélangées de streptocoque et de micrococcus prodigiosus. On a noté la fièvre pouvant atteindre 40 degrés et précédée de frissons plus ou moins intenses, la céphalalgie, les nausées, les vertiges; parfois des effets exceptionnels sur les principaux systèmes de l'économie : angoisse, suffocation, troubles rythmiques du côté du cœur; enfin, quelquefois des accidents graves tels que du collapsus, des syncopes, de la cyanose (Czerny, Kopfstein, Répin). La durée de ces accidents est habituellement de quelques heures. Celle des effets généraux, qu'on peut considérer comme normaux, diminue à mesure que le traitement avance.

Une leucocytose abondante est le résultat fréquent, peut-être constant, du traitement, ainsi qu'un amaigrissement rapide, par suite duquel certains malades ont perdu jusqu'à plusieurs kilogrammes en une semaine.

Des effets locaux incontestables, tout à fait semblables à ceux des érysipèles intercurrents, ont été fréquemment observés. La peau rougit jusqu'à quelque distance; la rougeur, simplement érythémateuse dans la majorité des cas, offre parfois les caractères de l'érysipèle si l'on s'est servi d'une culture vivante de streptocoque. S'agit-il d'une tumeur non ulcérée, on la voit s'œdématier, se ramollir, puis s'affaisser, s'atrophier dans une mesure variable. La disparition totale semble même avoir été constatée. Le néoplasme est-il ulcéré partiellement, il arrive que les portions ulcérées se séparent rapidement du reste, après s'être ramollies, fragmentées, nécrosées. L'élimination se fait dans un laps de temps relativement court. La mor-

tification immédiate d'une tumeur ulcérée dans sa totalité s'est produite 6 fois (2 cancers épithéliaux, 2 lymphosarcomes, 1 sarcome mixte, 1 endothéliome). On a même observé deux éliminations rapides en bloc, suivies malheureusement d'une prompte récidive. Friedrich a signalé la suppuration des ganglions correspondants. Toutes ces particularités peuvent être précédées et annoncées par des sensations de tiraillement et même par des douleurs lancinantes, que Spronck a indiquées comme siégeant dans les tumeurs primitives et non dans les secondaires, par suite d'une sorte de sélection difficile à comprendre.

Rindfleisch et Busch ont pu étudier au microscope les lésions dégénératives causées dans les tumeurs par l'érysipèle accidentel. Neelsen a fait des constatations identiques en étudiant des portions d'un néoplasme du sein, modifiées par des injections de toxine. Le tissu morbide est flasque, ridé, ratatiné; l'alcool y produit une rétraction considérable; les cellules y sont rares. Beaucoup de celles-ci ont été détruites; les autres ont subi par places la dégénérescence graisseuse ou un travail de nécrose qui aboutit vite à leur fragmentation en débris multiples. Le revers de la médaille, c'est qu'à côté de ces cellules très altérées ou mortifiées, qui ont une grande tendance à s'éliminer, on voit une abondante prolifération de cellules jeunes. C'est la reviviscence du tissu après les profondes modifications qu'il a subies; c'est la repullulation des éléments fondamentaux qui se prépare après les apparences de la guérison.

V

Mode d'action. Théories. — Définitives ou non, ces modifications sont incontestables. Il s'agit de savoir quelle en est la cause intime et quelle influence, quel agent est capable de déterminer cette intense perturbation dans l'évolution naturelle du néoplasme. Est-ce simplement l'hyperthermie, ainsi que le croit Petersen? Cette hypothèse manque de vraisemblance, car on n'a jamais remarqué qu'une fièvre quelconque ait provoqué des modifications dans l'état d'une tumeur. Partant de l'hypothèse de l'origine parasitaire des néoplasmes, Coley, Emmerich et Scholl se demandent si ce n'est pas à une action parasiticide pure et simple qu'il faut attribuer l'influence des toxines ou des sérums antitoxiques; mais il faudrait d'abord démontrer cette origine parasitaire, que les efforts de beaucoup de chercheurs n'ont pu, en somme, mettre en évidence. Répin, frappé des analogies des dégénérescences cellulaires étudiées au microscope, avec celles qu'occasionne l'empoisonnement par le phosphore ou l'arsenic, croit qu'il s'agit d'un processus du même ordre.

La théorie de la spécificité des cultures, des toxines et des sérums peut-elle être défendue avec quelque raison? En vérité, appliquée à la sérothérapie de Ch. Richet, comme aux autres procédés, elle ne peut se soutenir. On a vu ce que j'ai dit plus haut de la spécificité du streptocoque en tant qu'agent modificateur des néoplasmes; il n'y a pas lieu d'y revenir. J'ajouterai seulement (et cette objection s'est élevée dans mon esprit depuis le jour où la première communication de Ch. Richet et de Héricourt a changé les conditions du problème posé) qu'il serait bien étrange que deux méthodes aussi profondément différentes, basées sur des principes aussi opposés, pussent fournir des résultats semblables et aboutir toutes deux à la guérison des néoplasmes ou seulement à des modifications importantes dans leur texture, leur développement, leur marche clinique.

Cependant elles prétendent toutes les deux exercer sur les néoplasmes une action qui se traduirait à peu près de la même façon. Si le fait est exact (et il n'est vraiment pas permis d'opposer une négation pure et simple aux résultats annoncés), c'est que l'action du streptocoque, sous une forme quelconque, et des sérums immunisés, s'exerce sur un ou plusieurs des éléments communs à des tumeurs malignes très différentes les unes des autres, comme les épithéliomes et les sarcomes. Or les éléments communs à des tumeurs différentes ne peuvent être qu'accessoires, et un agent modificateur qui ne s'adresse qu'à des éléments accessoires ne peut être sûrement curateur.

Si c'est la cellule qui est impressionnée, cela ne peut être que dans une de ses conditions d'existence et de développement. Si l'on admettait qu'elle pût l'être dans toutes ses conditions d'existence ou de développement, on se verrait logiquement dans la nécessité de proclamer l'identité de l'épithéliome et du sarcome, ce qui serait une absurdité anatomique et clinique. Il est plus rationnel de penser que l'élément commun qui subit réellement l'influence des toxines et des sérums, c'est le tissu conjonctif, ou encore ces leucocytes migrateurs qui, pour une part quelquefois importante, contribuent à la constitution de toutes les espèces de tumeurs. Telle est l'opinion qui a été soutenue par Fabre-Domergue, à la Société de biologie. On ne peut, cependant, méconnaître les altérations cellulaires que Busch et Neelsen ont eu l'occasion d'étudier avec l'aide du microscope; mais il n'est permis de les interpréter que dans le sens d'une nécrobiose dénuée de toute spécificité.

Ainsi, d'une part, pas de spécificité dans l'agent modificateur; d'autre part, pas de spécificité dans les altérations des cellules. On voit que l'hypothèse de cette spécificité ne résiste pas à l'analyse approfondie des faits. Dans l'état actuel de la science, on ne peut donner de ceux-ci une interprétation irréfutable. L'incertitude se prolongera jusqu'au jour où l'on connaîtra mieux le mode d'action des toxines et des sérums sur les éléments solides et sur les humeurs de l'organisme.

V

Résultats cliniques. — Je vais aborder maintenant le point le plus intéressant de la question. Il me reste à dire si tant d'ingéniosité dans l'expérimentation, tant de constance dans la poursuite du but a été couronné de succès ou est resté stérile. Si aucun résultat n'avait été obtenu, on aurait sans doute renoncé depuis longtemps à des essais thérapeutiques qui n'auraient causé que des déboires; mais tel n'a pas été le cas. Des faits favorables ont entretenu le zèle des chercheurs et les espérances de ceux qui s'intéressaient aux recherches. Voilà pourquoi, si la cure du cancer, par les moyens que nous étudions, est reléguée bientôt parmi les chimères, la période d'expérimentation aura été assez longue pour que personne n'ait le droit de reprocher cet abandon à un découragement trop hâtif.

Fehleisen avait provoqué 5 fois un érysipèle par l'injection de la culture vivante du streptocoque; 4 fois il dit avoir observé l'atrophie temporaire des tumeurs, 1 fois la *guérison complète d'un carcinome du sein*. Il faudrait savoir si ce dernier ne s'est pas reproduit quelque temps après sa disparition. Holst a vu une fois l'atrophie temporaire. Coley a provoqué 3 ou 4 érysipèles typiques sur 10 inoculations

de culture. Un sarcome de la région lombaire a été entièrement guéri, mais a récidivé peu de temps après ; un sarcome de l'isthme du gosier a été amélioré. Spronck a expérimenté sur 8 sarcomes, dont 2 mélaniques, et sur 17 épithéliomas inopérables. Un peu de ralentissement dans la marche et quelquefois de diminution de volume s'est seul manifesté, surtout dans les sarcomes.

Les essais de Coley, avec son procédé mixte, ont porté sur 35 tumeurs, dont 24 sarcomes, 8 épithéliomas et 3 douteuses. Les épithéliomas se sont montrés réfractaires, des sarcomes ont été modifiés, un sarcome lombaire avec dégénérescence ganglionnaire *a complètement guéri*. Johnson a vu une tumeur ulcérée du voile du palais, des piliers de l'isthme, de l'épiglotte, guérir avec une rapidité surprenante; mais un noyau suspect a persisté, d'où a dû partir, par la suite, la récidive. Spronck a enregistré des améliorations qui lui ont paru être en rapport direct avec le degré de virulence des cultures.

Friedrich a traité 13 carcinomes, 4 sarcomes, 1 ostéo-sarcome, 2 lympho-sarcomes. L'examen de parcelles de tumeurs avait été fait chaque fois; toutes représentaient des récidives ou des masses de généralisation. Aucune guérison n'a été obtenue. Parfois les malades ont éprouvé une amélioration toute subjective. Les carcinomes n'ont subi aucun changement; les effets sur les sarcomes ne permettent aucune conclusion définitive. Roberts, Czerny, Lauenstein, Répin, toujours avec la toxine stérilisée du streptocoque seul ou du streptocoque associé au m. prodigiosus, n'ont rien obtenu.

En résumé, dans toute cette première série de faits, on relève deux guérisons, dont l'une est bien invraisemblable, celle d'un carcinome du sein (Febleisen) et celle d'un sarcome de la région lombaire, compliqué de ganglions, traité par Coley; mais ces deux guérisons, en admettant que les observateurs ne les aient pas, de bonne foi, crues plus complètes qu'elles n'étaient en réalité, se sont-elles maintenues à jamais? Ne peut-on pas penser que la récidive, suspendue pour ainsi dire pendant quelque temps, s'est manifestée tardivement, à une époque où les sujets n'étaient plus soumis à l'observation des opérateurs?

Quoi qu'il en soit, ces deux résultats, ainsi que les modifications très nettes et parfois très rapides survenues dans quelques cas de sarcomes, sont dignes d'attention.

Passons maintenant à l'exposé des résultats de la méthode d'Emmerich. Parmi les 8 premiers cas publiés par ce chirurgien, 6 ont, paraît-il, présenté une amélioration rapide, 2 sont restés réfractaires. Un cancer du sein aurait été *presque* entièrement guéri en peu de temps. Mon devoir est de rappeler que, dans une séance mémorable de la Société de chirurgie de Munich, Angerer a fait savoir que les malades traités par Emmerich étaient morts dans son service, sans avoir bénéficié sérieusement du traitement. Cela n'a pas empêché Emmerich de publier récemment une nouvelle série de cas modifiés favorablement.

Bruns, sur 6 malades, n'a constaté aucun résultat notable. Par contre, Schuler a vu se produire sur un carcinome du sein un résultat extraordinairement rapide. La guérison n'était plus *qu'une affaire de quelques jours*. Mieux eût valu attendre quelques semaines ou quelques mois avant de se réjouir du changement.

Czerny a traité un volumineux sarcome de l'oreille et des régions circonvoisines et a été frappé des modifications survenues en peu de temps. La tumeur s'était réduite à un petit épaississement. Elle avait énormément diminué, soit; mais de cette petite portion de tissus indurés pouvait partir une repullulation qui n'a pas dû manquer de se produire dès que le sujet n'a plus été sous l'influence du traitement.

Voici maintenant que Mynter parle de la *guérison* d'un sarcome intra-péritonéal chez une enfant de douze ans; de Witt, de celle d'un sarcome de la paroi abdominale dont une portion avait été laissée en place, au cours d'une opération, faute de pouvoir l'extirper tout entier.

Dans ce deuxième groupe figurent deux guérisons signalées comme complètes et des guérisons presque complètes que je ne puis accepter que comme des améliorations très caractérisées, mais temporaires.

La sérothérapie proprement dite, celle de MM. Ch. Richet et Héricourt, a-t-elle fourni des résultats supérieurs ou inférieurs à ceux des premiers procédés? Laissant de côté les deux cas de la première communication de ces expérimentateurs, tous deux contestables au point de vue du diagnostic, je ne m'attacherai qu'aux faits visés dans leur deuxième communication, à la date du 21 octobre 1895. Cette fois il s'agit de plus de 50 tumeurs malignes. Les résultats consignés ont été fréquents, sinon constants.

On a noté : la diminution des douleurs, survenant brusquement après la première injection; l'amélioration des ulcérations qui tendent rapidement à la cicatrisation par un processus analogue à celui de la cicatrisation normale; la diminution de volume des tumeurs et la réduction des ganglions; le ralentissement de la marche des néoplasmes; l'amélioration de l'état général. Les quatre cinquièmes des malades ont bénéficié de ces améliorations locales ou générales; un cinquième y est resté étranger, mais la guérison n'a jamais été obtenue.

A vrai dire, je crains que ces conclusions ne soient entachées de quelque optimisme. On ne peut même pas invoquer, en faveur de la sérothérapie empirique de Ch. Richet, ni des injections de streptocoque, l'innocuité absolue. En outre des accidents généraux signalés plus haut, on entend vaguement parler d'abcès causés par les injections, même d'aggravation des symptômes locaux et d'accélération de la marche de la maladie. Il y a là matière à réflexion. Peut-on sans réserve accepter et recommander des moyens thérapeutiques dont les effets sont si peu certains et qui comportent des risques réels?

Si la formule du traitement ou plutôt des divers modes du traitement toxithérapique ou sérothérapique des tumeurs malignes, soit à titre curatif, soit à titre palliatif, avait été trouvée, on aurait certainement enregistré des résultats bien autrement nets. Le nombre des essais publiés jusqu'à ce jour est assez considérable pour que les hommes restés en dehors de ce courant d'expérimentation clinique aient pu se faire une opinion impartiale et équitable. Or ceux-là ont le droit de se demander si les expérimentateurs sont dans le vrai chemin. Ceux d'entre eux qui ont pris comme point de départ la guérison des néoplasmes par l'érysipèle accidentel se sont du moins appuyés sur un fait d'observation qui paraît mériter quelque créance; fait très exceptionnel, il ne faut pas l'oublier, mais garanti par le témoignage de cliniciens dignes de foi. Peut-être qu'un jour, si l'on arrive à déterminer avec précision les conditions grâce auxquelles la culture du streptocoque ou sa toxine atteint son maximum d'action, sans donner lieu à des risques plus graves, obtiendra-t-on, avec la constance désirable, sur les sujets atteints de néoplasmes, les heureux effets que l'érysipèle accidentel

n'a amenés jusqu'ici que trop rarement? Alors seulement les injections anti-cancéreuses auront légitimement droit à une place dans la thérapeutique. Jusqu'ici elles se sont seulement montrées capables de provoquer des modifications très curieuses à étudier, très intéressantes au point de vue de l'action générale des toxines et des sérums, mais aussi habituellement très passagères. Donc, au point de vue de la guérison des cancers, elles ont été stériles.

Il ne faut cependant pas décourager les chercheurs. Les engager à multiplier les modes de préparation et d'emploi du moyen curateur, et même à changer complètement de voie, c'est encore abonder dans leur sens. Souhaitons que la connaissance de la pathogénie des tumeurs malignes vienne bientôt seconder leurs efforts, en leur offrant la base solide qui leur a manqué jusqu'à ce jour.

Bibliographie. — BRUNS. Heilwirkung des Erysipels, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1888, p. 443. — FISCHER. Influence de diverses maladies infectieuses sur les tumeurs, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd. XII, s. 60. — LASSAR. Traitement des tumeurs malignes par la toxine stérilisée du streptocoque, *Deuts. med. Woch.*, 1891, n° 29. — SPRONCK. Étude expérimentale sur les injection de toxine de streptocoque, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892, p. 883. — COLEY. The treatment of malignant tumors by repeated inoculations of erysipelas, *The Amer. Journ. of med. Sc.*, may 1893; — Traitement des tumeurs malignes inopérables par les toxines du coccus de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, july 1894, p. 50, et *Amer. med.-surg. Bull.*, 1er déc. 1894. — DE WITT. Traitement des tumeurs malignes par les toxines érysipélateuses, *Northwestern Lancet*, 13 mars 1895. — XXIVe Cong. des chirurg. allemands (17-20 avril 1895), communication de Friedrich suivie d'une discussion, *Actes du Congrès*, 1895, t. I, p. 92; t. II, p. 312. — P. L. FRIEDRICH. Heilversuche mit Bacteriumgifter bei inoperablen bösartigen Neubildungen, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. L., s. 709. — KROMACHER. Die Beemflüssung maligner Neubildungen durch eine künstlich erzeugte aseptische Eutzündung, *Centralb. f. Chir.*, 18 mai 1895. — FABRE-DOMERGUE. Traitement sérothérapique du cancer par les injections modificatrices en général, *Bull. de la Soc. de biol.*, et *Gaz. méd.*, 25 mai 1895. — CZERNY. Ueber Heilversuche bei malignen Geschwülsten mit Erysipeltoxinen, *München. med. Woch.*, 1895, n° 36, p. 833. — J.-B. ROBERTS. Traitement des tumeurs malignes par les toxines du microbe de l'érysipèle, *Therap. Woch.*, 1895, n° 36. — MYNTER. Sarcome de la cavité abdominale traité par les injections de toxine érysipélateuse, *Med. Record*, 1895. — EMMERICH et SCHOLL. Traitement des tumeurs malignes par le sérum érysipélateux, *Deuts. med. Woch.*, 25 avril 1895. — P. BRUNS. Traitement du cancer par le sérum érysipélateux, *Deuts. med. Woch.*, 1895, n° 20, p. 313. — W. PETERSEN. Remarques sur la sérumthérapie anticancéreuse de Emmerich, *Deuts. med. Woch.*, 1895, n° 20, p. 314. — TH. SCHULER. Brustkrebs durch das Emmerich-Scholl' sche Erysipelserum geheilt, *Deuts. med. Woch.*, 1895, n° 37, p. 697. — REIMBOTH. Endothéliome traité sans résultat par les injections anticancéreuses d'Emmerich, *Deuts. med. Woch.*, 1895, n° 48. — W. KOPFSTEIN. Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Erysipelserum auf Carcinome und audern maligne Geschwülste, *Wien. klin. Rundschau*, 1895, nos 33 et 34. — RICKLIN. Traitement des tumeurs cancéreuses par le sérum érysipélateux d'Emmerich et Scholl, *Revue internat. de thérap. et pharmacol.*, 1895, n° 10, p. 339. — Traitement des néoplasies malignes par la méthode d'Emmerich et Scholl, *Bull. méd.*, 1895, p. 441 et 548. — SALVATI e GAETANO. Sul Siero anticancerigno, *Riforma med.*, 1895, nos 192 et 193. — Ch. RÉPIN. Toxithérapie des tumeurs malignes, *Revue de chir.*, 1895, n° 6, p. 465. — Pierre DELBET. Sur un nouveau procédé d'hémothérapie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 2 juillet 1895; — Traitement des sarcomes, *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et P. Delbet, t. I, p. 632. — Ch. RICHET et J. HÉRICOURT. De la sérothérapie dans le traitement du cancer, *Bull. de l'Acad. des sc.*, séance du 21 oct. 1895; — Sur la sérothérapie dans le traitement du cancer, *Bull. de l'Acad. des sc.*, 1895, et *Bull. méd.*, 1895, n° 35, p. 438. — HARTMANN. Sérothérapie et toxithérapie, *Rev. gén. des sc.*, 1895, p. 937. — R. EMMERICH et ZIMMERMANN. Nouvelle série de cas de néoplasmes traités par les injections de sérum streptococcique, *Deuts. med. Woch.*, 1895, n° 43.

VARIÉTÉS

A bord du « Phlégéthon », 1854-56 [fragments (1)].

Par le docteur BADOUR,
Ex-médecin-chef du Val-de-Grâce.

V

LES ASPIRANTS

Au cours de ce récit j'ai fait allusion aux aspirants. Ceux que je connus intimement, constituèrent deux groupes très distincts.

Le premier, qui étrenna avec moi l'existence du poste, se composait de volontaires ou pilotins du commerce qui, se destinant au métier de longs-courriers, étaient admis à remplir leurs obligations militaires dans les fonctions d'aspirant dont ils portaient la tenue sans le galon aux manches.

C'étaient d'excellents garçons par qui je devins très fort sur les questions d'arrimage et de conduite d'un navire, comme plus tard dans le Train des équipages, si j'en avais eu le goût, je me serais ferré sur la technique des voitures et sur l'hippologie.

Évidemment, on parle de ce que l'on connait et celui-là apprend partout, qui sait écouter.

Je les aidais à faire le point, leur laissant seulement le soin (obligatoire) de m'apporter à midi la hauteur du soleil au-dessus de l'horizon. Par le ciel sombre, c'était un travail de moins dont la paresse s'accommodait.

L'un d'eux cependant, qui était très bien de sa personne et en avait un soin particulier, fils d'un gros armateur, avait de la littérature. Il possédait les classiques dont il avait à bord de riches exemplaires et, s'il n'avait été de nature bronchitique, il aurait parfaitement déclamé.

Même je crois me rappeler que, par envie de développer une habitude innée ou simplement par caprice, il avait été quelque peu élève du Conservatoire.

Par exception, il était plus âgé que nous et il avait beaucoup et bien travaillé : ce qui expliquait la maturité de sa science.

Et tant pis si votre complaisance ne goûte pas ce détail qui, pour moi, était plein d'irrésistibles charmes!

J'ai mentionné plus haut qu'en partant de Paris je n'avais emporté que des ouvrages de médecine. Lui, outre nos poètes classiques, il avait tout un choix de nos auteurs modernes (Alfred de Musset, ce chantre de la jeunesse; *Corinne*, ce type de la femme idéale et par opposition la sensuelle *Mademoiselle de Maupin*; l'*Esprit des bêtes* de Toussenel et les *Chansons* de Béranger, auteurs oubliés que nos neveux ressusciteront). Il avait les *Châtiments* en un format minuscule qu'il était allé chercher en Belgique; enfin, toute une bibliothèque qui, pour être volumineuse, n'était pas encombrante, étant donné que rien ne se case mieux que des livres et qu'à bord, il ne se perd pas un pouce de terrain.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 4 et 105.

Il savait par cœur les morceaux remarquables et il était superbe quand de sa voix, que, dans son animation, il parvenait à rendre vibrante, il nous envoyait une tirade. Alors ses yeux bleus et profonds lançaient des flammes, ses mains se crispaient, tout son corps frémissait et nous étions suspendus à ses lèvres.

Bien moins doué sous le rapport de la mémoire, j'essayais de lui rendre la pareille en lisant à haute voix ses pages préférées.

Bref, il avait de la poésie dans l'âme, et il était de ces délicats qui regardent à la qualité du vin et qui aiment à n'étancher leur soif que dans un beau flacon.

A notre passage à Kiel, où les gros temps nous ramenèrent en octobre, il était mal portant. Sur mes instances, il obtint de rentrer en France par la voie de terre et je l'accompagnai jusqu'à Hambourg, où nous passâmes deux journées intéressantes.

Et nous restâmes amis, correspondant souvent et nous revoyant de loin en loin jusqu'à sa mort qui survint douze ans après.

Et mon cœur bat toujours sous l'affectueuse étreinte de ce cher souvenir.

Celui qui se rattache aux autres volontaires n'a rien que de très ordinaire. Toutefois, pour avoir eu au collège le premier prix de dessin, je serais mal avisé de ne pas leur octroyer un coup de crayon.

Le moins insignifiant était un grand roux à éphélides fauves qui, à ma stupéfaction, ne connaissait pas une note de musique, ayant pour père un savant et habile artiste qui fut presque conspué de son vivant et à qui la postérité s'est empressée d'élever une statue.

Un autre d'origine italienne dont il n'avait aucune apparence avec son teint blond, sa figure allongée et ses calmes allures, était la meilleure pâte du monde et avait pour caractéristique d'être d'une propreté plus que douteuse. Par les temps durs, il restait des semaines sans se déshabiller et, le malheureux! il se laissait envahir par la vermine.

Nous rîmes bien un jour que je l'obligeai, ce qu'il fit d'ailleurs de bonne grâce, à se plonger tout nu dans un baquet d'eau chaude où il fut astiqué de la belle façon, tandis que, par ailleurs, ses vêtements et son linge étaient désinfectés.

Le quatrième était un robuste et vaillant Breton, lourd d'esprit et brouillé avec la grammaire.

Celui-là, sans malice, n'était pas à sa place.

Ce groupe de volontaires fut, après la campagne de la Baltique, peu à peu et successivement remplacé par de vrais aspirants, c'est-à-dire des élèves sortis de l'École navale. Ils furent aussi au nombre de quatre et chacun me revient avec ses traits distincts.

Sauf un, ils étaient de souche patricienne, si cette expression n'est pas déplacée dans notre fin de siècle, où plus que jamais le mérite personnel doit primer tous les autres.

Dans la marine de l'État, à cette époque qui n'est pourtant pas bien éloignée, les trois quarts des noms, en effet, se distinguaient par la particule ou des titres plus ou moins pompeux. Elle regardait de très haut tout ce qui était ou qu'elle jugeait au-dessous d'elle, et la distance qui séparait l'officier du matelot était incommensurable.

Elle était en quelque sorte restée l'arche sainte de l'aristocratie, où les noms communs semblaient fourvoyés ; ce qui ne l'empêcha jamais d'être valeureusement grande, ainsi que le prouve toute notre histoire.

Aujourd'hui, soit que la noblesse dirige ailleurs ses efforts, soit que les hautes études deviennent de plus en plus abordables à tous les studieux, la marine a fait comme les autres institutions, elle s'est démocratisée et certes elle imiterait au besoin les exploits de l'ancienne.

Pour revenir à mes moutons dont ils avaient la douceur, mes quatre Aspirants-Officiers, qui étaient lettrés et surtout savants (c'était leur ressemblance), n'avaient d'autre point de contact que leur brillante efflorescence.

J'en estimais un particulièrement, non parce qu'il était de sang princier (son père était un des plus grands exilés de Pologne), mais parce qu'il possédait toutes les séductions, taille avantageuse, mâle beauté, instruction ornée, virile éducation. Nous nous étions bien vite liés et, je ne le cache pas, j'y avais bientôt trouvé mon compte dans les précieuses attentions que lui permettaient les envois de la famille.

Que de tasses de chocolat, ou de lait concentré, ou même de bouillon vinrent par lui me réconforter dans les passes critiques! Cela n'a l'air de rien dans la vie ordinaire. Allez donc voir ce que c'est d'être dégoûté au point de ne pouvoir plus manger que du biscuit ramolli dans du tafia brûlant : ce qui nous arriva pendant l'hiver 1855-1856!

Avec cela il me lisait les lettres paternelles qui, à part quelques détails intimes, renfermaient des leçons de haute sagesse en économie sociale. Et nous nous délections dans les fortes lectures; c'est avec lui que je parcourus d'un bout à l'autre les *Ruines* de Volney.

Les mêmes impressions rétrospectives se rapportent au second de ces charmants camarades, à cette différence que celui-ci était délicat dans le fond et la forme.

Il se piquait plus que les autres de littérature, ayant fait sa rhétorique, ce qui était rare chez les candidats au *Borda*.

Et c'était un de ces sensitifs pour qui le charme féminin n'est remplacé par aucune magnificence. Ses aperçus à ce sujet étaient délicieux, et gentiment il allait par les prairies et sous les grands bois chanter ses amours sur le chalumeau et graver sur l'écorce des arbres le nom de l'Idole.

Malheureusement il était fier de sa vicomté et, s'il ne le faisait pas sentir à bord (ce qui eût été de mauvais goût), il ne s'en privait pas à terre où il ne connaissait plus que les siens.

Entre parenthèses, outre mille élégantes inutilités, il avait la manie des chaussures et, pour n'être pas sale, suivant l'Auvergnat, ça tenait de la place.

Le troisième qui s'appelait tout court, était petit, malingre, fin comme l'ambre et malicieux jusqu'au bout des ongles. Il nous divertissait par ses gasconnades (il en était, de la Garonne) et par ses tours de prestidigitation. Mais ces qualités, très appréciables en société, n'allaient pas jusqu'au sacrifice de la moindre part des provisions qu'il recevait et dégustait en cachette.

Et un soir nous lui jouâmes un tour pendable.

Commandant une corvée qui devait durer une partie de la nuit, il oublia, en partant, la clef de l'armoire aux provisions consistant principalement en une grosse terrine de foie gras et en fines bouteilles.

Nous fîmes signe à notre proche voisin, le maître mécanicien dont nous avions apprivoisé la constante réserve. Cet homme aimable et instruit, que j'ai du plaisir à me rappeler, valait plus que d'être un premier-maître, c'est-à-dire un adjudant sous-officier, grade qu'en ces temps préhistoriques on ne dépassait pas dans la machine, si ferré qu'on fût sur les devoirs professionnels.

Je me trompe : les jeunes mécaniciens étaient admis à concourir pour le grade d'enseigne et leurs succès exceptionnels justifiaient au rebours l'immortel Figaro qui n'obtint pas la place à laquelle, par malheur, il était propre.

Les qualités et l'âge de notre mécanicien en imposaient à tous dans la meilleure acception du mot. Il était le type de l'honnête et du laborieux que les soucis de la famille et les soins de sa charge poursuivaient même en songe. Que de fois je le tirai de rêves tournant au cauchemar et quels bons mercis il m'adressait à travers la cloison!

Et je suis bien loquace pour n'avoir pas encore bu.

Le fait est que nous nous attablâmes et que, sans préciser vis-à-vis de notre hôte qu'une semblable liberté aurait choqué, nous bûmes à la santé de l'absent, ne touchant guère à la terrine dont le vide eût été difficile à expliquer et jetant à la mer, par le hublot, les flacons absorbés.

Après quoi j'en cassai un au-dessous de l'armoire, j'eus la précaution d'y oublier quelques fragments et je mouillai le sol.

M'entendez-vous l'accablant de reproches, mon aspirant à sa rentrée, avant qu'il se doutât de rien et comme il courait aux subsistances? Un coup de tangage avait ouvert l'armoire qui était mal fermée, et les bouteilles mal arrimées avaient dégringolé avec fracas. N'aurait-il pas mieux valu qu'il nous les eût offertes?

Il en fut pour sa courte honte et, sans offenser ses mânes, nous n'en eûmes aucun regret.

Je ne parle pas du quatrième qui, lui aussi, avait un joli nom et un bel avenir que seul il a grandement réalisé, puisque, si je ne m'abuse, il est encore en vue.

Et pour mémoire j'en citerai un autre qui ne fit que passer, s'étant échaudé dans une sortie. Celui-là avait le mal de mer désobligeant et, comme les chats, il aimait si peu l'eau que les camarades me voyaient avec plaisir lui partager son pain.

Et toute cette jeunesse dont vous avez compris que j'étais le confident, vivant à chaque instant dans son intimité et ne lui causant aucun ombrage, avait un défaut commun, c'était de n'être pas curieuse des choses de la nature et de me laisser presque toujours seul pérégriner.

C'était probablement parce qu'ils avaient devant eux tout un avenir de voyages et qu'ils n'étaient pas pressés de profiter de l'occasion que, pour ma part, je prenais aux cheveux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'intubation laryngée dans le croup. Étude critique et clinique (1), par le docteur A. Hugues.

Si Bouchut était encore de ce monde, il pourrait voir, avec satisfaction, revivre une méthode qui fut sienne, et qui eut besoin, pour renaître en France, d'avoir été transplantée en Amérique. Les travaux se succèdent sur cette question du tubage du larynx et présentent tous un grand intérêt. M. Hugues se déclare tout à fait partisan de l'outillage de O'Dwyer tel qu'il existe; il rejette toutes les modifications qui y ont été apportées.

Pour notre confrère, l'intubation est une opération délicate, difficile. Elle nécessite un tour de main qu'une pratique prolongée permet toujours d'acquérir. Parfois le spasme glottique rend l'opération impossible. La trachéotomie s'offre, dans ces cas, comme une grande ressource; mais son champ se restreint.

Les inconvénients de l'intubation sont la plupart illusoires, insignifiants, négligeables. Beaucoup d'entre eux ne sont pour ainsi dire que l'ombre d'un danger. Aucun n'a jusqu'ici entraîné la mort du malade.

Une objection à présenter au tubage est une dysphagie assez fréquente.

L'intubation est l'auxiliaire indispensable, le complément nécessaire de la sérothérapie. Celle-ci combat la diphtérie dans son essence même; celle-là s'adresse à la sténose laryngée.

La bronchite pseudo-membraneuse, la pneumonie lobulaire, la diphtérie maligne ne cèdent pas sous l'influence de l'intubation. Mais dans ces circonstances, les efforts de la trachéotomie demeurent infructueux.

Les inconvénients de l'intubation ne sauraient exiger la présence constante du médecin auprès du malade. Cette opération ne doit pas rester un procédé d'hôpital; elle peut être utilisée en ville, dans la clientèle privée.

Ces conclusions sont intéressantes à enregistrer. Nous regrettons, toutefois que, dans une étude critique sur l'intubation laryngée, le nom de Bouchut ne soit pas même prononcé à l'index bibliographique. Si le docteur Hugues veut se convaincre du rôle de Bouchut, il n'a qu'à consulter la *Gazette des hôpitaux* (1) qui, seule à l'époque, donna à l'innovateur l'hospitalité de ses colonnes.

Les infections d'origine cutanée chez les enfants (2), par J. Hulot.

L'auteur établit la nécessité d'une antisepsie rigoureuse dans les services de médecine, surtout de médecine infantile; elle est aussi nécessaire qu'en chirurgie et en obstétrique. L'isolement est obligatoire pour tout enfant suppurant ou atteint de bronchopneumonie.

Les germes répandus sur la surface de la peau, devenus virulents, y pénètrent à la faveur de la moindre écorchure; de là, ils peuvent déterminer des abcès multiples et la pyémie, ou bien la forme de résorption toxique dite autrefois septicémie.

L'infection par la voie intestinale est rare, mais les germes pyogènes banals, répandus dans l'air et inhalés, deviennent la cause efficiente de bronchopneumonies, surtout chez les enfants prédisposés (athreptiques, rubéoleux, hospitalisés).

Traité des tumeurs de la vessie, par le docteur Clado.

L'ouvrage de M. Clado est un traité complet des néoplasies vésicales, analysées dans les différents chapitres que comporte leur étude. Cet ouvrage volumineux, il est inutile de le dire, au courant des derniers progrès de la science, est surtout destiné aux spécialistes des voies urinaires et aux chirurgiens de profession.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Formulaire pratique de l'hypodermie, par les docteurs Cancalon et Maurange. 1 vol. reliure amateur peau pleine, tête dorée. — Prix : 3 francs. — Paris, Rueff et Cie.

---

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 479 (note).
(2) Th. de Paris, 1895. — Paris, Maréchal et Moutorier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 18. — MARDI 11 FÉVRIER 1896. 69e ANNÉE. MARDI 11 FÉVRIER 1896. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 février 1896.

La tuberculose est-elle ou n'est-elle pas une maladie contagieuse? Poser la question, c'est, dans l'espèce, la résoudre. Et il n'est personne, même à l'Académie, qui ne réponde par l'affirmative. Mais, dans ce cas, pourquoi la tuberculose ne figure-t-elle pas dans le fameux carnet médico-administratif, à côté de la diphtérie, de la variole, de la fièvre typhoïde, etc.? A quelle pensée d'ordre scientifique a-t-on pu obéir pour rayer la tuberculose du cadre des maladies officiellement contagieuses?

Tout simplement parce que la tuberculose étant plus répandue à elle seule que toutes les autres affections contagieuses réunies, l'application de la fameuse déclaration obligatoire devenait impossible, grâce au trouble jeté dans un trop grand nombre de familles.

Cependant on a fait quelque chose pour attirer l'attention du public et, dans les salles d'attente de nos gares, sur les vitres de nos omnibus et tramways, on peut lire sur une petite affiche, dont la couleur blanche trahit le caractère officiel, ces mots : « Défense de cracher sur le parquet. » Défense bien platonique, n'est-ce pas? Ce n'est pas avec de pareilles mesures qu'on empêchera le fléau de s'étendre et de décimer notre population dans d'effrayantes proportions.

C'est grâce à cette complicité du silence que l'on doit, dans les familles de tuberculeux, mille pratiques qui contribuent à propager la contagion : enfants couchant dans le lit de leur mère tuberculeuse, buvant dans son verre, mangeant à sa fourchette. Nous voyions encore dernièrement, dans une famille, une tante tuberculeuse à la dernière période, retirer avec sa bouche les pépins de quartiers d'orange qu'elle donnait ensuite à sa petite nièce, enfant de trois ans!

C'est grâce aussi à la complicité des pouvoirs publics que la viande tuberculeuse est utilisée dans une notable proportion; sauf peut-être par les israélites, dont le sacrificateur déclare impure la viande de l'animal même suspect.

Pour le commun des mortels, l'inspection des viandes admet et laisse livrer à la consommation des viandes d'animaux tuberculeux, pourvu que l'animal ne soit pas trop atteint, que des cavernes n'aient pas détruit tout son parenchyme pulmonaire. Il dose les lésions, comme si l'animal moyennement atteint n'était pas aussi dangereux pour la consommation que celui qui l'est beaucoup.

Ici ce sont des raisons d'ordre politique et financier qui empêchent d'agir. L'État n'a pas de finances assez solides pour indemniser suffisamment les éleveurs dont la viande serait saisie. Pourquoi ne fait-on pas comme à l'étranger? Et quoiqu'il nous soit bien pénible d'aller toujours chercher ailleurs l'exemple à donner, nous ne pouvons nous empêcher de dire que, dans un pays voisin, on est autrement rigoureux sur ce chapitre. Toute viande tuberculeuse y est refusée; le propriétaire est indemnisé, en grande partie, et l'État retrouve la presque totalité de l'indemnité qu'il donne, en vendant au rabais la viande qu'il a saisie; mais, en ne la vendant qu'après cuisson à l'étuve, cuisson complète, prolongée, scientifiquement surveillée et détruisant dans la viande suspecte tout germe pathogène.

Sans doute, il y a beaucoup à faire pour s'attaquer à la tuberculose, c'est une raison pour ne point reculer. Quelques académiciens et, en particulier, M. Terrier, viennent de montrer combien était défectueuse, à cet égard, notre organisation hospitalière, combien, dans les salles de malades, les causes de contagion étaient fréquentes.

Voici donc de nouveau la question soulevée. Devant la natalité qui diminue chez nous dans d'inquiétantes proportions, en face d'une mortalité effrayante par tuberculose, il est de toute importance que cette question de la contagion de la tuberculose soit enfin définitivement étudiée et que des mesures prophylactiques sérieuses viennent enrayer la marche du fléau.

La discussion sur le **sérum antidiphtérique** a continué à la Société médicale des hôpitaux (7 février). M. Hutinel ne considère pas comme absolument démontré que le streptocoque soit la cause des accidents graves, parfois observés après l'injection du sérum de l'Institut Pasteur. Le streptocoque a pu, en effet, exister dans des diphtéries bénignes et faire défaut dans des diphtéries graves. Il prétend, du reste, qu'on ne le rencontre que très rarement dans le sang des malades. Si M. Chantemesse l'a trouvé souvent dans le sang, c'est non pas chez des diphtériques, mais chez des érysipélateux. Enfin les accidents, observés à la suite de l'injection du sérum de Behring-Roux chez les diphtériques, n'ont pas tout à fait la même allure clinique que ceux qui résultent de l'infection streptococcique.

M. Hutinel a vu un cas de mort survenir après l'injection de deux doses de 10 centimètres cubes de sérum chez un enfant qui, depuis longtemps, avait de grosses amygdales et des poussées d'amygdalite à répétition. Il a vu aussi des accidents très graves, deux se sont terminés par la mort, chez quatre malades atteints de diphtérie au cours de la scarlatine. Ces faits l'ont amené à penser qu'il ne faut injecter le sérum qu'avec une grande prudence chez les enfants atteints d'amygdalites chroniques, de végétations adénoïdes et chez les scarlatineux, et seulement s'ils présentent en grande quantité le bacille long, qui est le seul vrai bacille de la diphtérie. Les bacilles courts n'ont, au contraire, qu'une valeur douteuse.

M. Chantemesse continue à rendre le streptocoque responsable de tout le mal, le sérum par lui-même ne produirait que des accidents bénins, sans gravité. Il y aurait, du reste, des différences cliniques permettant de distinguer l'œuvre nocive du streptocoque : c'est ainsi que l'albuminurie ne serait jamais provoquée par le sérum.

M. Variot, chargé du service des diphtériques à l'hôpital Trousseau, est venu apporter sa statistique de l'année : elle porte sur 1414 cas; ils ont donné une mortalité de 14,5 p. 100. Si l'on se rappelle que la mortalité, avant le sérum, était de 40 à 50 p. 100, on peut juger le progrès réalisé; cependant il faut faire une correction. Les années précédentes, il ne passait dans le même service, que 800 diphtériques environ. C'est qu'on faisait le diagnostic non par l'examen microbiologique, mais par le simple examen clinique. Il en résulte que des cas bénins ou larvés ont été ajoutés à la diphtérie qui, autrefois, en eussent été exclus. Cela a donc amélioré la statistique sans que le sérum y fût pour rien. Le bénéfice reste cependant évident et considérable, cette correction faite.

M. Variot se demande si le sérum en vieillissant ne prend pas des propriétés nocives et il réclame qu'on indique sur les flacons la date de leur mise en circulation.

Lui non plus ne pense pas que le streptocoque soit la cause des accidents observés; il ne s'expliquerait pas, s'il en était ainsi, leur survenue seulement au douzième ou au quatorzième jour après l'injection, alors que les enfants paraissaient parfaitement guéris.

Il termine sa communication en disant d'une façon fort judicieuse que la clinique ne doit pas perdre ses droits, lorsqu'il s'agit de décider si l'on doit ou non faire une injection de sérum anti-diphtérique. C'est, en somme, à elle autant qu'au microscope qu'il appartient de dire quels sont les cas susceptibles de justifier l'emploi d'une médication qui, pour être d'une utilité désormais bien établie, n'en a pas moins de temps en temps des effets à côté ou des effets secondaires fort graves.

M. Dieulafoy, qui a étudié très complètement cette question dans des leçons faites à l'École de médecine, déclare que l'**oblitération de l'appendice**, expérimentalement réalisée chez le lapin par MM. Roger et Josué, est la grande cause de l'appendicite de l'homme. Elle peut se faire à des hauteurs différentes du canal par des mécanismes variés. Les microbes, hôtes normaux de l'intestin, prennent dans l'appendice, ainsi transformé en cavité close, une virulence parfois si considérable que les malades sont emportés sans qu'il y ait eu de péritonite, par l'effet de l'intoxication générale. Quelquefois la suppuration de voisinage et la péritonite se produisent sans perforation; mais assez souvent il se fait une perforation par laquelle le liquide purulent du kyste appendiculaire parvient dans la cavité péritonéale, heureusement, défendue dans bien des cas, par des adhérences et des fausses membranes. Parfois l'appendice est le siège d'une gangrène qui amène une rupture suraiguë; ce sont même les cas les mieux connus.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE

Remarques sur les effets des balles cuirassées de 8 millimètres tirées à courte distance (1).

Par le docteur E. Delorme,

Médecin principal de première classe, Professeur au Val-de-Grâce.

I

A aucune autre époque, les questions qui sont du ressort de la chirurgie d'armée n'ont présenté autant d'intérêt qu'aujourd'hui. C'est qu'en dépit des assurances pacifiques, les formidables armements des puissances européennes constituent une perpétuelle menace de guerre, et qu'en raison du service obligatoire pour tous, il n'est plus de famille qui n'ait à redouter pour les siens les dangers d'un conflit.

Depuis vingt-cinq ans, l'armement dans toutes les armées est en pleine transformation. L'artillerie et l'infanterie de chaque puissance multiplient et étendent leurs recherches. Pour ne parler que des petits projectiles, le poids, le calibre, la longueur, la constitution, la vitesse de translation, de rotation, la force de pénétration, la portée, la trajectoire des balles sont, à l'heure actuelle, tout différents de ce qu'ils étaient il y a quelques années à peine. Mais à mesure que tant d'éléments nouveaux modifient la puissance balistique des engins de guerre, les chirurgiens d'armée, sans bruit et avec une louable constance, n'attendant plus comme autrefois que l'expérience hasardeuse du début d'une campagne leur serve de guide pour la suite, demandent à l'expérimentation cadavérique de les renseigner sur les modifications que l'armement apporte à nos traumatismes et, à leur gré, ils déterminent les caractères de ces lésions à toutes les distances de combat que la tactique impose. Nous pouvons dire que, sur ces questions, notre religion est pleinement éclairée. Cependant, quelque portée qu'aient pour nous les enseignements de l'anatomie pathologique et de la clinique, ils ne sauraient nous faire méconnaître l'importance de ceux que de malheureux hasards viennent parfois nous fournir.

Les effets vulnérants produits par les balles sont loin d'être toujours identiques à eux-mêmes; ils varient avec le coefficient balistique de ces dernières et, pour le même projectile, avec sa vitesse ou, si l'on veut, avec sa portée. Il est donc logique de distinguer, comme on le fait, les traumatismes produits à longue portée, de ceux déterminés aux portées moyennes, aux courtes ou aux très courtes distances.

C'est de ces derniers que je désire entretenir l'Académie, en faisant presque exclusivement appel aux souvenirs que m'a laissés l'observation des blessés de Fourmies, auxquels j'ai été appelé à donner mes soins à partir du quinzième

---

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 27 janvier 1896.

jour et qui ont été frappés par des balles Lebel, à une distance inférieure à 100 mètres, c'est-à-dire en pleine zone des effets dits explosifs.

On sait que, dans cette zone des effets explosifs, les projectiles actuels se creusent, dans les parenchymes denses et gorgés de liquide, des trajets énormes, compliqués d'éclatements à distance, qu'ils dilacèrent les viscères creux contenant des liquides (cœur, estomac, vessie, intestin), qu'ils fragmentent la cavité cranienne, la font voler en éclat et détruisent ou expulsent la substance cérébrale. Deux de ces traumatisés présentèrent ces lésions cranio-cérébrales; trois de ces lésions abdominales; trois avaient été frappés à la poitrine. Leurs plaies de sortie étaient plus étroites que celles des blessés frappés à la tête et à l'abdomen.

En dehors de ces 8 personnes, dont les cavités centrales avaient été intéressées par des balles et qui succombèrent sur-le-champ, 34 atteintes dans les autres régions du corps, aux membres, à la face, au cou, survécurent malgré des traumatismes parfois étendus et graves.

20 présentaient des blessures des parties molles (contusion, sillon, plaies uniques ou doubles, en cul-de-sac ou en séton);

6 des fractures des corps diaphysaires;

8 des plaies pénétrantes articulaires;

2 des lésions des os plats ou des os courts.

Deux autres blessés furent atteints de plaies d'armes blanches : l'un d'une plaie pénétrante de l'abdomen par baïonnette du fusil Lebel avec perforation de l'estomac; il guérit sans intervention; l'autre d'une section de l'olécrâne par coup de sabre (guérison).

Avant de rappeler sommairement les caractères des lésions de ces 34 blessés, je désirerais faire une remarque générale à propos du choc traumatique et de l'hémorragie immédiate.

Ébranlement, commotion. — Les balles de 11 millimètres, lorsqu'elles frappaient des os, donnaient lieu à un ébranlement calculable au dynamomètre et considérable aux courtes distances. Déjà mes expériences m'avaient appris qu'il n'en était plus de même avec la balle de 8 millimètres dont le diamètre et, par le fait, l'étendue de la surface d'impact est moindre. Ce que j'ai observé sur les blessés de Fourmies, corrobore ces expériences : aucun de ces blessés frappés à si courte distance n'a éprouvé de sensation de choc violent, n'a fait de chute ou n'a dû être relevé d'un état syncopal, alors même que des épiphyses ou des diaphyses avaient été atteintes. L'un d'eux, frappé par une balle qui traversa les deux cuisses, un testicule et le fémur, et dont les plaies offraient l'étendue de celles d'un coup de feu explosif, n'éprouva que la sensation de choc d'un ballot; quelques-uns ne ressentirent qu'un choc analogue à celui d'une pierre, un autre l'impression d'une simple piqûre d'épingle. Le nommé L..., dont la face postérieure de l'un des membres inférieurs, fut trouée par vingt fragments de balle et d'enveloppe, ne ressentit qu'une légère secousse et un frisson. Le nommé G..., chez lequel le plexus brachial avait été traversé, s'aperçut surtout de sa blessure par une flexion violente du coude et une flexion involontaire des doigts du membre traversé; enfin, le nommé D..., chez lequel le nerf cubital avait été contus assez fortement derrière l'épitrochlée pour qu'il en soit résulté une paralysie cubitale, ne se douta de sa blessure qu'en voyant ses vêtements souillés par du sang.

Sous le rapport de l'élément douleur et surtout sous celui de la commotion, les balles de 8 millimètres se montrent donc inférieures aux anciennes.

En général, ces plaies saignèrent peu. Un seul blessé eut une hémorragie très grave : son cou avait été traversé d'avant en arrière par une balle; la jugulaire interne avait été atteinte; une compression digitale indirecte, bientôt remplacée par une compression mécanique indirecte exercée par le pansement, arrêtèrent l'hémorragie. Le blessé guérit.

Lésions de la peau et des parties molles. — Les expériences cadavériques m'avaient appris qu'à la distance à laquelle ces blessés ont été frappés, les orifices d'entrée et de sortie des sétons ont des dimensions un peu supérieures à celles de la balle, et que les premiers sont entourés d'une zone circulaire de contusion cutanée avec destruction de l'épiderme. Il en fut ainsi chez les blessés de Fourmies, et chez eux, l'escharification de la peau contuse laissa, vers le dixième jour, une perte de substance agrandie, de 1 centimètre et demi, 2 centimètres de diamètre total. D'ordinaire l'orifice de sortie était un peu plus grand que l'orifice d'entrée, et comme lui presque toujours circulaire.

Avant de perforer la peau, la balle traverse les vêtements, en sépare un fragment à l'emporte-pièce ou effiloche leur tissu dans les points rencontrés et tapisse le trajet de la plaie des filaments propulsés. Sur ces blessés recouverts presque tous de vêtements de toile bleue qui protégeaient les vêtements ordinaires, le trajet de la blessure se débarrassa par suppuration de ces filaments vestimentaires, et mes collègues civils, les docteurs Drapier, Colliard, Lebon qui, dans les premiers jours, soignèrent ces blessés, furent frappés vers le quatrième, le cinquième, le sixième jour, de la coloration bleu indigo, toute temporaire, que ces débris communiquèrent au pus. Un certain nombre de ces filaments qui s'étaient incrustés dans la peau autour de l'orifice d'entrée, marbrèrent en bleu la cicatrice.

Fragmentation des balles et de leur enveloppe. — Les balles actuelles n'atteignent pas seulement leur but dans un tir de plein fouet; souvent elles le frappent après ricochet. A la guerre, on tient compte de ces ricochets dans la proportion de un tiers.

Les expériences ont montré que les balles actuelles de plomb, durci par leur alliage d'antimoine, se fragmentent avec la plus grande facilité au contact des corps résistants, qu'elles font éclater ou qu'elles segmentent leur enveloppe, qu'elles fournissent des noyaux de plomb de volume divers et des lamelles de leur cuirasse, irrégulières, tranchantes, d'étendue et de nombre variables.

Il n'est point nécessaire que la vitesse de la balle soit élevée pour que cette fragmentation s'observe, car on la constate encore avec une vitesse restante de 250 mètres, c'est-à-dire à la portée de 1 200 mètres, mais, lorsque la vitesse est très grande, comme dans le tir de 0 à 400 mètres, et que, d'un autre côté, le corps qui s'oppose à la balle est très dur, autrement dit lorsque la lutte entre la puissance et la résistance est la plus vive, l'éclatement est porté au plus haut degré. Semblable à un minuscule obus percutant, la balle cuirassée éclate; elle projette en gerbe ses fragments, et si le but vivant est proche, elle produit des dégats épouvantables. Tirée obliquement sur la partie supérieure d'une cuirasse, à très courte distance, une balle Lebel a fourni une gerbe d'éclats qui, sous le maxillaire inférieur, ont fait une

plaie béante assez large pour y enfoncer la main. Conservant une force vive considérable, ces minuscules éclats ont fragmenté le maxillaire inférieur, pénétré le supérieur et se sont logés, partie dans la face, partie dans le crâne, produisant un traumatisme qui eût été mortel.

Sur les 34 blessés dont je résume ici l'histoire, j'ai constaté six fois (proportion élevée) les effets des balles Lebel ricochées et fragmentées sur le sol empierré ou sur les murs de pierre des maisons. Mais, comme la distance qui séparait ces hommes du point d'impact de la balle était assez grande, la gerbe d'éclats avait pu s'étendre; la vitesse plus faible des fragments et leur dispersion expliquaient le nombre plus faible des traumatismes, leur moindre étendue et la pénétration des corps étrangers à une profondeur moins grande.

Le premier de ces hommes (le nommé L...) présentait sur la face postérieure du membre inférieur gauche, du pied à la racine de la cuisse, une vingtaine de ces plaies qu'on rattacha un instant à la décharge d'un fusil de chasse chargé à plomb, maladroitement dirigé par un camarade. Ces plaies en cul-de-sac avaient de 2 à 4 millimètres d'étendue. Circulaires, linéaires, irrégulières, elles étaient assez profondes pour qu'on n'ait pu y trouver le corps étranger qu'elles logeaient. Plusieurs suppurèrent abondamment; presque toutes se guérirent en laissant un noyau d'induration.

Sur le second, un fragment d'enveloppe tranchant de 1 centimètre de long sur un demi-centimètre de large s'était fixé dans la lèvre supérieure au fond d'une plaie linéaire. Cette plaie guérit, mais il persista un noyau d'induration fibreux, arrondi, de la grosseur d'une bille. Un autre fragment d'enveloppe plus étendu, mais agissant tangentiellement à la surface de la peau, laissa, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, un sillon cutané irrégulier, ovalaire, des dimensions du pouce. Le blessé retrouva ce fragment entre sa chemise et le collet de son vêtement. La plaie guérit avec cicatrice chéloïdienne.

Enfin, un fragment minuscule de la balle, de quelques millimètres d'étendue, perfora la partie latérale gauche du nez. Cet homme l'expulsa par la bouche le lendemain.

Sur le troisième (B...), la face postérieure de la jambe avait été *sillonnée* par des fragments d'enveloppe animés d'une faible vitesse qui avaient laissé trois plaies étroites, assez régulières, de quelques millimètres d'étendue, faites comme par un instrument piquant. Elles n'intéressaient pas toute l'épaisseur de la peau. Sur la fesse et au niveau de la pointe de l'omoplate, des fragments contournés d'enveloppe avaient produit des plaies un peu plus étendues, mais également peu profondes.

Chez le quatrième (C...) c'était dans le tissu cellulaire de la région lombaire que s'étaient logés des fragments de plomb et d'enveloppe assez étendus, linéaires, ainsi qu'un morceau de balle. Celle-ci s'était arrêtée dans une plaie en cul-de-sac, presque circulaire, de 6 millimètres de diamètre.

Enfin, les deux derniers blessés présentaient : l'un, une plaie en cul-de-sac sous-pectorale, à orifice de dimensions trop restreintes pour qu'elle ait pu être faite par une balle entière et l'autre, un enfant, avait eu la région thénar droite pénétrée par une lamelle tranchante d'enveloppe qui avait laissé une plaie linéaire. On en fit l'extraction le huitième jour. Elle avait été bien tolérée.

Ces fragments d'enveloppe et de plomb ont tantôt déterminé des accidents suppuratifs, tantôt ils n'ont entraîné aucune inflammation vive, mais, le plus souvent, ils ont laissé des noyaux d'induration assez étendus, qu'ils aient été ou non extraits, et je crois devoir remarquer que, sur l'un de ces blessés, une cicatrice chéloïdienne a été la conséquence d'une ragade faciale toute superficielle, mais irrégulière et contuse. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1896. — Présidence de M. Anger.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. **TUFFIER** a eu l'occasion d'observer, dans une année, 35 cas d'hématocèles rétro-utérines. Sur ces 35 cas, il en est 19 qu'il a pu suivre. Comme M. Segond, il estime qu'il faut distinguer les cas de grossesses extra-utérines après cinq et six mois, de ceux qui n'ont pas atteint cinq mois. M. Tuffier n'a pas d'exemples de la première catégorie à laquelle il donne le nom de variété obstétricale.

Toutes ses observations se rapportent à des cas de moins de cinq mois, c'est-à-dire à la variété chirurgicale.

On intervient généralement pour des complications de ces grossesses extra-utérines. Ces complications sont de trois ordres, selon qu'il s'agit de rupture intra-péritonéale avec inondation du péritoine, d'hématocèle rétro-utérine ou de suppuration. M. Tuffier a observé quatre cas de rupture intra-péritonéale avec inondation du péritoine. Il est intervenu dans trois de ces cas. Ces trois malades ont été prises brusquement de tous les signes d'une péritonite aiguë par perforation. Il est intervenu le second jour dans deux cas, le troisième jour dans le troisième cas.

Le diagnostic était difficile. Il a fait la laparotomie. Dans deux cas, il a trouvé et enlevé un fœtus libre dans la cavité abdominale. Dans le troisième, il a tamponné le fond de la cavité pelvienne et fait un drainage à la Mickulicz. Il a, chaque fois, lié et réséqué la trompe. Ces trois malades ont bien guéri, bien qu'elles fussent dans un état fort grave et qu'elles eussent subi une opération dangereuse.

Dans ces cas, quand on a ouvert le péritoine, on trouve une énorme quantité de sang, des caillots entre les anses intestinales. En présence de pareils faits, il n'y a que deux partis à prendre : ou bien l'abstention pure et simple, ou bien l'intervention par la laparotomie avec ligature et extirpation de la trompe.

En dehors de ces faits, M. Tuffier compte 15 cas d'hématocèles simples et 6 cas d'hématocèles suppurées. Pour les premières, l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur paraît à M. Tuffier l'opération de choix. Autrefois, il a pratiqué la laparotomie pour des cas analogues et, sur 29 cas, il a eu 3 décès. Il n'a plus perdu de malades depuis qu'il a recours à l'incision vaginale. Cette incision peut être primitive ou secondaire. Il y a tout avantage à la faire plus tôt que plus tard.

Pour les hématocèles suppurées, l'incision vaginale est également l'opération qu'il faut préférer. C'est elle qui donne les résultats les plus rapides et avec une bénignité opératoire absolue.

Reste l'hystérectomie vaginale. Cette opération ne semble indiquée que dans les cas où les annexes sont prises des deux côtés. C'est ainsi que M. Tuffier aurait préféré recourir à cette opération chez une malade qu'il a laparotomisée et qui avait une hématocèle d'un côté et un pyo-salpinx de l'autre côté.

M. **REYNIER** répond à M. Routier. D'accord avec lui, il pense que, lorsque la grossesse extra-utérine n'est pas rompue, qu'il s'agit d'une tumeur unique, bien localisée à une trompe, on peut faire le diagnostic de fécondation ectopique. Cela devient déjà beaucoup plus difficile quand il y a une hématocèle. Le diagnostic devient à peu près impossible

dans ces cas. On ne peut que soupçonner la grossesse extra-utérine. Quand il y a une hématocèle, il est bien difficile de savoir si elle est due à une grossesse rompue ou à une salpingite hémorragique. Il faut donc trouver une opération qui puisse s'adresser aux deux cas.

Pour l'inondation péritonéale, tout le monde est d'accord : il n'y a qu'une intervention possible, c'est la laparotomie. M. Reynier a eu récemment l'occasion d'opérer une malade qui était exsangue et mourante. Il fit la laparotomie, lia et réséqua la trompe et il n'eut pas le temps de faire le lavage péritonéal à cause de l'extrême faiblesse de la malade. Il referma le ventre et le rouvrit trois jours après pour faire le lavage. Cette malade a bien guéri. Mais ce sont là des cas assez rares.

Quand il s'agit d'hématocèles bien nettement enkystées, l'incision vaginale peut donner de bons résultats. Mais il y a des cas dans lesquels l'hématocèle s'infecte consécutivement à cette incision. Il n'est pas logique de proposer l'hystérectomie vaginale pour des cas où il y a toutes chances pour que l'une des annexes reste saine. D'autre part, après l'incision vaginale, on peut laisser une annexe malade ou un œuf. C'est pourquoi M. Reynier préfère la laparotomie et ne saurait conséquemment considérer l'incision vaginale comme une opération de choix.

M. RICARD vient apporter quelques faits, et sans vouloir résumer le débat, constate que tous les membres de la Société se sont mis d'accord au sujet de la grossesse extra-utérine ayant dépassé le cinquième ou sixième mois. Contre cette grossesse ectopique, et contre ses complications, la laparotomie est le seul mode opératoire qui soit indiqué.

La divergence commence à exister lorsqu'il s'agit de traiter la grossesse ectopique dont l'évolution a été prématurément interrompue par des complications hémorragiques ou septiques au cours des premiers mois. Bien que ces complications présentent des variétés nombreuses, M. Ricard ne veut en retenir que deux groupes, très différents au point de vue des indications thérapeutiques qu'ils comportent.

1° Dans le premier groupe, M. Ricard range toutes les formes qu'il appelle « à froid », celles dans lesquelles les accidents graves sont terminés, où il ne reste plus rien des symptômes, à début si dramatique, de la rupture de la poche tubaire. Tout est à peu près rentré dans l'ordre et le danger immédiat éloigné; le chirurgien se trouve, en réalité, en présence d'une masse plus ou moins complexe, plus ou moins volumineuse, mais dont le caractère primordial est d'être une tumeur unilatérale des annexes. Dans ces conditions, les partisans les plus fervents de l'hystérectomie vaginale reconnaissent eux-mêmes que cette opération n'est point ici applicable. Aussi n'a-t-on guère à hésiter qu'entre deux procédés : attaquer la tumeur par la voie abdominale, en pratiquant une laparotomie, ou bien par la voie vaginale, en incisant le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie ou incision vaginale, tels sont les deux termes du problème. M. Ricard pense qu'il faut bien se garder d'une opinion exclusive ; pour lui, il s'est servi maintes fois des deux procédés et s'en est fort bien trouvé. Il est étonné de constater que ses collègues se soient ainsi partagés en deux camps aussi tranchés et se déclarent pour l'un des procédés à l'exclusion de l'autre. M. Ricard pense qu'il y a là une question d'indications assez précises.

Très souvent l'incision large du vagin suffit, lorsque la tumeur forme une saillie nettement vaginale, bombant dans le cul-de-sac, que son volume n'est pas excessif, que la masse en est régulière, que le diagnostic est des plus nets, et qu'on peut éliminer la coexistence d'une lésion plus complexe ou d'une lésion double, enfin, que le siège de la tumeur est exclusivement pelvien.

Mais si la saillie vaginale est peu prononcée, si la tumeur est haute, à prolongement abdominal ou iliaque, si elle est complexe, si son siège est antérieur, si le diagnostic des lésions est douteux, si l'on sent plusieurs masses, il ne saurait y avoir de doute, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

2° Dans le deuxième groupe, M. Ricard range les cas aigus ou suraigus dans lesquels la rupture vient de se faire, où le chirurgien se trouve en face d'une véritable hémorragie péritonéale menaçant, par son abondance même, la vie de la malade.

L'ancienne doctrine était que ces hémorragies avaient une tendance remarquable à l'enkystement et à la guérison spontanée. M. Ricard avait été confirmé dans cette idée par l'observation d'une jeune malade qu'il avait dans ses salles à l'hôpital Saint-Antoine, pendant qu'il suppléait M. Monod. Malgré la gravité des accidents hémorragiques, cette malade guérit lentement mais complètement. Aussi, dans un autre cas absolument analogue comme début, que M. Ricard observa à l'hôpital Necker, ce chirurgien crut-il pouvoir attendre et escompter l'hémostase naturelle et l'enkystement. Il n'en fut malheureusement rien et la mort survint dans les vingt-quatre heures, sans que la malade fût opérée.

Dans un troisième cas, M. Ricard étant de service de garde, fut appelé dans le service de M. Reclus, à l'hôpital de la Pitié, pour un cas absolument identique aux précédents. La jeune femme était mourante, froide et presque sans pouls, son état était si grave que M. Reclus, qui avait vu la malade dans la matinée, avait cru ne pas devoir intervenir. Devant la mort imminente, M. Ricard n'hésita pas à pratiquer la laparotomie après un semblant d'anesthésie. Son incision, menée rapidement, s'avance dans des tissus sous-péritonéaux infiltrés de sang, au milieu desquels se trouvait la vessie qui fut ouverte, M. Ricard fait remarquer, en passant, cette fréquence de l'incision vésicale, dans les laparotomies pour gros épanchements sanguins de l'abdomen. La vessie est, dans ces cas, allongée et appliquée solidement derrière la paroi abdominale. Le péritoine ouvert, sa cavité fut trouvée inondée de sang, non coagulé, au milieu duquel baignaient et nageaient les anses intestinales. La toilette en étant très rapidement faite, l'opérateur dut enlever une quantité considérable de caillots remplissant le petit bassin. Il put enfin apercevoir la trompe gauche malade, distendue, et rompue près de son insertion utérine; là un faible suintement de sang continuait à se faire.

La trompe fut enlevée, les pédicules vasculaires suturés; la plaie vésicale fut oblitérée par deux étages de catgut, et on établit un drainage à la Mickulicz.

Malgré les conditions fâcheuses dans lesquelles elle se trouvait au moment de l'intervention, la malade guérit par première intention de sa plaie vésicale et de son opération.

M. Bouilly a rapporté trois faits analogues, lors de la dernière séance, mais ces cas sont des plus nombreux et pour s'en convaincre il suffit de recourir à l'excellente thèse de M. Cestan. Dans cette thèse, très documentée, l'on verra que, dans ces cas d'inondation brusque du péritoine par une hémorragie, la mort survient dans 85,8 p. 100 des cas, la guérison spontanée ne s'observe que dans 14,2 p. 100.

L'intervention urgente donne, au contraire, la proportion inverse, 79 p. 100 de guérisons contre 21 p. 100 de mortalité.

M. Ricard conclut donc en disant qu'en présence d'une hémorragie persistante, il n'y a pas à hésiter, qu'escompter l'enkystement est une faute, et que l'opération s'impose, urgente et rapide.

M. TERRIER est complètement de l'avis de M. Ricard; il ne comprend pas qu'un chirurgien, en présence d'une hémorragie se faisant dans la cavité abdominale, n'ouvre pas le ventre pour arrêter cette hémorragie. Sur ce point, il ne saurait y avoir aucune hésitation.

Pour ce qui est des hématocèles enkystées, M. Terrier fait observer qu'il est des chirurgiens qui n'aiment pas ouvrir

la cavité abdominale, qu'il en est d'autres, au contraire, qui ont une certaine tendance à ouvrir facilement le ventre. M. Terrier déclare être de ces derniers. Hier encore il a mis cette doctrine en pratique. Il a opéré une hématocèle rétro-utérine par la laparotomie. C'est d'ailleurs toujours à cette opération qu'il a recours en présence d'hématocèles.

M. Terrier proteste contre une assertion émise, dans cette discussion, par M. Bouilly, à savoir que les femmes ayant une grossesse extra-utérine n'ont généralement pas de passé génital. Il pense, au contraire, que toutes ces femmes ont un passé génital et c'est parce qu'il est pénétré de cette opinion que la simple ouverture de la poche sanguine, par une incision vaginale, ne le satisfait pas d'une façon complète. Grâce à la laparotomie, il peut enlever, non seulement toute la poche, mais aussi les annexes qui ont été le point de départ de l'hémorragie et même les annexes de l'autre côté, si elles sont malades. Si les annexes d'un seul côté sont prises, en les traitant ainsi, M. Terrier met ces femmes dans les conditions de celles qui ont été opérées d'un kyste ovarique unilatéral. Il les laisse fécondables. S'il s'agit d'hématocèles suppurées, peut-être serait-il dangereux d'opérer par le ventre. Mais dans tous les autres cas, M. Terrier préfère de beaucoup la laparotomie à tout autre mode d'intervention, en particulier à l'incision vaginale.

LECTURES

Nouveau procédé d'amputation de la cuisse et de la hanche. Amputation discordante. — M. CHAPUT. Lorsqu'on a fait une amputation de cuisse sous-trochantérienne, à deux lambeaux, le malade perd habituellement une quantité de sang considérable. Cette hémorragie est occasionnée :

1° Par l'insuffisance de la compression de la fémorale, rendue très difficile par les mouvements auxquels on soumet le membre pendant le relèvement des lambeaux ;

2° Par la section des veines fémorales superficielles et profondes et de leurs principaux affluents. Il est à peu près impossible d'éviter cette perte de sang, parce que l'emploi de la bande d'Esmarch est impraticable, parce que le pincement des vaisseaux est difficile tant que l'os reste en place et, enfin, parce que les pinces gêneraient pour rétracter les lambeaux et scier l'os.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Chaput a opéré de la façon suivante sur un de ses malades. C'était un jeune homme atteint d'une ostéomyélite ancienne du fémur, avec lésions très élevées de cet os et complication de pyarthrose du genou. Ce malade était très infecté et très faible.

Il procéda donc de la façon suivante : il fit d'abord une ostéotomie sous-trochantérienne, puis une section circulaire de la peau et des muscles jusqu'à l'os, à la partie inférieure de la cuisse ; enfin il réunit l'ostéotomie à la section circulaire par une incision verticale externe, longue de 25 centimètres environ, au moyen de laquelle il dénuda l'os jusqu'à ce que l'amputation fût terminée.

M. Chaput appelle ce procédé « discordant », parce que l'incision cutanée basse et la section osseuse élevée sont en désaccord apparent.

Ce procédé présente les avantages suivants : l'opération est très rapide et très facile ; le malade ne perd pas de sang ; les surfaces cruentées sont deux fois moins étendues que dans l'amputation sous-trochantérienne à lambeaux ; enfin le moignon obtenu est admirable, comme on a pu le voir sur les malades qu'il a présentés.

On peut appliquer les mêmes principes à la désarticulation de la hanche qui se fera en quatre temps :

1° Ostéotomie du col fémoral ;

2° Section circulaire des parties molles au bas de la cuisse ;

3° Incision externe réunissant l'ostéotomie et la section circulaire ;

4° Extirpation facultative de la tête et du col.

M. BERGER pense que le procédé décrit par M. Chaput est trop complexe et que son indication est des plus rares.

M. Poirier a vu ce malade opéré par M. Chaput, il a constaté qu'il existait une masse énorme de parties molles, ballottantes en quelque sorte, qui formaient un moignon trop mobile pour offrir un point d'appui.

M. RICARD rappelle combien Verneuil était économe du sang de ses opérés. Or tous ses élèves l'ont vu, maintes fois, enlever la cuisse par un procédé à peu près analogue, mais beaucoup plus simple que celui qui vient d'être préconisé. Il commençait par une incision antéro-interne sur le trajet de l'artère et de la veine fémorale, qu'il liait aussitôt, puis, cette hémostase principale étant faite, il taillait son lambeau antérieur et, le relevant, mettait l'os à découvert. Cet os était scié ou sectionné au ciseau à l'extrémité du lambeau et, après avoir fait basculer l'os, Verneuil taillait son lambeau postérieur de la profondeur vers la peau, forcipressant, chemin faisant, toutes les branches de l'artère fémorale profonde, au fur et à mesure qu'elles étaient sectionnées, comme l'on opère quand il s'agit d'une tumeur. Ce procédé, si parcimonieux du sang du patient, était classique dans la pratique de Verneuil.

Pansement antiseptique. — M. GALEZOWSKI lit une note sur un pansement aseptique applicable aux opérations qui se pratiquent sur les yeux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Prengrueber, M. le docteur Bazy passe de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Tenon.

M. le docteur Chaput devient chef de service à l'hospice de la Salpêtrière.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 février 1896, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Paul Archambaud, Hudelo, Maranger et Sollier (de Paris).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Ardouin, Fraysse, Lemoult, Millée, Savoire, Siffre, Toulouse et Villain (de Paris); Laurent (de La Rochelle); Leroux (de Périers); Peringuey (de Bordeaux); Robin (de Loudéac) et Thuar (de Baugé).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pasquier (d'Évreux).

— M. le docteur Babinski reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, à l'hôpital de la Pitié, samedi prochain 15 février, à dix heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— MM. Griffon, Albert Guillemot et Jean Roger, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat le jeudi 13 février, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et la continueront les jeudis suivants à la même heure.

— *Erratum.* — Page 151, 1re colonne, ligne 49, au lieu de : « médecins civils », lire : « médecins militaires ».

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jaccoud est revenu sur la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux, contagion que, selon lui, il est absolument impossible de démontrer. A l'aide de documents puisés surtout à l'étranger, il montre que, d'une part, l'infection possible dans les milieux extra-hospitaliers et, d'autre part, la bacillose préalable de l'organisme pourront toujours être opposés à l'infection nosocomiale. Tout en admettant, dans une certaine mesure, les réserves de l'éminent professeur de clinique de la Pitié, il ne nous semble pas que ses arguments soient de nature à repousser d'emblée la contagion tuberculeuse nosocomiale. Il se peut qu'elle soit difficile à prouver, mais il ne s'ensuit pas qu'elle n'existe pas, et les faits récemment avancés par M. Terrier ont bien aussi leur valeur.

Dans l'une des dernières séances, M. Laborde a analysé un travail de M. Maurel sur la prophylaxie du paludisme (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 93). A propos de ce travail, dont il laisse d'ailleurs toute la responsabilité à son auteur, M. Laborde reprend la question de plus haut et entreprend l'étude générale de la prévention et de l'immunisation par les agents de la matière médicale mis en parallèle avec les agents animaux de la virulence; en d'autres termes, il étudie l'immunisation ou la vaccination thérapeutique à côté de l'immunisation ou de la vaccination animales.

C'est là une étude incontestablement fort intéressante et que, selon son habitude, M. Laborde poursuit en se plaçant sur le terrain de l'expérimentation, puis sur le terrain de l'observation clinique. Les faits expérimentaux avancés par M. Laborde et que nous publierons prochainement, ceux en particulier qui ont trait à l'action du curare sur le tétanos strychnique, semblent bien probants et sont de nature à faire entrevoir de bien curieuses applications thérapeutiques.

Après avoir ainsi passé en revue un certain nombre d'agents thérapeutiques dont l'action est à la fois préventive et curative, M. Laborde, dans une prochaine communication, rentrera dans le sujet en discussion par l'étude de l'action préventive de la quinine dans le paludisme.

Signalons, enfin, un important mémoire de M. François-Franck sur l'innervation vaso-motrice du poumon.

L'Académie a nommé deux membres associés nationaux, MM. Renaut et Lépine, les deux distingués professeurs de Lyon.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE

Remarques sur les effets des balles cuirassées de 8 millimètres tirées à courte distance (1).

Par le docteur E. DELORME,
Médecin principal de première classe, Professeur au Val-de-Grâce.

II

FRACTURES DIAPHYSAIRES. — A l'ancienne division vague des fractures par armes à feu en fractures simples et en fractures comminutives, division qui n'impliquait guère d'indications pratiques, j'ai substitué, après de nombreuses expériences, des groupes naturels basés sur des caractères anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques toujours identiques. Les fractures du premier groupe, produites par le contact des balles (*fractures par contact*), ne présentent que de longues esquilles adhérentes que le chirurgien doit respecter; les fractures par *perforation* offrent des esquilles adhérentes, également étendues, mais aussi des esquilles libres qu'on doit extraire. Celles-ci répondent au trajet cutanéo-musculo-osseux de sortie.

Enfin, dans un dernier groupe, figurent les *fractures par gouttière*, qui présentent des esquilles adhérentes, à siège également précis, et des esquilles libres dans le trajet de sortie, esquilles ténues, parfois négligeables.

Très souvent, ces diverses fracures ne s'accompagnent pas d'une solution apparente de la continuité de l'os, aussi peuvent-elles ne pas être reconnues par les signes de fractures complètes observés communément et peut-on arriver à ne les déceler que par des signes spéciaux, tels que la douleur persistante le long des fissures, la déformation des balles, les caractères de l'orifice de sorte, surtout l'agrandissement de ce dernier, etc., etc.

Six de nos blessés présentaient des fractures diaphy-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 170.

saires, cinq des fractures sans solution de continuité osseuse et c'est par les signes spéciaux que je viens de rappeler que j'ai pu arriver à établir un diagnostic impossible à faire sans leur secours.

L'une de ces fractures intéressait le fémur; elle avait été produite à bout portant par une balle de revolver d'ordonnance de 11 millimètres qui avait frappé la face externe de l'os, à la réunion de son tiers inférieur et de son tiers moyen. La balle retirée du membre présentait une déformation de contact; le blessé éprouvait des douleurs sur le trajet de fissures obliques, longues de 8 centimètres, et d'une fissure longitudinale symétrique, longue de 15 centimètres, qui sillonnait le corps de l'os; la pression sur le talon était douloureuse et l'impotence du membre absolue. Cet homme, qu'en l'absence des signes communs des fractures complètes, on avait considéré comme atteint d'une simple lésion des parties molles et non d'une fracture par contact avec longues esquilles adhérentes, fut immobilisé. Six mois après, on déterminait encore des douleurs sur quelques points limités du trajet des fissures. Il guérit sans impotence fonctionnelle.

Chez trois de nos blessés, il s'agissait de fractures de l'humérus par gouttière. La diaphyse, non seulement avait été échancrée, mais aussi fissurée suivant l'étendue et les directions typiques. L'orifice de sortie agrandi de la peau et des vêtements, ce signe si simple que j'ai mis en lumière, faisait penser à une fracture par perforation ou par gouttière, mais le trajet du projectile presque tangentiel à l'os, puis, chez l'un, la perception nette d'une dépression, d'une échancrure osseuse sensible au doigt explorateur et, chez le dernier, la fine crépitation fournie par l'esquille périphérique subdivisée par la balle ne laissaient aucun doute sur la gouttière humérale.

Sur un cinquième, une balle pénétrant la jambe d'avant en arrière, un peu en dehors de la crête tibiale, avait déterminé une fracture du tibia par perforation. Le diagnostic présenta des difficultés réelles, même pour un chirurgien dont nous connaissons tous la sagacité, parce que la fracture ne s'accompagnait pas de solution de continuité du membre et que les signes classiques des fractures communes manquaient. La recherche des fissures, la crépitation localisée d'un foyer postérieur d'esquilles libres eût pu cependant assurer ce diagnostic, dès le début; plus tard, la déformation de la balle, la constatation avec le doigt de la perforation centrale faite à l'os par le projectile, l'affirma sans laisser le moindre doute. Après l'ouverture d'un phlegmon postérieur provoqué ou entretenu par la présence d'un fragment de culotte, ouverture qui me permit d'extraire la balle et les esquilles libres, ce malade bien immobilisé guérit rapidement sous des pansements iodoformés.

Chez la dernière blessée, le métatarse était fracturé des plus comminutivement. Par une plaie plantaire de 10 centimètres, toutes les esquilles avaient été propulsées. Le foyer était nettoyé et la chaussure dilacérée. La malade guérit en conservant un membre utile.

Plaies articulaires. — J'ai observé 9 plaies pénétrantes articulaires, 4 du genou, 1 de la hanche, 1 du coude, 2 du poignet, 1 d'une articulation métacarpo-phalangienne.

Des trois hommes atteints de plaies pénétrantes du genou, le premier avait eu la rotule échancrée avec séparation transversale de cet os en deux fragments inégaux. L'un des condyles fémoraux avait été en même temps perforé de part en part avec séparation cunéenne.

Chez le second, une balle Lebel perfora la rotule gauche dans sa moitié droite et creusa en gouttière le condyle interne du fémur, un peu au-dessus de l'interligne, ainsi que la partie la plus extérieure du condyle tibial correspondant.

Le troisième eut les deux genoux traversés par la même balle; à droite, le cul-de-sac synovial sous-tricipital fut ouvert; à gauche, le condyle interne du fémur fut perforé à sa partie postéro-supérieure.

Ces trois blessés, dont l'un ne fut pas pansé antiseptiquement et dont les autres ne le furent pas dès le début d'une façon rigoureuse, suppuraient encore au moment où je les vis, après le quinzième jour, mais la suppuration était peu abondante; l'arthrite était surtout plastique. Grâce à un traitement consécutif régulier, ils guérirent tous trois en conservant la liberté des mouvements de la jointure et la force du membre traumatisé.

Le nommé C... avait eu la cuisse droite traversée par une balle qui pénétra ensuite le testicule droit, perfora la cuisse gauche, intéressa le col fémoral et ressortit dans la fesse, en laissant un orifice de sortie dont vous pouvez vous rendre compte de l'étendue en jetant un regard sur l'orifice de sortie laissé à ses vêtements, lequel avait les dimensions de l'orifice de sortie cutanée : 15 centimètres de long sur 8 de large. Cet intéressant malade, soigné au début par M. le docteur Drapier, après une période suppurative courte et sans gravité, guérit en conservant un membre à mouvements et à force presque normaux.

Des deux jeunes gens qui avaient eu le poignet traversé, l'un guérit avec la liberté presque absolue de ses mouvements; l'extension resta seulement limitée de quelques degrés; chez l'autre, qui avait eu le plexus brachial atteint, des troubles névritiques consécutifs rendirent impossible le rétablissement des mouvements de l'articulation.

Sur le premier, la balle s'était creusé, à travers les os des deux rangées du carpe, un long canal étendu de l'os crochu au bord externe du radius, à un travers de doigt au-dessus du bord inférieur de son épiphyse.

Sur le second, la balle avait pénétré la face dorsale du poignet, de l'apophyse styloïde du cubitus à l'os crochu. Chez eux, les phénomènes réactionnels furent modérés.

Chez eux, les phénomènes réactionnels furent modérés; l'arthrite resta surtout plastique.

Le nommé X..., alcoolique, dont l'extrémité humérale inférieure avait été perforée au niveau de la ligne épitrochléo-épicondylienne, c'est-à-dire dans la région où la lésion osseuse articulaire prend le type épiphyso-diaphysaire, guérit avec une raideur du coude en bonne position.

Chez lui, M. le docteur Lebon et moi eûmes à combattre une arthrite suppurée, qui nécessita des incisions et des lavages antiseptiques fréquents. Malgré ces accidents, la consolidation de la fracture humérale ouverte, à esquilles longues de 8 centimètres, fut obtenue en un temps à peine plus long que celui qui est nécessaire pour assurer la guérison d'une fracture commune. Ici, l'orifice de sortie cutané présentait les dimensions agrandies des plaies articulaires épiphyso-diaphysaires.

Je ne cite que pour mémoire une perforation d'une articulation métacarpo-phalangienne et des tendons fléchisseurs et extenseurs. Guérison avec conservation des mouvements.

Je conclurai en disant :

La gravité immédiate des blessures produites par les balles du fusil de 8 millimètres ou ses analogues, tirées à très courte distance, est sévère, puisqu'elles entraînèrent 8 morts sur 42 traumatisés.

Cette gravité est surtout liée à l'atteinte des organes centraux.

Les blessures des membres, malgré leur étendue, leur degré d'attrition, laissent les plus grandes chances de succès

au traitement purement conservateur, que la lésion porte sur une diaphyse ou une grande articulation.

S'il est indiscutable qu'un traitement antiseptique rigoureux et très rapidement utilisé assure, à un blessé atteint d'une plaie pénétrante articulaire, un processus de guérison plus sûr et plus exempt de dangers qu'un traitement plus tardif, les résultats obtenus chez ces blessés semblent indiquer qu'il faut se garder de trop désespérer, comme on le fait, de l'avenir d'un homme chez lequel ces conditions n'ont pu être obtenues.

L'observation de ces traumatisés a pleinement confirmé les résultats de maintes de mes recherches antérieures. Elle a démontré :

1° Que l'ébranlement, la commotion sont faibles avec les balles actuelles, alors même que des os ont été atteints près de la racine des membres;

2° Que l'hémorragie primitive est également faible;

3° Que les orifices d'entrée et de sortie, à courte distance, ont des dimensions diamétrales supérieures à celles de la balle et que les dimensions s'agrandissent encore après la chute de l'eschare;

4° Que le diamètre de l'orifice de sortie, déjà un peu supérieur à l'orifice d'entrée dans les simples sétons, est augmenté quand une diaphyse a été atteinte;

5° Qu'à courte distance, la balle entraîne dans son trajet un semis de parcelles vestimentaires que la suppuration élimine et qui colorent le pus;

6° Qu'au contact de corps résistants, dans ce tir à courte portée, les balles cuirassées se fragmentent avec la plus grande facilité et qu'il y a lieu de compter alors avec les effets produits par les fragments du lingot de plomb et de l'enveloppe;

7° Que la distinction des fractures des diaphyses en trois groupes répond bien à la réalité des faits; qu'elles peuvent être reconnues aisément et par des signes précis (la douleur le long des fissures, l'agrandissement de l'orifice de sortie cutané et vestimentaire, la crépitation localisée du foyer d'esquilles libres qui répond à l'orifice de sortie osseux, etc.), et qu'il est également facile de reconnaître les fragmentations cunéennes des épiphyses.

Les succès constants, vitaux et fonctionnels, obtenus sur ces 34 blessés dont plusieurs présentaient d'effrayantes blessures, permettent d'augurer très favorablement des résultats qu'on pourra obtenir sur des hommes frappés aux distances communes du tir de guerre, si l'état de santé des traumatisés, soigneusement conservé par la vigilance du commandement, seconde les efforts de la nature et ceux du chirurgien.

MALADIE D'ADDISON EXPÉRIMENTALE

CHEZ LE RAT D'ÉGOUT

Par M. le docteur Ed. Boinet, médecin des hôpitaux, agrégé, professeur à l'École de médecine de Marseille.

A la suite des lésions des capsules surrénales, le pigment noir peut s'accumuler dans le sang, et même s'infiltrer dans un assez grand nombre d'organes et de tissus. Il en résulte parfois une telle infiltration pigmentaire que les symptômes et les altérations anatomo-pathologiques, observées sur certains rats, justifient la dénomination de maladie d'Addison expérimentale. Des recherches de cet ordre ont été faites sur 109 rats doublement décapsulés, sur 20 rats dont les deux capsules ont été liées, et sur une troisième série de rats gris dont la surface et la profondeur des capsules avaient été légèrement cautérisées avec de la teinture d'iode, du nitrate d'argent, du perchlorure de fer, du chlorure de zinc, ou irritées avec du pus provenant de lésions inflammatoires ou tuberculeuses.

I. Le pigment noir, semblable à celui qui existait dans la peau, les muqueuses et quelques organes provenant de deux malades morts de maladie d'Addison, a été recherché avec soin dans ces trois séries de rats : le *sang* en contenait une quantité assez notable dans la moitié des cas; ce pigment était peu abondant dans le troisième quart; il n'était pas appréciable dans les autres cas.

II. Chez un certain nombre de rats dont les capsules avaient été enlevées, ou irritées plusieurs mois auparavant, ce pigment s'était, en outre, infiltré en plus grande abondance dans le tissu cellulaire sous-cutané des flancs et en moindre quantité dans la cicatrice opératoire de la peau, dans les ganglions lombaires, mésentériques, dans le péritoine, dans le mésentère, sous la capsule fibreuse et dans un kyste du rein, dans un kyste du foie, à la superficie de la rate et même dans le poumon, dans le tissu cellulaire prévertébral, à la surface du cerveau, dans la moelle osseuse et dans les muscles. Parfois, une parésie musculaire marquée, avec asthénie tardive, donnant à ces rats l'aspect d'animaux incomplètement curarisés, complétait l'analogie de cette infiltration pigmentaire avec une sorte de maladie d'Addison. Cette infiltration était abondante et disséminée chez 3 rats acapsulés (Société de biologie, 27 juillet 1895), et soumis à une fatigue intensive par rotation ou chocs électriques répétés toutes les secondes (Société de biologie, 6 et 27 avril 1895). En sus des 4 rats addisonniens, auxquels nous avons fait allusion au Congrès de Bordeaux et à la Société de biologie, 29 juin, 27 juillet 1895, nous avons observé deux nouveaux cas d'infiltration pigmentaire du tissu cellulaire sous-cutané des flancs et de quelques ganglions abdominaux, qui se sont produits chez des rats dont les deux capsules avaient été irritées cinq mois avant. Si nous rapprochons ces faits de deux observations dans lesquelles d'abondants dépôts pigmentaires coexistaient, avec un fort épaississement fibreux péri-capsulaire et avec un abcès caséeux englobant les débris de la capsule et irritant la zone voisine, nous ne pouvons nous empêcher de conclure à une certaine relation entre les lésions des ganglions et fibres nerveuses intra et péri-capsulaire, et la formation exagérée de pigment. De plus, cette reproduction expérimentale des lésions anatomo-pathologiques, habituellement observées dans la maladie d'Addison, montre encore les grandes analogies qui existent entre cette affection et l'infiltration pigmentaire du rat. Elles étaient évidentes dans un cas relaté le 29 juin 1895 à la Société de biologie.

III. Enfin, l'injection de l'extrait musculaire, provenant des rats addisonniens, dont le sang renferme une notable quantité de pigment noir, produit des effets plus toxiques et plus rapidement mortels, surtout si elle est faite à des rats dont les capsules ont été déjà enlevées ou irritées. Nous donnerons, comme preuve, l'action toxique de l'extrait du sang et du suc musculaire fournis par un rat acapsulé depuis sept mois, surmené dix jours après cette opération et atteint, quelques heures avant sa mort, de symptômes d'auto-curarisation (parésie, faiblesse et lenteur extrêmes des mouvements, ralentissement de la respiration). Le sang

artériel et veineux contenait une forte proportion de pigment noir avec cristaux d'hématoïdine. La moitié de son suc musculaire a fait succomber, en trois jours, un rat sain; un rat doublement décapsulé depuis quatre jours est mort, avec tous les phénomènes d'auto-curarisation quelques heures après l'injection sous-cutanée du cinquième de la quantité totale de cet extrait. Enfin, une dose, deux fois moins élevée que celle qui avait tué le rat sain, a fait mourir un rat de même poids, dont les capsules avaient été irritées par des caustiques six mois avant. Les capsules de ces deux derniers rats présentaient la congestion et les hémorragies que l'on constate souvent après l'injection des extraits musculaires ou viscéraux, venant de rats morts de double décapsulisation. Cette exagération de la toxicité musculaire existait encore dans quatre autres cas de maladie d'Addison expérimentale, développée sur 4 rats qui avaient subi l'ablation complète, sans régénération ultérieure, des capsules vraies et accessoires. Le surmenage provoqué par la rotation prolongée et les chocs électriques répétés, augmente la toxicité musculaire de certains rats addisonniens, surtout s'ils ont succombé peu de temps après cette fatigue excessive.

THÉRAPEUTIQUE

Du meilleur mode d'administration des glycérophosphates.

Par le docteur M. BERTRAND.

Il est un fait bien établi aujourd'hui, c'est que le phosphore organique existe dans l'économie à l'état de glycérophosphates et que, dès lors, le meilleur moyen de restituer à l'économie le phosphore dont elle a besoin, est d'administrer des glycérophosphates de préférence à toute autre préparation. Nous savons tous, en effet, de quelle utilité ils sont pour relever la nutrition nerveuse défaillante ou en stimuler l'activité, notamment dans la convalescence de la grippe et de quelques maladies infectieuses, dans les asthénies nerveuses d'origines diverses, dans la neurasthénie, les albuminuries phosphaturiques, etc.

Mais si l'utilité de ces nouveaux médicaments est absolument démontrée, il reste encore à déterminer la meilleure manière de les donner aux malades. Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'avoir suivi avec la plus grande attention les diverses phases par lesquelles passe la préparation du glycérophosphate de chaux.

Lorsqu'on a obtenu la solution mère en saturant l'acide glycérophosphorique par le carbonate de chaux et qu'on précipite ensuite le sel formé par l'alcool ou la chaleur, on l'obtient sous la forme d'une masse blanche gélatineuse, absolument animalisée et offrant l'aspect d'une colle de pâte fraîche. Ce précipité est *très soluble* dans l'eau, très assimilable, très actif. Mais si on veut ensuite le transformer en poudre sèche, il se forme, au fur et à mesure de la dessiccation une notable quantité de phosphate tribasique ordinaire, provenant de la décomposition du glycérophosphate, et une fois l'opération terminée, ce dernier sel ne s'y trouve plus qu'en très petite quantité. C'est le mélange de tous ces phosphates indéterminés que délivrent tous les jours les pharmaciens quand nous prescrivons des paquets ou cachets, ou des solutions que l'on ne peut obtenir qu'en ajoutant au liquide une notable quantité d'acide. Ce n'est plus là le but que nous nous proposons. Le seul moyen de tourner la difficulté serait que ces solutions fussent préparées avec le glycérophosphate gélatineux naissant; mais il est impossible à un pharmacien qui n'en fait pas une spécialité, de disposer de son étuve pendant les dix jours nécessaires à la préparation de l'acide glycérophosphorique, d'avoir les appareils spéciaux nécessaires à la saturation et à la précipitation du glycérophosphate gélatineux et enfin à la stérilisation de la solution. C'est par toutes ces considérations que j'ai été amené à prescrire exclusivement la solution de glycérophosphate de chaux préparée par un pharmacien déjà connu du corps médical, M. Freyssinge.

Cette solution contient 50 centigrammes de sel par cuillerée à soupe, quantité très suffisante pour une dose moyenne à prendre à chacun des deux principaux repas. Elle se conserve très bien par suite de la stérilisation par le nouveau procédé et l'appareil du docteur Miquel.

Je n'ai parlé ici que de la solution de *glycérophosphate de chaux* qui est, de beaucoup, la plus employée, mais on prépare au même laboratoire une solution de *glycérophosphate de soude* dosée à 50 centigrammes et une de *glycérophosphate de fer* à 25 centigrammes par cuillerée à soupe et enfin une *solution injectable* de glycérophosphate de soude, stérilisée à l'autoclave sous pression et titrée à 20 centigrammes par centimètre cube.

Je passe sous silence les dragées et même les granulés si à la mode, quoique bien moins actifs. Toutefois je mentionnerai le Polyglycérophosphate granulé ou *Phosphate Freyssinge* qui permet l'administration simultanée des divers glycérophosphates de chaux, soude, fer et magnésie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ORIGINE HOSPITALIÈRE DE LA TUBERCULOSE

M. JACCOUD fait observer qu'en ce qui concerne la preuve de l'infection bacillaire nosocomiale, les statistiques n'ont pas plus de valeur démonstrative que ses propres observations; les conclusions qu'on en peut tirer sont viciées par les mêmes causes d'incertitude, savoir : l'infection possible dans les milieux extra-hospitaliers, la bacillose préalable de l'organisme.

Sur la découverte de Koch (1883) on a édifié, par une application trop hâtive des données expérimentales, une théorie étiologique qui affirmait l'origine extrinsèque constante de la tuberculose pulmonaire et la quasi-contemporanéité de la pénétration infectante et de ses effets. C'est ce que M. Jaccoud a appelé par abréviation la théorie du synchronisme.

Une année ne s'était pas écoulée que la fameuse observation de la clinique de Bamberger, publiée par Lustig, en 1884, venait porter à la théorie une première et profonde atteinte. Un ouvrier de quarante-trois ans, sans antécédents individuels ou héréditaires de tuberculose, tombe sur le côté gauche. Le lendemain débute une pleurésie gauche, dont l'épanchement se fait très lentement; la ponction donne environ un litre de liquide hémorragique au bout d'un mois Pas de bacilles, ni dans le liquide, ni dans les crachats. Le jour suivant le malade meurt d'œdème du poumon. A l'autopsie pas de tuberculose pulmonaire, même à l'examen microscopique; absence de lésions tuberculeuses dans tous les organes sauf la plèvre gauche.

L'impression perturbatrice produite dans le monde médical par cette observation gênante se retrouve dans la littérature austro-germanique de l'époque, et notamment dans l'ouvrage de Brehmer (1885). Les tentatives d'adaptation à la théorie régnante du synchronisme n'ont pas fait défaut. Elles ont été bizarres. Et pourtant si l'on eût fait intervenir la notion féconde du dyschronisme, il était facile de ré-

soudre la difficulté et de reconnaître que, dans ce cas au moins, les bacilles spécifiques avaient pu pénétrer dans les profondeurs de l'organisme sans laisser de traces et y séjourner inertes pendant un temps indéterminé jusqu'au moment où l'inflammation du tissu qui les recélait en avait déchaîné l'activité pathogène.

Quatre ans plus tard, en 1888, au cours de l'épidémie de rougeole qui régnait à Munich, Bollinger fait l'autopsie de plusieurs enfants non scrofuleux, qui étaient en parfaite santé avant leur rougeole, il ne trouve chez eux aucune lésion tuberculeuse, mais il constate la fréquence des bacilles tuberculeux dans les glandes lymphatiques de la racine des poumons et du médiastin.

Le professeur von Ziemssen a fait ressortir à ce propos les rapports de la rougeole et de la tuberculose et Brehmer (1889) indiqua l'intérêt de ces faits au point de vue de l'étiologie de la maladie.

Supposons que les enfants examinés par Bollinger aient survécu à leur rougeole; supposons que plus tard ils aient succombé à la tuberculose après un séjour à l'hôpital, on n'aurait pas manqué d'affirmer qu'ils avaient contracté dans ce milieu le germe de la maladie.

Nenhaus, en 1889, insista sur l'importance que présente, dans l'étiologie de la phtisie, l'écart chronologique souvent très considérable entre l'infection et la maladie.

En 1889, Loomis (de New-York) constate, à l'autopsie d'adultes morts de maladies non tuberculeuses, l'absence de toute lésion tuberculeuse, mais l'inoculation des ganglions médiastinaux détermine une infection tuberculeuse chez le lapin.

En 1892, Pizzini obtient, dans les mêmes conditions expérimentales, un résultat positif de 40 p. 100, comme dans les expériences de Loomis.

En 1893, Carl Spengler montre que, sur six enfants morts de diphtérie, il a décelé quatre fois le bacille tuberculeux dans les glandes bronchiques en l'absence de toute lésion tuberculeuse des poumons ou des autres organes.

Enfin, les expériences de M. Straus (1894), présentes à l'esprit de tout le monde, prouvent que, dans une proportion de 31 p. 100, il existe, chez des sujets sains, une bacillose superficielle que M. Jaccoud appelle bacillose d'antichambre.

Tel est le bilan actuel de la bacillose glandulaire profonde avec sa proportion troublante de 40 p. 100 individus exempts de toute lésion tuberculeuse, même à l'autopsie.

A l'éventualité si largement compréhensive de cette bacillose préalable et latente dans l'organisme, il faut ajouter les chances innombrables de la pénétration bacillaire en dehors des hôpitaux; en face de ces réalités écrasantes, il n'y a pas d'autre vérité que le maintien, dans toute son absolue rigueur et dans toutes ses conséquences, de la conclusion primitive de M. Jaccoud : l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire ne peut jamais être affirmée, c'est assez dire qu'elle ne doit jamais être affirmée.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux dans la première division.

Au premier tour, sur 70 votants, M. Renaut (de Lyon) obtient 42 suffrages, M. Lépine (de Lyon) 16, M. Grasset (de Montpellier) 11 et 1 bulletin blanc.

Au deuxième tour, sur 66 votants, M. Lépine obtient 46 suffrages et M. Grasset 20.

En conséquence, MM. Renaut et Lépine sont proclamés élus.

COMMUNICATION

Les nerfs vaso-constricteurs du poumon. — M. FRANÇOIS-FRANCK lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

Les vaso-moteurs du poumon peuvent être recherchés par les mêmes procédés que ceux des autres organes, par l'exploration des effets que produit sur la pression en amont et en aval du tissu l'excitation centrifuge des nerfs afférents.

L'examen comparatif des variations de la pression dans une branche de l'artère pulmonaire et dans l'oreillette gauche m'a fourni, dès 1881, la démonstration de l'action vaso-constrictive pulmonaire du sympathique. Elle produit une augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire en opposition avec une dépression dans l'oreillette gauche.

L'exploration comparative de la pression, dans l'artère pulmonaire et dans une branche de l'aorte, a fourni des résultats positifs.

La topographie vaso-constrictive pulmonaire a été établie par Rose Bradford et Dean, au moyen de la comparaison de la pression dans l'artère pulmonaire et dans l'oreillette gauche.

Le sympathique cervical ne contient pas de vaso-constricteurs descendant du bulbe ou de la partie supérieure de la moelle, le nerf vertébral n'en apporte pas non plus de la partie inférieure de la moelle cervicale. C'est la moelle dorsale qui les fournit avec un maximum de confluence au niveau des deuxième et troisième nerfs dorsaux; on n'en retrouve plus la trace au-dessous des cinquième et sixième nerfs dorsaux.

La vaso-constriction réflexe pulmonaire a été démontrée par les explorations simultanées de la pression dans l'artère pulmonaire, dans l'oreillette gauche et dans l'aorte; l'élévation de la pression en amont et sa chute en aval du circuit pulmonaire impliquent le resserrement des vaisseaux intermédiaires.

Quand la dépression dans l'oreillette gauche fait défaut, l'élévation soutenue et croissante de la pression dans l'artère pulmonaire, en opposition avec la chute de la pression dans l'aorte, constitue un nouveau témoignage de la vaso-constriction pulmonaire réflexe.

Celle-ci ne s'observe pas seulement sous l'influence des excitations viscérales abdominales, elle est également produite par l'irritation des nerfs de sensibilité générale, des nerfs sensibles de l'appareil respiratoire et des filets sensitifs de l'aorte.

La correction de l'élévation anormale de la pression dans le système aortique est obtenue en dehors de la vaso-dilatation compensatrice du ralentissement et de la diminution d'activité du cœur par le spasme des vaisseaux pulmonaires; celui-ci intervient en diminuant l'apport du sang dans les cavités gauches.

L'étude de la répartition des réactions vaso-motrices dans un grand nombre de territoires aortiques permet de démontrer que les vaisseaux du poumon se resserrent dans leur totalité.

Le spasme réflexe des vaisseaux pulmonaires constitue la condition principale de la dilatation aiguë du cœur droit dans les affections douloureuses de l'abdomen (maladie de Potain), mais il nécessite la mise en jeu simultanée des influences nerveuses cardio-inhibitoires.

Les irritations nasales, aortiques, provoquent aussi le spasme des vaisseaux pulmonaires et la broncho-constriction, éléments essentiels de l'arc réflexe.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME

M. LABORDE communique la première partie d'un important travail sur l'action préventive et immunisante des agents de la matière médicale. (Sera publié.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis (1), par Ch. Mauriac.

M. Mauriac, le médecin bien connu de l'hôpital du Midi, vient de couronner ses ouvrages sur la syphilis par une étude remarquable et très complète du traitement de cette maladie.

Après avoir, dans sa préface, esquissé un court historique de la vérole, dont il tend à admettre l'origine moderne, « dont l'acte de naissance européen porte la date du 13 mai 1493 », M. Mauriac divise son ouvrage en trois livres. Le premier est une vue d'ensemble du traitement spécifique : comment agissent le mercure et l'iodure; qui d'eux vaut le mieux; quels sont leur action, leur mode d'emploi, leurs inconvénients, et l'auteur nous soumet un plan d'attaque contre le fléau, qu'il intitule : *Stratégie thérapeutique dans le traitement de la syphilis*; là nous allons trouver beaucoup à glaner.

L'abstentionnisme ne compte presque plus de partisans : il est inadmissible, en tout cas, dès que la vérole est entrée dans le tertiarisme. Mais comment savoir, au début les véroles qu'il faut traiter, celles qui seront graves ou non? Il y a bien les points de repère donnés par Diday, mais ils restent insuffisants. Il faut, en tout cas, faire un traitement actif pendant les poussées et suspendre dans leurs intervalles, car l'influence préventive des spécifiques n'est pas certaine. La mercurialisation est sûrement la meilleure garantie contre les chances de transmission héréditaire; elle neutralise celle-ci, mais toujours, comme pour les autres symptômes de la syphilis (Diday), « d'une façon transitoire, si bien que l'effet est là aussi, en fin de compte, plus curatif que préventif ».

Règle invariable : il faut commencer la médication spécifique aussitôt qu'il ne reste plus aucun doute sur la nature de l'accident primitif. Le traitement initial, a-t-on dit, émousse inutilement sa puissance : mais, à ce compte, il faudrait donc toujours attendre et se réserver pour l'avenir? Ne pas traiter la roséole parce qu'il peut venir des papules et négliger celles-ci parce qu'il peut venir des gommes ! Il faut donc attaquer avec l'un ou l'autre des deux spécifiques, ou avec tous les deux, toutes les manifestations de la vérole, qu'elle qu'en soit la période ou la modalité. En revanche, il est inutile d'infliger à un sujet la méthode la plus puissante d'hydrargyrisation (frictions, injections), s'il n'a que des accidents bénins.

Que faire donc, une fois les accidents disparus? Continuer le traitement, sans doute, mais pas suivant une réglementation univoque, telle que celle préconisée par M. Fournier. Ce professeur, dit M. Mauriac, s'exposerait, en suivant rigoureusement ses intermittences, à cesser le traitement (pour éviter l'accoutumance) pendant l'évolution d'un symptôme spécifique et à le reprendre indéfiniment dans l'état de santé, sans nécessité. Et il cite Diday et Lang, qui ont violemment combattu la méthode des cures successives intermittentes, justement dénommée dans le monde entier la méthode de Fournier. Mais que notre sympathique et éminent collègue du Midi se rassure, ni M. Fournier, ni aucun de ses élèves ne s'aviserait, au cours d'accidents graves, de supprimer le traitement; on en varierait simplement le mode d'administration.

Pendant la première année, et sauf indications spéciales, c'est le mercure seul qu'emploie M. Mauriac et, pour la durée et le mode du traitement, il se base sur la forme et la durée des grandes syphilodermies, des syphilides exanthématiques. Ni l'induration primaire, ni les adénopathies, ni les plaques muqueuses ne doivent nous guider, dit-il. — Nous ne pouvons ici partager l'opinion de l'auteur, nous pensons que la confluence, la subintrance, la configuration arciforme des syphilides buccales et gutturales appellent forcément un traitement intensif.

En outre, M. Mauriac ordonne généralement le mercure à la fin du printemps et de l'automne ; il en prescrit à ceux qui veulent se marier avant la fin de la période virulente.

Mais l'iodure est-il *indispensable?* Oui, quand la maladie a des tendances au tertiarisme ; mais les cas légers et moyens qu'on observe de nos jours n'exigent presque jamais l'emploi systématique de ce médicament, si précieux dans le tertiarisme, que celui-ci soit précoce ou tardif.

Quant à la durée totale du traitement, elle peut être fixée en moyenne à trois ans; mais c'est là chose extrêmement variable ; certaines syphilis ayant une évolution très courte, d'autres, au contraire, n'ayant pas de fin, soit du fait même de la succession indéfinie des accidents, soit en raison de la récidive incessante de lésions du même ordre, sous la même forme et dans la même région. « En pareil cas, le traitement n'a pas de limites. »

Nous ne pouvons suivre plus loin M. Mauriac dans le détail approfondi des indications thérapeutiques fournies par les innombrables manifestations de la vérole à toutes ses périodes. Rien n'est oublié. Dans le livre III, c'est l'hérédo-syphilis qui est prise à partie, sa prophylaxie, puis, ces grosses questions : traitement pendant la grossesse, syphilis et mariage.

Enfin la deuxième partie de l'ouvrage, beaucoup plus courte, a trait à la prophylaxie de la syphilis envisagée à tous les points de vue : c'est dire l'intérêt qui s'y rattache, ne fût-ce que pour la discussion de la réglementation ou de la liberté de la prostitution. M. Mauriac incline visiblement en faveur de cette dernière. Bien que nous ne soyons pas trop de son avis, nous ne pouvons nier que l'on trouve à un égal degré dans ces dernières pages les qualités de style et le talent d'exposition qui sont le propre des ouvrages de notre sympathique et savant confrère. MOREL-LAVALLÉE.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 24 février 1896, est provisoirement composé de MM. Cornil, Giraudeau, Josias, Kirmisson, Mauriac, Potain et Raymond.

Les candidats inscrits sont, par ordre alphabétique, MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Boix, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Charrier, Claisse, Coffin, Courtois-Suffit, de Gennes, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Dubief, du Pasquier, Dupré, Dutil, Enriquez, Ettlinger, Florand, Gallois, Gastou, Gouget, Hallion, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, A. Laffitte, Lamy, Legry, Le Noir, Leredde, Lesage, Létienne, G.-C. Lion, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Pignol, Pilliet, Plicque, Régnier, Renault, Rénon, Sallard, Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Triboulet, Veillon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux de Marseille vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs J. Arnoud et E. Cassoute. Nos lecteurs ont eu récemment une Revue générale de M. le docteur Cassoute.

— Par décision ministérielle, en date du 6 février 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin-major de première classe Schmitt, pour le 10e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Debrie, pour l'hôpital de Villemanzy (provisoirement) ; Silice, pour le 94e d'infanterie ; Darré, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied ; Bouchereau, pour le 105e d'infanterie ; Prunières, pour le 143e d'infanterie ; Sabatier, pour le 22e d'artillerie ; Lairac, pour le 73e d'infanterie ; Creton, pour le 7e hussards ; Coste, pour le 81e d'infanterie ; Viguier, pour le 28e d'infanterie (provisoirement).

MM. les médecins aides-majors de première classe Clavué, pour le 122e d'infanterie ; Julia, pour le 12e d'infanterie ; Thooris, pour le 19e chasseurs à cheval ; Lehmann, pour le 29e d'artillerie ; Giorgi, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied ; Vidal, pour le 125e d'infanterie ; Fourniol, pour le 101e d'infanterie, et Fournié, pour le 13e bataillon de chasseurs à pied.

— *Asiles d'aliénés de la Seine.* — DÉPÔT DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — Médecin : M. Garnier ; internes : MM. Baruk, Couillaud.

ASILE SAINTE-ANNE. — Médecin : M. Magnan ; internes : MM. Iscovesco (service des hommes), Manheimer (service des femmes).

Médecin : M. le professeur Joffroy ; chefs de clinique : MM. Toulouse, Roubinovitch ; chefs de laboratoire : MM. Klippel, Serveaux ; interne : M. Antheaume.

Médecin : M. P. Dubuisson (hommes) ; interne : M. Naggar.

Médecin : M. Bouchereau (femmes) ; internes : MM. Darin, Mérieux.

ASILE DE VILLEJUIF. — Médecin : M. Vallon (hommes) ; internes : MM. Battier, Bargy.

Médecin : M. M. Briand (femmes) ; internes : MM. Cololian, Pélas.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — Médecin : M. Marandon de Montyel (hommes) ; internes : MM. Béchet, Lalanne.

Médecin : M. Febvré (femmes) ; interne : M. Proudon.

Médecin : M. Legrain (pensionnat) ; interne : M. Truelle.

ASILE DE VAUCLUSE. — Médecin : M. Taguet (hommes) ; interne : M. Janot.

Médecin : M. Boudrie (femmes) ; interne : M. Batailler.

Médecin : M. Blin (enfants) ; interne : M. Lelong.

— MM. les médecins qui désirent prêter leur concours à l'Assistance publique, soit pour le service des consultations, soit pour le service du traitement à domicile dans les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris, sont informés qu'ils peuvent se faire inscrire tous les jours de la semaine de une heure à cinq heures au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (service des secours), avenue Victoria, 3. Ils devront justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et munis d'un diplôme de docteur en médecine d'une des facultés de l'État.

— *Société de biologie.* — Le prix Ernest Godard (500 francs) sera décerné à la fin de l'année 1896. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1896, au secrétaire général, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

— *Congrès de médecine mentale et nerveuse.* — Le septième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le samedi 1er août, à Nancy, sous la présidence de M. le docteur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le programme comprendra :

1° Questions à discuter : Pathologie mentale. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe ; rapporteur, M. Ph. Chaslin. — Pathologie nerveuse. De la séméiologie des tremblements ; rapporteur, M. Souques. — Législation. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation ; rapporteur, M. Paul Garnier ;

2° Lectures, présentations, travaux divers ;

3° Excursions, visite de l'Institut anatomique, de l'Asile de Maréville et de ses nouveaux pensionnats, banquet ;

4° Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la cotisation, 20 francs.

Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le docteur Vernet, médecin en chef à l'asile de Maréville, secrétaire général du Congrès.

— Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été (sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux), obligatoires pour les élèves docteurs de première année (nouveau régime), commenceront le lundi 2 mars 1896 et se continueront tous les jours de une heure à trois heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

MM. les élèves de première année, qui ont pris la deuxième inscription en janvier 1896, seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

Les travaux pratiques d'histologie pour les étudiants de deuxième année (ancien régime) commenceront le lundi 11 mai et se continueront tous les jours de une heure à quatre heures.

MM. les élèves de deuxième année, qui auront pris en avril 1896 la septième inscription, seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

1° **Glycérophosphate de Chaux Freyssinge**

Solution contenant 0,50 par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée à soupe avant chaque repas, pure ou dans un peu d'eau. Le Flacon : **3 fr.**

2° **Glycérophosphate de Chaux granulé**

contenant 0,20 par cuillerée à café de granules. Le Flacon : **3 fr.**

3° **Dragées de Glycérophosphate de chaux**

contenant 0,20 par dragée. Le Flacon : **3 fr.**

105, rue de Rennes, Paris, et les principales Pharmacies



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*



Extrait normal de Quinquina soluble.

QUINIUM ROY
GRANULÉ

Tonique — *1 cuiller à café*
Fébrifuge — *1 cuiller à bouche*

A. ROY, Pharmacien de 1re Classe, PARIS-AUTEUIL et Pharmacies.

MIGRAINE NÉVRALGIES
guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de
PHÉNÉDINE-PELISSE
Ils n'occasionnent
NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES
Phie PENNÈS, 49, *Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES PHies

INSOMNIE

Extrait d'un article publié dans le *Medical Press and Circular* de Londres

Par le Dr WAREN-BEY,

M.D., C.M., LL.D., CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il n'est point nécessaire de prouver l'efficacité du BROMIDIA *à ceux qui ont l'habitude de le prescrire. Le* BROMIDIA, *en effet, s'impose de lui-même par son action sûre, certaine et inoffensive. Le malade et le médecin en sont tous deux émerveillés et enchantés. Le corps médical, de son côté, a, au moins, la certitude d'avoir sous la main un médicament presque infaillible et pouvant être considéré comme doué de propriétés spéciales.*

AVIS IMPORTANT

Sous le nom de **BROMIDIA**, il est vendu de nombreuses imitations de ce produit si justement réputé.

Nous tenons à prévenir que ces préparations, vendues généralement à bas prix, sont non seulement sans valeur thérapeutique, mais, le plus souvent, malfaisantes.

Nous ne saurions trop recommander à MM. les Médecins de bien spécifier la marque **BATTLE'S BROMIDIA**, et de s'assurer que leurs malades ont bien la vraie préparation.

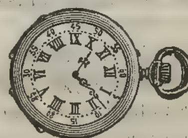
BATTLE et Co., Saint-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE **BROMIDIA** seront envoyés franco sur demande **aux Médecins.**

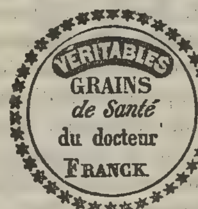
DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET SES COLONIES :
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

PRIX AU PUBLIC : **5** FRANCS

MAISON FONDEE EN 1856



CH. BRISEBARD
Fabt à Besançon (Doubs)
Horloger de la Marine de l'État.
CHRONOMÈTRES Pr MÉDECINS
ENVOI GRATIS DES CATALOGUES



(Formule du Codex N° 603)
ALOÈS & GOMME-GUTTE
Le plus commode des
PURGATIFS
très imités et contrefaits.
L'étiquette ci-jointe imprimée en **4 COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** est la Marque des véritables.
Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou.
ET TOUTES LES PHARMACIES

OXY-FLUIDE
Solution antiseptique
PRATIQUE — EFFICACE — ÉCONOMIQUE
Permanganate de Potasse à $\frac{1}{20}$
27, Rue Biot, 27, et toutes Pharmacies

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

BENZO-IODHYDRINE BRUEL
GRANULÉE
Est supérieure aux Iodures de Potassium et autres produits Iodés.
Pas d'Enchifrènement, pas d'Iodisme, pas d'intolérance.
Gros : G. BRUEL, Phien de 1re Cl., à Bécon-les-Bruyères (Seine), et MARCHAND, 13, Rue Grenier-St-Lazare, Paris.

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour. **Tonique du cœur, diurétique rapide.**
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES.
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
PARIS, 3, Boulᵈ St-MARTIN ET PHARMACIES

REVUE GÉNÉRALE

De la syphilis du nez.

Par le docteur Paul TISSIER.

I

SYPHILIS ACQUISE

A. **Syphilis du tégument externe du nez.** — I. CHANCRE INDURÉ. — C'est là une localisation peu commune. De nombreux observateurs n'en ont rencontré aucun exemple au cours d'une longue pratique. Il résulte des statistiques de Fournier, de Cozzolino, de Neumann, de Jullien, de Mauriac, etc., que le chancre ne se rencontre au niveau du nez que d'une façon tout à fait exceptionnelle : on peut admettre, comme chiffre moyen, qu'il représente 1,5 p. 100 des cas de chancres extra-génitaux.

L'étiologie ne présente rien de bien spécial ; on a vu survenir le chancre induré du nez à la suite d'égratignures [Poncet (1), Hillairet], de morsures [Guignard (2), etc.], par une sorte d'inoculation; la contamination par pratiques contre nature est plus rare [Hulot (3)].

Le siège le plus habituel du chancre induré est l'aile du nez ; on l'a observé aussi au niveau de la partie dorsale, où il aurait pour particularité d'être plus aplati [Cozzolino (4)].

Il se caractérise par une tuméfaction parfois énorme, s'étendant jusqu'aux joues et aux lèvres, par la teinte violette des parties tuméfiées, par sa dureté caractéristique. Sur cette sorte de tumeur, on voit une croûte brun-jaunâtre plus ou moins foncé, de dimensions variables (50 centimes à 2 francs).

Sous cette croûte, que l'on fait tomber par l'application de cataplasmes, se trouve une ulcération, dont le début a été un bouton insignifiant, écorché par le malade. Cette ulcération, à bords plats, à fond rouge, lisse, quelquefois tacheté de points ecchymotiques, est absolument indolente.

Les ganglions sous-maxillaires, plus rarement, ceux de la région parotidienne et les ganglions géniens, sont tuméfiés. L'adénopathie indolente acquiert souvent un développement considérable.

Les symptômes généraux : céphalée, fièvre, sont assez communs; il n'y a qu'exceptionnellement des troubles du côté de la muqueuse [Sajous (5)].

Le chancre induré du nez est d'un diagnostic relativement facile, en raison de ses caractères objectifs et évolutifs. Ils suffiront à le faire distinguer des gommes ulcérées qui ne s'accompagnent pas d'adénopathie, de l'épithélioma, à marche beaucoup plus lente, à retentissement ganglionnaire moins précoce. L'ulcération épithéliomateuse a un fond dur comme le chancre, mais plus végétant; elle est bordée par un ourlet dur, chondroïde, continu ou perlé; enfin elle est le siège assez fréquent de douleurs spontanées.

II. La SYPHILIS SECONDAIRE du tégument externe du nez offre peu de particularités intéressantes. Notons seulement la tendance des papules à devenir suintantes et condylomateuses au niveau du sillon naso-labial, le caractère souvent fissuraire et douloureux des accidents secondaires de l'orifice externe des narines où ils revêtent parfois le type impétiginiforme.

Fournier a décrit, après Ricord, sous le nom de syphilide granulée des ailes du nez, une lésion caractérisée par une série de petites élevures grenues, verruqueuses, papilliformes, sèches, grisâtres, croûtelleuses ou squameuses.

III. La SYPHILIS TERTIAIRE ne nous arrêtera pas davantage, elle ne présente pas ici de caractères spéciaux. Les ailes du nez sont un des sièges de prédilection des syphilides gommeuses : elles se présentent tantôt sous forme de petits tubercules solides, résistants, enchâssés dans la peau, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, d'une coloration rouge sombre ou cuivré, à surface lisse, comme vernie; tantôt sous forme de tumeurs plus volumineuses ; tantôt, enfin, les lésions précédentes, au lieu de se résorber en laissant une macule pigmentaire, subissent la fonte gommeuse et s'ulcèrent : la peau s'amincit et se perfore, laissant échapper un liquide jaunâtre, purulent, mélangé de débris cellulaires. La perte de substance s'étend excentriquement et laisse une ulcération comme taillée à l'emporte-pièce, entamant toute l'épaisseur du derme, à fond grisâtre, inégal, à bords nettement à pic non décollés, entourés d'une zone rouge sombre. Après la guérison de ces ulcérations, se produit une rétraction cicatricielle rétrécissant et déformant l'entrée des narines. C'est à ces lésions qu'on a appliqué la dénomination mauvaise de lupus syphilitique.

B. **Syphilis de la muqueuse nasale.** — I. CHANCRE INDURÉ DES FOSSES NASALES. — Les faits de chancre primitif de la muqueuse des fosses nasales sont assez rares pour que nous croyions intéressant d'en donner plus loin la bibliographie.

Siège. — Si l'on en excepte quelques cas où la lésion siégeait à la face interne de l'aile du nez, c'est-à-dire en une région revêtue d'un tégument cutané; si l'on place à part les observations de chancre de l'orifice de la trompe d'Eustache, dont l'étiologie est toute spéciale, on voit que dans tous les faits la sclérose initiale fut trouvée au niveau de la cloison.

Cela ne démontre pas que les autres parties de la muqueuse ne puissent, dans certaines conditions, être le foyer originel de l'infection, mais il en ressort clairement que cette région du nez, si souvent frappée par les divers processus morbides, offre, à l'inoculation syphilitique, un terrain particulièrement préparé : transport du virus par les doigts et inoculation favorisée soit par les excoriations produites par les ongles, soit par l'existence d'une lésion antérieure, circonstance très commune en ce point. Ceci explique en même temps que la contamination, en quelque sorte honteuse, celle qui résulte de la mise directe en contact avec des sécrétions virulentes, soit plutôt exceptionnelle.

Symptômes. — Les signes du chancre primitif des fosses nasales sont loin d'être toujours caractéristiques. Tout d'abord il faut en distinguer deux types, suivant que les troubles subjectifs ou fonctionnels sont nuls ou peu marqués (type latent) ou, au contraire, franchement accusés (type sténosant).

Ce dernier est le plus commun : il s'annonce par des maux de tête intermittents, unilatéraux (côté de la lésion),

---

(1) PONCET. Soc. des sc. méd. de Lyon, nov. 1880.

(2) GUIGNARD. *Chancres syphilitiques extra-génitaux*, Th. de Paris, 1882.

(3) HULOT. *Gaz. des hôpit.*, 1879.

(4) COZZOLINO. Sifilide del naso e delle fosse nasali, *Gaz. d. Ospilali*, janv. 1889.

(5) SAJOUS. *Lectures on the scades of the Nase and throut*, Philadelphie 1886.

souvent très violents, avec insomnie. Il n'y a quelquefois que de la douleur locale (Moure). On a signalé plus souvent une légère sensation de picotement, de démangeaison (Moure, Spencer Watson). Chez la malade de Nettelship, l'existence de douleur vraie dépendait peut-être d'une complication survenue du côté des voies lacrymales. En même temps, se développe une obstruction nasale plus ou moins complète, avec sécrétion quelquefois mélangée de sang au début, plus tard muco-purulente, sanieuse, d'odeur fade plutôt que fétide.

Dans le cas de Nettelship, le malade consultait pour une dacryocystite.

Les symptômes généraux (fièvre, prostration) sont parfois très accusés, comme cela se voit assez souvent dans les chancres céphaliques (Spencer Watson).

La sténose nasale peut faire défaut, la sécrétion n'être ni augmentée, ni modifiée, la douleur être absente (type latent).

Dans le plus grand nombre des cas, il existe déjà, au moment où l'on voit le malade, des signes d'infection (roséole, papules, plaques muqueuses) qui, seuls, ont appelé son attention et ce n'est qu'en cherchant le siège de l'accident primitif qu'on est conduit à faire le diagnostic.

Objectivement, lorsque la lésion siège près de l'orifice des narines, les malades ont constaté un petit bouton, un bobo à leur avis insignifiant, qu'ils ont arraché plusieurs fois et qui a augmenté peu à peu.

Le chancre une fois développé se présente sous l'aspect d'une saillie, très souvent d'une véritable tumeur largement implantée sur la cloison (*ulcus elevatum*) à surface ulcérée. L'ulcération, d'étendue variable, atteignant en moyenne le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, n'est pas taillée à pic, ses bords se continuent avec les parties voisines; le fond en est tantôt net, grisâtre seulement au niveau des bords, tantôt recouvert d'un enduit blanchâtre; celui-ci enlevé, on voit la surface rouge, carminée, luisante, comme vernissée, facilement saignante.

Cette ulcération repose sur une base saillante d'une dureté caractéristique (cartilagineuse).

L'induration qui semble relever d'une véritable périchondrite primitive adhère aux parties profondes; dans certains cas, elle devient exubérante et il se forme un véritable champignon aplati, à surface rouge vif, finement mamelonnée, obstruant la lumière des fosses nasales et, dans quelques cas (Moure), arrivant jusqu'à faire saillie à l'orifice externe des narines.

L'évolution du chancre de la pituitaire ne présente rien de spécial : l'induration persisterait assez longtemps.

Un des plus précieux éléments de la symptomatologie de ce chancre, c'est son retentissement ganglionnaire, qui offre ici, d'une façon générale, les mêmes caractères que partout ailleurs : rappelons seulement que l'adénopathie est régionale, c'est-à-dire qu'elle atteint les ganglions lymphatiques où se rendent les lymphatiques de la région intéressée de la muqueuse nasale : ganglions sous-maxillaires, plus exactement sub-angulo-maxillaires et moins souvent ganglions parotidiens et pré-auriculaires. Ces ganglions sont durs, lisses, indolents. Leur tuméfaction est habituellement très marquée, ils peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule.

MM. Rollet et Chapuis ont récemment insisté sur la tuméfaction des ganglions avoisinant la grande corne de l'os hyoïde.

C'est là tout ce qui résulte des observations publiées et cependant les auteurs qui se sont occupés de la question parlent de ganglions pré-pharyngiens. Or ceux-ci n'ont été examinés dans aucun cas et, d'ailleurs, ils correspondent au segment postérieur des fosses nasales, segment dans lequel on n'a pas observé de chancre jusqu'ici.

Le *diagnostic* du chancre primitif des fosses nasales est donc fort délicat. Les signes les plus importants sont l'indolence de la lésion, sa résistance aux médications locales et surtout l'adénopathie. L'existence de signes d'infection générale (roséole, papules, plaques muqueuses) sera aussi d'un précieux secours.

Les tumeurs malignes (épithélioma) ont un développement moins rapide ; les épistaxis sont plus fréquentes et plus abondantes, l'adénopathie apparaît plus tardive. Le sarcome s'ulcère tard, l'adénopathie est absente.

(Voir plus loin le diagnostic avec la tuberculose.)

Le pronostic du chancre intra-nasal (abstraction faite de celui de l'orifice tubaire, dont nous ne nous occupons pas ici) ne semble pas plus grave que celui des autres chancres extra-génitaux.

Index bibliographique (*Chancre primitif des fosses nasales*). — Fournier. *Union méd.*, 2 mars 1858. — Nettelship. *Brit. med. Journ.* T. XXI, p. 363, 1875. — Poncet. *Ann. de dermat. et de syphil.* T. II, p. 115, 1881. — Spencer Watson. *Med. Times and Gazette*, p. 428, avril 1881. — Higguet. Société de laryngologie et de rhinologie, 1882. — Rasori. *Gazetta degli Ospitali*, n° 93, 1885. — Morel-Lavallée. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1887. — Moure. Société française d'otologie et de laryngologie, 1887; *Rev. mens. de laryng.*, n° 7, 1887. Thèse de Dupond (Bordeaux 1887); *Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales* (Paris 1888); *Rev. internat. de laryng. et de rhinol.*, 1892, p. 73; Thèse de Reboul (Bordeaux 1892); Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 1893; *Rev. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 1893. — Cozzolino. Sifilide del naso, delle fosse nasale; Sifilide primaria. *Suppl. mens. della Gazetta degli Ospitali*, janvier 1889. — Marfan. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1889. — Gémy. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1889. — Thibierge. In thèse de Bazénerye (Paris 1894) et *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 23 avril 1894. — Cimmino. *Bollet. delle mal. del l'orecchio*, etc. Anno XII, n° 2, 1894. — Rollet et Chapuis. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 22, 15 septembre 1894. — Chapuis. *Gaz. des hôp.*, 19 juillet 1894. — Garel (2 cas). Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie (1895), non publiés.

II. Syphilis secondaire. — Il faut distinguer nettement les manifestations secondaires de la syphilis acquise nasale, du coryza qui s'observe si souvent, en tant que forme précoce de la syphilis héréditaire chez les nouveau-nés.

Voici ce qu'en disent les auteurs : « La première manifestation de la syphilis constitutionnelle est très souvent le catarrhe nasal syphilitique. Chez l'adulte, en raison du peu de troubles qu'il provoque et de la largeur des fosses nasales, il passe souvent inaperçu ou bien est rapporté à un refroidissement. Je n'ai pas encore vu jusqu'ici de papules ou de condylomes spécifiques de la muqueuse nasale ; par contre, il n'est pas rare d'observer des papules squameuses, suintantes et ulcéreuses dans le sillon naso-labial. La question de savoir s'il existe aussi des ulcérations superficielles de la muqueuse nasale, consécutives à la désintégration de productions syphilitiques précoces, doit être tranchée par l'affirmative, mais on n'a pas observé de lésions osseuses » (Schech). Cette dernière phrase, où l'auteur semble accepter nettement l'existence de manifestations

secondaires nasales ulcéreuses, ne saurait se rapporter à la syphilis secondaire, dont le propre, sur toutes les muqueuses, est de déterminer des lésions tout à fait superficielles, de lécher plutôt que de mordre.

« La syphilis à la période secondaire se traduit avant tout, dans les fosses nasales, par un catarrhe qui ne se distingue pas du rhume de cerveau ordinaire. S'agit-il là, comme dans l'angine syphilitique ou dans la laryngite syphilitique catarrhale, seulement d'une hyperhémie avec sécrétion plus ou moins abondante, ou y a-t-il formation de plaques muqueuses? C'est là un point qui n'est pas encore suffisamment élucidé. En tout cas, l'affection se limite à la surface de la muqueuse. Aussi le coryza syphilitique chez l'adulte passe-t-il souvent inaperçu » (Moldenhauer).

Rosenthal est encore plus réservé.

Bresgen considère l'érythème et les papules (accidents précoces) comme rares, et il se borne à ajouter : « Elles paraissent siéger le plus souvent sur la cloison et sur le plancher. »

Réthi n'est pas plus explicite; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir plus loin sur ces diverses opinions.

De la lecture des auteurs spéciaux, dermatologistes aussi bien que rhinologistes, ressort donc cette constatation précise, que nous sommes loin encore d'être fixés sur la fréquence, le siège et les variétés des accidents syphilitiques secondaires du nez (1).

La plupart n'ont pu constater de plaques muqueuses proprement dites sur la muqueuse nasale (Schech, M. Mackensie, Moldenhauer, Bresgen, Rethi, Rosenthal, Michelson, etc.).

Bassereau n'en signale qu'au niveau de l'orifice externe (2 cas sur 110 malades hommes). A peu près seuls, Davasse et Deville signalent 8 fois sur 186 femmes, à la période secondaire de la syphilis, l'existence dans les fosses nasales de plaques muqueuses.

Fréquence. — Dix-sept fois sur 25 cas, nous avons trouvé des lésions nasales, soit dans une proportion de 68 p. 100. Cependant, la presque totalité des malades n'accusent aucun trouble du côté du nez. Dans les 17 cas, 12 fois les lésions étaient unilatérales, soit 70,5 p. 100; 4 fois bilatérales, soit 29,4 p. 100; 1 fois prédominantes d'un côté.

1° *Lésions de l'orifice et du vestibule.* — Celles-ci sont, d'une façon générale, identiques à celles de la peau, ce qui n'a pas lieu de surprendre, étant donné la nature cutanée du revêtement du vestibule. Mais de même que dans tous les points du tégument cutané, où il y a des conditions favorables d'humidité (oreille, aisselle, plis interdigitaux, etc.), les syphilides secondaires du vestibule ont une tendance à devenir suintantes et elles revêtent assez souvent la forme de papules saillantes. Au niveau même de l'orifice du nez, les lésions affectent fréquemment la forme fissuraire, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant : pareille forme est fréquente, comme on sait, à la commissure labiale.

Ce n'est que rarement chez l'adulte que l'on peut constater un rétrécissement marqué de l'orifice des narines et l'obstruction du vestibule par du muco-pus concrété. Nous n'avons vu semblable état que chez de rares malades, malpropres et littéralement couverts de syphilides, tels qu'on en rencontre encore de temps à autre, à la consultation des hôpitaux.

Dans ces conditions, il y a parfois écoulement purulent abondant ; s'agit-il seulement d'un catarrhe généralisé spécifique, ou bien des infections secondes interviennent-elles? C'est là un point que nous ne pouvons trancher.

2° *Lésions des fosses nasales proprement dites.* — A. La lésion fondamentale de la syphilis secondaire nasale est l'érythème diffus ou limité en certains points de la muqueuse nasale.

La muqueuse, très légèrement tuméfiée, se montre alors d'une coloration rouge vif intense, à limites diffuses, plus accentuée par places, c'est l'*érythème syphilitique vermillon* de la muqueuse nasale. La sécrétion est relativement peu abondante, plus ou moins adhérente, muco-purulente.

L'érythème, même lorsqu'il est localisé à une certaine région (cloison), n'a jamais de limites précises; à la périphérie, la teinte rouge foncé se fond par dégradations insensibles avec la teinte normale de la muqueuse. Un caractère important de cet érythème, qui permet, à notre avis, et contrairement à l'opinion des auteurs, de séparer nettement le coryza spécifique secondaire de l'adulte du simple rhume de cerveau, c'est son caractère unilatéral qui ne manque, pour ainsi dire, jamais. Car dans les rares cas (abstraction faite de ceux dont nous parlions tout à l'heure, avec écoulement purulent abondant, analogue à celui du coryza syphilitique des nouveau-nés) où l'érythème est bilatéral, il ne présente jamais les mêmes caractères d'intensité et de diffusion des deux côtés du nez.

Bien plus souvent, l'érythème est limité ou tout au moins beaucoup plus marqué en un point de la muqueuse. Il faut mettre en première ligne la partie antéro-inférieure de la cloison qui en est le siège de prédilection. Beaucoup plus rarement, l'érythème est surtout intense au niveau des cornets.

B. A la phase érythémateuse succède ou se superpose la seconde phase ou phase érosive.

Nous négligerons à dessein les érosions vestibulaires que nous avons signalées plus haut et les érosions vues par un certain nombre d'auteurs au niveau même des choanes.

La muqueuse pituitaire est, en réalité, une région qui doit être placée tout à fait à part dans l'étude de la syphilis secondaire cutanéo-muqueuse. C'est, en effet, avec la muqueuse laryngo-trachéale, la seule muqueuse revêtue d'un épithélium cylindrique à cils vibratils, que nous puissions étudier objectivement sur le vivant.

Les auteurs n'ont pas assez insisté sur cette particularité, essentielle cependant suivant nous, pour la compréhension du développement, des particularités cliniques et évolutives et de l'aspect des lésions érosives du nez, aussi bien d'ailleurs que des régions à épithélium cylindrique du larynx et de la trachée.

Le siège des accidents érosifs typiques des muqueuses se trouve sur les muqueuses dermo-papillaires, et certainement il y a une relation entre la structure du siège de la lésion et cette lésion elle-même. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver sur la muqueuse nasale, pas plus que sur la partie à épithélium cylindrique de la muqueuse laryngée, des plaques muqueuses analogues à celles de la bouche, par exemple.

Il n'en pourrait être ainsi qu'au niveau de certains points modifiés par une lésion antérieure, et dont le revêtement,

(1) Telle est la raison qui nous a déterminé à entreprendre de nouveau l'étude de cette question pendant le séjour que nous avons fait au mois de septembre 1892 à l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. le docteur Renault.

sous l'influence de cette dernière, se serait ordonné suivant le type malpighien.

Les érosions siègent de préférence sur la cloison; elles sont, le plus souvent, uniques, puisque, une seule fois, le vestibule mis à part, nous avons noté une ulcération sur le cornet inférieur.

Nous n'avons pas observé d'érosions spécifiques sur la partie antérieure du cornet inférieur, dont le revêtement épithélial est du type malpighien.

La partie antéro-inférieure de la cloison en est le siège de prédilection. L'existence de déviations, d'éperons sur la cloison paraît aussi être une cause d'appel.

La forme des érosions est variable, souvent assez régulière, arrondie ou ovalaire; les dimensions en sont petites, d'une lentille à une pièce de 20 centimes, au maximum.

Elles ne sont pas saillantes, mais leurs bords sont nets, de telle sorte que la lésion paraît comme enchâssée dans la muqueuse.

La surface en est tantôt rosée et recouverte d'un léger nuage opalin, tantôt revêtue d'un exsudat blanchâtre adhérent, assez épais; au-dessous de l'exsudat, lorsqu'on cherche à enlever celui-ci par fragments, la surface de l'érosion est congestionnée et saigne facilement.

L'érosion est le plus souvent très superficielle; quelquefois cependant, elle semble intéresser la couche sous-épithéliale (épistaxis).

Autour de la lésion se voit un halo érythémateux, rouge intense, parfois même livide, assez large et décroissant par degrés, pour se fondre avec la zone érythémateuse dans le champ de laquelle s'est développée l'érosion.

Ces érosions sont peu sécrétantes, non douloureuses spontanément et très peu sensibles au contact.

Pas plus que M. Mackensie, Moldenhauer, Rethi, Michelson, Bosworth, nous n'avons constaté de plaques muqueuses proprement dites sur la muqueuse nasale.

On a décrit cependant (Lacoarret) des formes végétantes soit tardives (Labit), secondo-tertiaires, soit précoces; peut-être, dans ces derniers cas, s'agissait-il de lésions secondaires développées au niveau même du chancre resté méconnu.

Les troubles subjectifs sont, en règle générale, nuls ou négligeables.

C. Au stade érosif succède, le plus souvent, le stade de retour complet *ad integrum*. Il n'en va pas toujours de même, mais cela seulement, sans doute, lorsqu'il y a, par suite d'un état anormal de la cloison ou des cornets, contact ou au moins rapprochement immédiat des cornets et de la cloison.

Dans ces cas, il peut se développer des adhérences, des synéchies entre la cloison et les cornets. Cette tendance adhésive des processus syphilitiques n'a rien qui doive nous surprendre, elle a été observée ailleurs (cordes vocales), mais nous ne pensons pas qu'elle ait été signalée dans la syphilis secondaire nasale de l'adulte.

Jurasz, en effet, qui mentionne la syphilis dans l'étiologie des synéchies, ne donne aucun détail sur ce point.

C'est là une terminaison qui n'est peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, puisqu'en dehors des deux cas que nous avons cités plus haut, nous en avons encore observé un autre chez un homme à notre consultation. Chez ce dernier, présentant encore des traces de secondarisme pharyngien, nous avons trouvé une adhérence entre la partie moyenne du cornet et la cloison, adhérence fibreuse peu étendue que nous avons sectionnée sans peine.

En résumé, érythème vermillon, érosions et possibilité de la production de synéchies, tel est le bilan de la syphilis secondaire nasale acquise.

Nous voulons dire encore un mot sur la très grande fréquence de la tuméfaction des cornets inférieurs.

S'agit-il d'une coïncidence? cela est fort possible, car c'est là une lésion relativement commune; cependant, on peut supposer que la syphilis agit peut-être ici, non à titre de lésion spécifique, mais bien de processus inflammatoire prédisposant.

Quoi qu'il en soit, la tuméfaction nous a paru, dans certains cas, présenter une forme un peu spéciale : atteinte de l'extrémité antérieure des cornets, tuméfaction élastique pâle, non totale, ni en boule ou en cerise comme on l'observe souvent en pareil cas, mais en hauteur : l'extrémité du cornet présentant un aspect cylindrique à grand axe dirigé en haut et un peu en arrière.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des lésions que nous avons décrites : la limitation, le siège, l'aspect de l'érythème vermillon secondaire des fosses nasales suffiront dans le plus grand nombre des cas à distinguer cette lésion de celle des autres types de rhinite aiguë.

Les érosions, en raison de leurs caractères propres, ne présentent pas davantage de difficulté au point de vue du diagnostic, elles diffèrent, en effet, essentiellement des autres ulcérations des fosses nasales (syphilitiques tertiaires, tuberculeuses, simples, etc.).

L'existence de synéchies, sans autres lésions, ne pourra que faire songer à la possibilité de la syphilis.

Les commémoratifs, l'examen des autres parties du corps, de la gorge en particulier, les effets du traitement spécifique trancheront la question dans les cas douteux.

La syphilis secondaire nasale de l'adulte n'entraîne pas par elle-même un pronostic sérieux : évoluant silencieusement, elle se termine, en règle générale, par la guérison complète; la production d'adhérences est un simple incident, en général peu grave, car si nous nous en rapportons à ce que nous avons observé, elles sont peu étendues.

Néanmoins, l'apparition de la syphilis dans le nez, dès la période secondaire, ne doit peut-être pas être absolument négligée : c'est une menace pour l'avenir, qui doit faire craindre l'invasion autrement grave du tertiarisme.

Il est à remarquer, en effet, que, chez les syphilitiques, un ou plusieurs organes semblent particulièrement atteints par la syphilis, et tout spécialiste a vu de ces cas de laryngite secondaire avoir pour épilogue plus ou moins éloigné des lésions laryngées tertiaires. En est-il de même dans certains cas pour le nez? C'est une question que nous nous bornerons à poser (1).

III. — Syphilis tertiaire des fosses nasales. — C'est là un des chapitres les plus importants de la pathologie nasale, en

(1) Davasse et Deville. Des plaques muqueuses, *Arch. gén. de méd.*, 1845.— Bassereau. *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, Paris 1852. — Trousseau et Lasègue. *Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XV, p. 156. — B. Frænkel. Ziemmsen's Handbuch, *Krankeiten der Nase*, 1879. — Michelson. Ueber Nasensyphilis. Volkmann's Sammlung, *Klin. Vortr.*, n° 326. — Paul Tissier. Des accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise chez l'adulte, *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév. 1893. — Labit. Un cas de condylome syphilitique des fosses nasales, Soc. franç. d'otol., de rhinol. et de laryngol., 1895. — Traités spéciaux de rhinologie et de syphiligraphie.

raison de la fréquence relative et surtout de la gravité des lésions que la syphilis peut provoquer.

Pour la même raison, elles ont été signalées depuis longtemps par les auteurs, elles auraient même été connues des médecins chinois (1). Quoi qu'il en soit, les premières mentions précises remontent à Fracastor, à Bénédictus, à Brassavolus, etc.

Étudiées avec soin par les syphiligraphes modernes, dont nous aurons à rappeler les noms au cours de ce chapitre, elles ont été l'objet de monographies spéciales de la part de M. Mauriac (2) en France, de Michelson (3) en Allemagne. Nous devons encore mentionner spécialement les recherches anatomiques de Schüster et Sänger (4) et de Frænkel (5).

Féquence. — Michelson fait remarquer la différence des chiffres donnés par les cliniciens [Jullien (6), 54 cas sur 237 syphilitiques] et les anatomistes [Willigk (7) 2,8 p. 100 des cas). Les lésions tertiaires du nez sont aujourd'hui assez connues pour qu'on puisse admettre que le faible chiffre donné par les anatomistes tient à ce que le traitement spécifique, institué de bonne heure pendant la vie, amène plus souvent qu'on ne le croirait *à priori* la régression du processus.

A quelle période de l'infection syphilitique apparaît le tertiarisme nasal? Il peut être tardif, il est plus souvent précoce : M. Mauriac l'a constaté sept mois après le chancre, Schüster, trois fois dans la première année; voici une statistique que nous empruntons à Michelson, portant sur 42 cas relatés par divers auteurs :

1re année	4
1-2	6
2-3	11
3-4	1
4-5	1
5-6	1
7-8	3
8-9	2
9-10	2
10-15	10
15-19	1

Il en résulte que le maximum de fréquence se produit dans les trois premières années.

Un quart des cas est survenu avant la fin de la seconde année; le second quart dans le cours de la troisième, le troisième quart de la troisième à la dixième.

Sur plus de 100 cas de tertiarisme nasal, observés soit à l'Hôtel-Dieu, soit dans notre clientèle civile, nous avons remarqué que les accidents du côté du nez étaient survenus dans la moitié des cas au cours des trois premières années. Les femmes nous ont semblé plus fréquemment atteintes que les hommes.

Anatomie pathologique. — Histologiquement le processus a été surtout étudié par Schüster et Sänger, E. Frænkel, Mauriac, Heyfelder (1) et Zuckerkandl (2).

Il peut se résumer en quelques mots : au début c'est une infiltration embryonnaire qui, lorsquelle devient plus marquée, entraîne l'augmentation du volume de la muqueuse; cette infiltration peut soit rétrocéder sous l'influence du traitement, soit aboutir à la sclérose, à l'atrophie (rhinite atrophique syphilitique), comme le démontre E. Frænkel, ou au contraire évoluer vers l'infiltration gommeuse en nappe, ou diffuse, ou en foyers. L'infiltration gommeuse diffuse est ici la plus fréquente.

La gomme est essentiellement caractérisée par la prolifération des cellules embryonnaires, l'altération des vaisseaux et la dégénérescence consécutive de l'exsudat.

Lorsque l'infiltration gommeuse atteint le périoste, elle s'enfonce dans le tissu osseux à la façon d'un clou, ou mieux d'un tire-bouchon [Poncet (3)] en suivant les vaisseaux. Elle détermine une véritable ostéite raréfiante. Les travées osseuses sont comme échancrées, les espaces médullaires agrandis avec des nodules gommeux, dont les vaisseaux sanguins sont restés perméables. Dans certains cas le processus de destruction est très rapide, irrégulier, serpigineux : on a donné à ces faits l'appellation de phagédénisme osseux. Au niveau des cartilages, l'infiltration s'étend à la face profonde du périchondre; le cartilage est en quelque sorte érodé, la substance fondamentale disparaît, les cellules prolifèrent et deviennent des cellules embryonnaires qui, par suite de la déchirure des capsules, deviennent des sortes de prolongements de l'infiltration souspérichondrale.

La destruction des os et des cartilages pourrait aussi résulter de leur mise à nu par suite de la destruction du périoste ou du périchondre (Störck), ce qui les prive de leurs moyens de nutrition (Mauriac); ce serait le processus de la nécrose opposé à celui de l'ostéite raréfiante (carie), avec désagrégation moléculaire. D'autres fois (gros séquestre) il s'est formé un cercle, une zone morbide d'hyperplasie ostéogommeuse, qui prive un fragment plus ou moins volumineux de ses sucs nutritifs en oblitérant ses vaisseaux (Mauriac).

L'on s'est demandé si le squelette ostéo-cartilagineux du nez pouvait être atteint primitivement. Schüster et Sänger, Mauriac pensent que, si les lésions des os et des cartilages sont le plus souvent consécutives à celles de la muqueuse, elles peuvent aussi être primitives.

Quel que soit le mécanisme de la nécrose, autour du fragment frappé de mort se creuse un fossé d'ostéite raréfiante avec abondante production de bourgeons charnus qui soulèvent et repoussent le sequestre; mais il peut se produire des foyers d'ostéite productive qui eux gênent son expulsion et éternisent les lésions.

La guérison semble pouvoir être, dans les premiers stades, anatomiquement complète, mais lorsque la perte de substance est étendue, lorsque l'affection osseuse est la suite de l'envahissement en profondeur d'un processus ulcératif, il se produit un tissu cicatriciel et non une réparation osseuse. Enfin lorsque la perte de substance est trop large, il persiste après la cicatrisation une perforation plus ou moins large.

(1) Fabry. *La médecine chez les Chinois*, Paris 1863.
(2) Mauriac. *De la syphilis pharyngo-nasale. Syphilis tertiaire*, Paris 1890.
(3) Michelson. Ueber Nazensyphilis. *Volkmann's Samml. Klin. Vortr.*, n° 321.
(4) Schuster et Sænger. Beiträge zur Pathologie der Nasensyphilis, *Viertel. Jahrsch. f. Dermat. u. Syphilis*, Bd. IV, p. 43, et Bd. V, p. 211.
(5) E. Frænkel. *Virchow's Archiv*, Bd. LXXV, 1879, p. 45.
(6) Jullien. *Traité des maladies vénériennes*, Paris 1879.
(7) Willigk. *Prag. Vierteljahr. f. prakt. Heilkunde*, 1856.

(1) Hayfelder. *Virchow's Archiv*, Bd. XI, p. 514.
(2) V. Zuckerkandl. *Anatomie der Nasenhöhle*, Wien 1892, p. 94.
(3) Poncet. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1881, p. 115.

Symptômes. — Avant d'entrer dans la description détaillée de la syphilis tertiaire du nez, il nous faut, en quelques mots, rappeler ses traits les plus saillants. D'une façon générale : le début est insidieux, les préludes sont tenus pour insignifiants ; pas de douleur, une gêne plus ou moins marquée de la respiration nasale, avec écoulement muco-purulent, d'abord peu abondant, quelquefois seulement d'odeur fade mais non fétide ; de l'obtusion ou la perte de l'odorat ; dans certains cas un peu de lourdeur céphalique, et c'est tout. Les choses peuvent en rester là plus ou moins longtemps ; le malade ne s'inquiète pas d'un mal qu'il considère comme un rhume vulgaire plus tenace que d'habitude. Il faut l'augmentation de la sécrétion nasale qui devient purulente, mélangée de sang et de croûtes, il faut surtout, pour troubler sa quiétude, l'apparition de la fétidité, quelquefois même l'affaissement du dos du nez. Cet affaissement peut survenir en quelques jours, épouvantant littéralement le patient et son entourage, incapable de comprendre la signification des accidents prémonitoires qui marquaient le début et la marche du processus. Le médecin lui-même trop souvent s'y laisse prendre et ne reconnaît la syphilis que le jour où, tout d'un coup, elle se démasque. Telle est l'histoire de bien des cas donnés comme exemples de tertiarisme à évolution rapide.

Le tableau de la syphilis nasale doit être divisé en plusieurs parties, les symptômes et l'évolution dépendant des localisations du processus.

Nous aurons donc à décrire la syphilis du segment ethmoïdal et celle du segment maxillaire.

a. Syphilis tertiaire du segment maxillaire et de la cloison. — Une des formes les mieux connues est la *syphilis naso-palatine* avec perforation consécutive. L'infiltration gommeuse atteint le périoste et l'os ; elle se termine du côté du nez par la production d'une ulcération serpigineuse profonde, du côté de l'os par la nécrose. Celle-ci provoque en même temps une réaction éliminatrice qui se manifeste surtout du côté du périoste de la face buccale. Il se montre alors sur la voûte palatine, au niveau ou très près de la ligne médiane, une saillie rouge vif de consistance élastique, adhérant intimement à l'os. Ce serait une erreur de considérer la périostite et l'inflammation de la muqueuse, causes de cette tuméfaction, comme un simple processus réactionnel ; il s'agit, comme du côté du nez, d'une infiltration spécifique, ainsi que le démontre l'effet du traitement.

Cette infiltration évolue, d'ailleurs, comme celle de la muqueuse nasale et aboutit à l'ulcération. Le stylet, promené vers le fond de la perte de substance, d'abord étroite, puis s'agrandissant progressivement, révèle la présence d'un foyer de nécrose osseuse. Le séquestre éliminé, il reste une brèche bucco-nasale plus ou moins régulière, habituellement ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur. La voix prend un timbre nasonné *ouvert* et les aliments et les liquides passent de la bouche dans le nez.

La perforation siège, avons-nous dit, le plus souvent sur la ligne médiane. Plus ou moins régulière, elle est assez souvent légèrement latérale. Elle se produit en général immédiatement en arrière du rebord alvéolaire. Cette localisation mérite d'être relevée, le processus nécrosant semblant se plaire en un point bien spécial de la charpente du plancher nasal, au point de convergence des apophyses palatines du maxillaire supérieur, de l'extrémité antérieure du vomer, de la crête nasale et des os sous-vomériens.

L'examen rhinoscopique montre alors un aspect caractéristique : la muqueuse du plancher et des parties voisines est irrégulièrement tuméfiée, recouverte par un pus sanguinolent, fétide, concrété en croûtes noirâtres par places. Il existe une ulcération irrégulière, à bords souvent végétants (les végétations peuvent devenir polypoïdes), au fond de laquelle le stylet révèle un foyer de dénudation osseuse.

Les malades accusent rarement une douleur nette, plus souvent une sensation pénible de tension ; la douleur ne survient qu'accidentellement, par suite de la pénétration de parcelles alimentaires solides ou liquides. Certains malades remarquent dans les matières qu'ils mouchent de petits fragments osseux, mais cette particularité est loin d'être la règle.

Abandonnée à elle-même, la lésion tendrait quelquefois à la régression spontanée, c'est en tout cas l'exception : plus souvent elle s'agrandit par envahissement du processus de proche en proche ou par confluence de foyers voisins ; on a observé des exemples de destruction presque complète de la voûte palatine.

Le traitement spécifique arrête rapidement l'extension du processus ; des points qui semblaient voués à une destruction prochaine recouvrent leur vitalité et l'on est étonné de la rapidité avec laquelle se réparent des délabrements en apparence irréparables. Lorsque le traitement est institué à temps, la guérison peut survenir en ce sens qu'il se produit une cicatrice fermant toute communication entre les deux cavités buccale et nasale. D'autres fois, il reste un petit pertuis, sans grand inconvénient pour le malade, bien que nous ayons constaté à maintes reprises le passage d'aliments ou de liquides à travers des perforations très étroites, mais ceci est surtout vrai pour les perforations du voile du palais. Lorsque la destruction osseuse est trop étendue, elle persiste, les bords se cicatrisent et s'orulent d'un tissu fibreux serré.

Les troubles que nous avons signalés au point de vue de la déglutition et de la voix persistent ; spontanément pour retenir l'orifice des narines, il se produit alors une contraction musculaire, qui donne à ces malades une physionomie caractéristique (*nez pincé*).

Bien plus rarement que le plancher des fosses nasales, l'apophyse montante du maxillaire est atteinte ; il peut en résulter une large brèche mettant en communication directe les fosses nasales et le sinus maxillaire. L'atteinte du système lacrymal occupe ici la première place.

La *cloison* est un des sièges de prédilection du processus infiltro-gommeux. La lésion peut siéger aussi bien sur le septum cartilagineux que sur le septum osseux et atteindre le vomer ou la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Au niveau du septum cartilagineux les perforations sont irrégulièrement ovalaires ou arrondies. Elles peuvent occuper la presque totalité du cartilage ; au niveau de la cloison osseuse, il est rare qu'elles atteignent le bord postérieur. Les lucarnes ouvertes entre les deux fosses nasales peuvent avoir toutes les dimensions ; dans certains cas il ne persiste qu'une mince languette choanale. A la guérison, les bords de la perforation diminuent et restent longtemps couverts de croûtes adhérentes. Il se produit assez souvent des synéchies entre la cloison et les cornets, constituées par un tissu fibreux dur, qui se continue avec les bandes cicatricielles qui existent sur la cloison au voisinage de la perforation.

A la destruction du septum cartilagineux on a rapporté une déformation extérieure du nez désignée sous le nom de *nez*

en lorgnette par Fournier, auquel nous en empruntons la description.

Il se produit un affaissement et un recul du segment inférieur du nez, littéralement effondré.

Par suite de la destruction du cartilage quadrangulaire, clef de voûte du nez, la partie inférieure, sans changer de forme, se trouve reportée en arrière, subissant un vrai mouvement de recul; comme la sous-cloison est intacte, le lobule proémine et se relève. Le profil du nez représente alors une ligne brisée, dont l'angle rentrant est situé exactement au-dessous des os propres. Un bourrelet cutané plus ou moins saillant dessine la ligne suivant laquelle s'est produite l'invagination du segment inférieur dans le segment supérieur. Cette invagination est réductible (traction sur le lobule), mais se reproduit immédiatement.

Certains auteurs (Moldenhauer, Zuckerkandl) contestent le rôle attribué à la destruction de la cloison dans cette déformation. Celle-ci serait due à la rétraction du tissu conjonctif qui réunit la portion cartilagineuse et membraneuse du nez aux os propres. La rétraction déterminerait à ce niveau une dépression et aurait pour effet d'attirer le bout du nez en haut et en arrière.

La réductibilité de la déformation, sa production à la suite de lésions non spécifiques du septum cartilagineux (périchondrite suppurée) plaident plutôt pour l'ancienne opinion, mais nous devons confirmer cette remarque faite par Moldenhauer à l'appui de son explication, qu'on peut en quelque sorte prévoir la déformation lorsqu'il se développe, au cours de l'affection, un empâtement sur les parties latérales du nez, à l'union des os propres et de la portion cartilagineuse.

La destruction de la sous-cloison est beaucoup plus rare dans la syphilis acquise. Elle a pour résultat de réunir les deux orifices des narines en une vaste ouverture triangulaire. En même temps la pointe du nez n'étant plus soutenue se recourbe en crochet : *bec de perroquet* (Fournier).

β. *Syphilis du système ethmoïdal.* — Au niveau des masses latérales de l'ethmoïde et du cornet inférieur, la muqueuse peut être le siège d'infiltration simple ou d'infiltration gommeuse.

Cette dernière aboutit à l'ulcération et entraîne la désintégration moléculaire de l'os; il n'est pas très exceptionnel de voir se détacher des cornets de minces écailles osseuses; parfois le cornet est perforé (Zuckerkandl), détruit en partie ou en totalité. Le résultat final de la guérison est l'élargissement anormal de la cavité nasale, l'atrophie ou la disparition des cornets, méconnaissables sous la muqueuse amincie, sillonnée de bandes scléreuses qui les recouvrent. Gurney Fellows (1) a récemment décrit une modalité de la syphilis nasale survenant surtout au niveau des cornets; il s'agit de dégénérescence fibreuse qui se traduit par la production de masses sessiles, compactes, dures, rougeâtres ou jaunâtres. C'est une manifestation de la vérole âgée.

L'infiltration simple évolue souvent vers l'atrophie rapide; celle-ci est irrégulière et on trouve alors, à côté de parties atrophiées, des places hyperplasiées. Cette atrophie survient sans processus ulcératif préalable, aussi n'observe-t-on pas en pareil cas de productions cicatricielles.

Toute la muqueuse peut être atrophiée, mince, d'aspect tendineux, les cornets amincis et on a alors l'aspect de la rhinite atrophique, celui qu'on retrouve dans l'ozène (E. Frænkel, v. Zuckerkandl).

La sécrétion prend les caractères de celle de l'ozène, y compris la fétidité. C'est dans ces cas que la dénomination d'*ozène syphilitique* est justifiée et non dans ceux où la fétidité n'est que le symptôme de l'altération du pus stagnant au niveau des ulcérations, avec ou sans nécrose osseuse que nous avons décrite plus haut. L'appellation d'ozène syphilitique, appliquée à ces derniers cas, doit être absolument rejetée, car alors il faudrait appeler ozène toute maladie du nez déterminant une odeur fétide.

Les modifications de la sécrétion et la fétidité disparaissent alors avec les lésions ulcéreuses, sous l'influence du traitement. Il n'en est pas de même dans le véritable ozène syphilitique, créé par la syphilis, qui n'a été qu'une cause provocatrice. Une fois constitué, il n'a plus rien de spécifique et les médicaments de la syphilis n'ont aucune prise sur lui.

La syphilis des masses latérales de l'ethmoïde se traduit par des symptômes variables suivant la modalité et la période de l'affection. Au début, ce sont les signes d'obstruction nasale avec céphalalgie et diminution ou disparition de l'odorat. A ces symptômes se joignent des modifications de la sécrétion (écoulement purulent, souvent teinté de sang, fétidité, etc.), lorsque le processus gommeux aboutit à l'ulcération. A la phase terminale, le tableau est soit celui de l'ozène, soit celui de la rhinite atrophique simple. Le siège des lésions explique la fréquence et la persistance de troubles de l'olfaction.

Les lésions n'en restent pas toujours là : elles peuvent s'étendre soit du côté de l'orbite (Taylor), soit vers la voûte du nez du côté de la cavité cranienne. Elles méritent dans ce dernier cas une description spéciale, c'est la forme *naso-cérébrale*.

La voûte peut être touchée au niveau de l'une quelconque de ses parties : os propres, lame criblée, sphénoïde, mais il est bien rare que les lésions soient absolument circonscrites. La symptomatologie dans ces divers cas, bien que différente par certains côtés, présente cependant un certain nombre de traits communs qui légitiment une description d'ensemble.

Sans parler des phénomènes d'obstruction nasale, des caractères de l'écoulement, qui ne présentent rien de spécial dans cette forme, il nous faut mettre au premier plan la diminution et l'abolition rapide de l'odorat et les manifestations douloureuses.

Celles-ci sont de deux ordres : tantôt c'est une céphalée diffuse frontale, continue ou à exercerbations nocturnes, quelquefois intolérable et rebelle à tous les agents de la médication de la douleur; tantôt la douleur se localise sur le trajet ou le territoire d'un nerf et prend les caractères d'une véritable névralgie.

Anatomiquement, il peut se produire une nécrose étendue ou une désintégration moléculaire des os atteints. S'il s'agit des os propres, il en résulte une déformation spéciale du nez, que nous aurons à décrire tout à l'heure. Au niveau de la lame criblée et du sphénoïde, la nécrose mettant à nu la dure-mère cranienne, peut avoir des conséquences extrêmement graves, d'autant mieux que le processus syphilitique peut atteindre cette membrane et déterminer des foyers de méningite gommeuse ou scléro-gommeuse (Delpech), et envahir même la substance cérébrale.

Le séquestre peut être volumineux, et par sa chute dans

(1) Gurney FELLOWS. *The Journ. ophthalm.*, janv. 1894.

le pharynx provoquer de violents accès de suffocation (Delpech, Trousseau). Dans le cas de Delpech (1), après la chute de plusieurs fragments de l'ethmoïde et du sphénoïde, presque entièrement détruits, survint la nécrose de l'apophyse basilaire de l'occipital éliminée en totalité. Chez le malade de Trousseau (2), atteint d'ozène syphilitique, le séquestre était formé par le quart de l'ethmoïde.

Parmi les symptômes le plus communément notés, en outre de la douleur, qui est un phénomène précoce, révélateur, relevons les troubles de la parole, les troubles visuels et auditifs (Delpech), déjà plus rares; la paralysie uni ou bilatérale (Delpech, Schüster), les tremblements, les phénomènes convulsifs [Delpech, Brodie (3)], la dépression des facultés intellectuelles, la diminution de la mémoire, les troubles psychiques [Graves (4)], les vomissements matutinaux, etc.

La mort est la terminaison la plus commune; dans le cas de Delpech, elle survint après une rémission en apparence complète qui se prolongea une année.

C'est dire la gravité du pronostic lorsque les lésions en sont arrivées à ce point, et montrer clairement la nécessité d'un diagnostic précoce.

Lorsque la lésion atteint les os propres, les accidents cérébraux peuvent être les mêmes, par suite de l'extension du processus à la lame criblée ou au frontal, mais il n'en est pas toujours ainsi, et le tertiarisme peut rester localisé à ces os. Leur destruction a pour conséquence une altération spéciale et caractéristique de la forme extérieure du nez, vulgairement appelée *nez en pied de marmite*.

Immédiatement au-dessous de l'épine du frontal se trouve une large dépression, un méplat, comme si le dos du nez avait été enfoncé par un coup de marteau. La pointe du nez, par suite de l'effondrement de la partie supérieure, se trouve relevée; elle bascule de bas en haut, se retrousse et s'aplatit; la saillie formée par les ailes du nez s'accentue et le plan des narines se trouve dirigé obliquement en avant et légèrement en haut. *(A suivre.)*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres du professeur Léon Le Fort (5), publiées par le docteur Félix Lejars.

Ce second volume comprend les principaux travaux du professeur Léon Le Fort, ayant trait à la chirurgie militaire et à l'enseignement.

La chirurgie militaire y tient une large place. On sait quelle a été la part de Léon Le Fort dans la lutte de presse et d'opinion qui devait aboutir à l'autonomie du corps de santé militaire. Ses « Études sur les Guerres de Crimée et d'Amérique », sur la « Guerre d'Italie en 1859 », son livre de 1872 sur la « Chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger », ses articles de la « Revue des Deux Mondes » sur la « Médecine militaire et la loi sur l'Administration de l'armée », sur la « Médecine militaire et l'Intendance », etc., marquent les étapes de cette ardente polémique, et renferment une série de documents de haute valeur, des pages historiques d'un intérêt toujours vivant, comme cette histoire de la première ambulance volontaire au siège de Metz, qui termine son livre de 1872. Aussi, dans une magnifique préface, M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz a-t-il rendu hommage à Léon Le Fort : « Chirurgien militaire de vocation, non de carrière »; il compare son rôle à celui de Percy : « Non seulement Léon Le Fort a pensé comme avait fait le plus grand des hommes qui aient jamais illustré notre état, mais il a, comme lui, lutté pour le triomphe de la bonne cause : aussi il a droit à l'estime et à la reconnaissance de cette chirurgie militaire, à laquelle il apportait, en souvenir de ses jeunes années, l'affectueux hommage de sa gratitude. »

Le même esprit d'organisation, la même méthode d'investigation précise, le même sens pratique se retrouvent dans les travaux d'enseignement, qui forment la seconde partie du volume. Dans ses « Lettres sur la liberté de la pratique et de l'enseignement de la médecine », dans son « Étude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger », dans ses principaux rapports à la Faculté, sur « la création de chaires cliniques spéciales », sur « la participation des agrégés à l'enseignement », sur « la réforme des études médicales », sont posées et discutées de nombreuses questions toujours d'actualité. Et l'on ne saurait trop admirer la puissance et la fécondité de cet esprit, qui s'applique à tant de sujets divers et qui, partout, donne les preuves d'une conception toujours originale.

Le tome III, consacré à la « Chirurgie proprement dite », est sous presse et terminera l'ouvrage.

Précis élémentaire de dermatologie. Maladies en particulier. Dermatoses inflammatoires (1), par les docteurs Brocq, médecin des hôpitaux de Paris, et Jacquet, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Le quatrième volume de la « Dermatologie », de MM. Brocq et Jacquet, renferme la série des dermatoses inflammatoires. Cette dénomination un peu vague, et destinée à fournir une rubrique générale indicatrice, s'applique aux Eczémas, Pemphigus, Psoriasis, Pityriasis, Erythèmes, Séborrhées, etc.

Ce volume est rédigé dans le même esprit de méthode et de clarté que les précédents. Être clair et pratique, tel a été le but des auteurs qui ont eu constamment en vue leurs lecteurs ordinaires, les praticiens et les étudiants.

— La dernière limite d'inscription pour le Congrès de thalassothérapie de Tunis est fixée au 17 février 1896, sans exception possible.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Étienne Fougeras-Lavergnolle, médecin à Saint-Bonnet-la-Rivière, décédé à l'âge de quatre-vingt-quinze ans.

---

(1) Delpech. *Clinique chirurgicale*, Montpellier 1818.
(2) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., Paris 1865, p. 515.
(3) Brodie. *London Med. Gaz.*, 1844.
(4) Graves. *Clinical Lectures*, vol. II, p. 484.
(5) In-8°, t. II. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 février 1896.

La dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (14 février) a été consacrée au **traitement de la tuberculose par la créosote.** MM. Catrin, Fernet, Hanot, Le Gendre, Hayem, Barié, Ferrand, Manquat, Lereboullet, Burlureaux et Siredey ont pris part à cette discussion. Nous espérions que les médecins qui s'étaient fait inscrire pour prendre la parole apporteraient des chiffres, des observations sommaires et classées représentant le résumé des faits d'observation sur lesquels ils avaient basé leur conviction; ils se sont contentés d'exposer, sous une forme académique, ce qu'ils pensent de la créosote, de son mode d'action, de ses indications et de ses contre-indications. C'est évidemment chose intéressante que de connaître sur ce point l'opinion de cliniciens d'une aussi grande valeur, mais le lecteur manque de tout moyen de contrôle.

Contrairement à ce que nous faisons habituellement, nous allons, sans exposer successivement et par ordre les communications qui se sont succédé, dire quelles sont, pour la pratique, les indications et les contre-indications les plus importantes qui résultent du débat.

Personne n'a paru considérer la créosote comme un médicament spécifique. M. Fernet pense qu'il favorise la production de la sclérose autour des foyers tuberculeux du poumon, qui tendent ainsi à se limiter et à guérir. La créosote n'est du reste nullement le seul agent qui puisse amener cette sclérose bienfaisante; l'alcool agirait dans le même sens. Cette sclérose pourrait porter parallèlement sur les autres organes et devenir un danger chez les cardio-artério-scléreux.

Tout le monde a paru d'accord, à peu de chose près, sur les indications et les contre-indications du médicament. On ne doit pas le donner lorsqu'il y a de l'irritation, de la fièvre, de l'excitation nerveuse, des tendances à la congestion, aux hémoptysies, aux poussées broncho-pneumoniques subaiguës avec ramollissement rapide.

Les cas les plus favorables sont les cas initiaux à lésions très limitées, et surtout les cas de tuberculose torpide, sans réaction fébrile, chez des malades lymphatiques : en somme, dans la tuberculose scrofuleuse des anciens auteurs.

M. Burlureaux soutient seul l'utilité des doses élevées; pour lui, on doit aller jusqu'à la limite de la tolérance individuelle, tolérance bien variable, comme le fait avec raison remarquer M. Lereboullet. Les cas les plus favorables seraient ceux dans lesquels la créosote est le mieux supportée, ce qui n'est pas démontré. Tous les autres donnent la créosote à des doses faibles ou moyennes.

Comment doit-on l'administrer et par quelle voie? M. Manquat (du Val-de-Grâce) vante beaucoup les lavements au lait créosoté. Le lait dissout très bien la créosote et elle reste dissoute lorsqu'on étend le lait d'une quantité suffisante d'eau. Il se sert du lait créosoté à 1 p. 30; il en donne une ou deux cuillerées à bouche. M. Hanot qui emploie volontiers le lavement préconisé par M. Revillet [de Cannes] (huile créosotée émulsionnée à l'aide d'un jaune d'œuf) a vu l'urobiline diminuer d'une façon notable dans l'urine des malades.

La plupart des auteurs redoutent beaucoup l'action irritante, nocive, de la créosote sur l'estomac; elle provoque de la gastrite, dit M. Hayem, et cette gastrite se traduit par des troubles de la digestion et des phénomènes douloureux. M. Le Gendre déclare, au contraire, avoir vu maintes fois la créosote exciter l'appétit et paraître plutôt avoir une influence utile sur la digestion et sur l'alimentation. En effet, dirons-nous, la créosote produit sur l'estomac une excitation qui peut être utile parce qu'elle réveille l'appétence et stimule la sécrétion et la motricité, mais il faut prendre soin que cette stimulation ne soit pas portée trop loin. Il faut ne la donner par la voie gastrique qu'à petites doses très diluées, la faire prendre au milieu ou à la fin du repas. Il faut la proscrire lorsqu'il y a des signes d'irritabilité de l'estomac; il ne faut pas la prescrire pendant de trop longues périodes et en supprimer l'emploi par la voie buccale dès que l'excitation même heureuse et utile, paraît un peu marquée.

M. Burlureaux, on le sait, préfère introduire le médicament par injection hypodermique sous forme d'huile créosotée. Il reconnaît, du reste, les grands avantages de l'hygiène, de l'alimentation intensive sa méthode a, en somme, dit-il, pour conséquence, de mettre l'hygiène du riche à la portée du pauvre. La créosote a sans doute des dangers, mais il faut savoir la manier, savoir quelles en sont les contre-indications et y habituer progressivement les malades.

Mithridate aussi s'habituait aux poisons, riposte M. Faisans, et il résume ce débat qu'il a soulevé en disant, avec

beaucoup de raison, que la créosote reste un médicament utile, mais qu'il faut se garder d'en abuser et qu'il ne faut pas la donner systématiquement, à tort et à travers. Puisse cette discussion servir à modérer l'abus qu'en font un grand nombre de praticiens !

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Faisans.

Empoisonnement par la créosote (1).

Le 10 décembre 1895, entrait au nº 39 de la salle Piorry, un jeune homme, Alexis G..., âgé de vingt-six ans, élève en pharmacie. Le malade était dans un état cérébral qui rendait tout interrogatoire impossible ; un étudiant en médecine de ses amis, qui avait contribué à le soigner jusque-là et qui l'avait accompagné dans mon service, me donne les renseignements suivants (2) :

Alexis G..., dont la mère est morte tuberculeuse, a eu plusieurs bronchites dans son enfance ; en 1892, étant soldat-infirmier au Val-de-Grâce, il est soigné par le docteur Burlureaux, comme tuberculeux (lésions peu avancées du sommet gauche ; pas de bacilles dans les crachats), et reçoit des injections d'huile créosotée à 1/15 ; il paraît que, pendant quinze jours consécutifs, on lui a injecté 140 grammes de cette huile, soit 9 grammes et demi environ de créosote par jour. Ce traitement fut suivi d'une amélioration notable, bien que la toux ait persisté.

Libéré du service militaire, G... est revenu, au mois de novembre dernier, consulter le docteur Burlureaux ; notre collègue constate des signes de ramollissement dans le sommet gauche et, à l'examen des crachats, trouve de nombreux bacilles de Koch. Le traitement créosoté est institué de nouveau, et suivi pendant trois semaines, le malade recevant chaque jour des doses progressivement croissantes d'huile créosotée à 1/15 : 10, 20, 30, 40 et jusqu'à 140 grammes. C'est le 6 décembre que cette dernière dose est atteinte ; ce jour-là, on s'aperçoit que les urines sont très foncées, et on abaisse la dose d'huile créosotée à 60 grammes, pour la journée du 7 décembre.

Le matin du 9 décembre, quand on pénétra dans la chambre du malade, on trouva celui-ci étendu sur son lit, en proie à une violente agitation et à du délire alternant avec un état demi-comateux ; il fut impossile d'obtenir de lui le moindre renseignement sur ce qui s'était passé ; seulement, on vit près de lui le flacon d'huile créosotée avec l'aiguille, et on put se rendre compte que, dans l'injection qu'il s'était faite lui-même, le dimanche 8 décembre, le malade avait pris 140 grammes d'huile créosotée à 1/15, représentant environ 9gr50 de créosote. S'était-il endormi pendant l'opération ou avait-il volontairement forcé l'injection, c'est un point sur lequel le malade, même revenu à la santé, ne put donner aucun éclaircissement.

A l'examen, on note une dilatation considérable des pupilles ; pas de contracture ni de paralysie ; la température est à 38 degrés ; le pouls régulier, à 100 ; il existe une hyperesthésie générale très marquée ; le malade paraît souffrir surtout du ventre et de la tête ; sur le lit et dans la chambre, on relève des traces de vomissements survenus la veille, ou dans la nuit. Le docteur Burlureaux porte le diagnostic de méningite tubeculeuse et demande le transfert à l'hôpital ; le malade est reçu dans mon service le 9, et je le vois le 10, pour la premièe fois.

10 décembre 1895. Le malade est dans un état demi-comateux, couché en chien de fusil, la tête sous les couvertures, les paupières abaissées ; le froncement permanent des sourcils indique une céphalalgie assez vive.

Les pupilles sont largement dilatées, la droite plus que la gauche ; il n'existe pas de strabisme, nulle paralysie circonscrite.

Il est impossible de lui faire tirer la langue et, quand on insiste, il sort de son état de torpeur pour réclamer de la manière la plus énergique qu'on le laisse tranquille.

Il paraît avoir une hyperesthésie très accentuée et générale ; les pressions légères des masses musculaires, le moindre attouchement de la peau, sur les membres ou sur le tronc, le mettent dans un état d'agitation et lui font proférer des injures.

Les mouvements désordonnés du malade empêchent d'ausculter sérieusement la poitrine ; au cœur, on ne trouve rien d'anormal ; le pouls, peu fréquent, est parfaitement régulier ; la température axillaire ne dépasse pas 36°2 ; le malade a uriné sous lui et il est impossible d'obtenir de ses urines pour les analyser.

11 décembre. Même état nerveux que la veille ; la nuit a été très agitée, avec du délire bruyant et des hallucinations ; le malade a uriné encore sous lui, mais en très petite quantité ; la vessie n'est pas distendue ; il a eu une garde-robe, à la suite d'un lavement ; il n'a pas vomi depuis qu'il est dans le service.

12 décembre. Continuation de l'agitation et du délire, sans fièvre ; dans la journée du jeudi, le délire est tellement violent que l'interne du service, M. Ouvry, lui fait une injection de 1 centigramme de morphine.

13 décembre. Amélioration très notable ; la nuit a été beaucoup plus calme ; cependant le malade n'a pas recouvré sa lucidité : il répond mal aux questions qu'on lui pose et ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Les pupilles sont encore dilatées et inégales, la droite plus élargie. Le malade a émis depuis hier plus de 2 litres d'une urine très foncée, noirâtre, tout à fait pareille à l'urine phéniquée.

14 décembre. L'amélioration s'est rapidement accentuée : le malade comprend bien les questions qu'on lui pose et y répond correctement ; seulement il déclare ne se souvenir de rien ; il se plaint d'une légère céphalalgie frontale ; les pupilles sont toujours très dilatées et inégales ; les urines, beaucoup moins abondantes, ont repris presque leur couleur normale.

A ce moment, l'examen de la poitrine fait constater les signes suivants :

Sous la clavicule gauche, le son de percussion présente une tonalité un peu élevée ; l'inspiration est rude, l'expiration rude et légèrement prolongée.

Dans la fosse sus-épineuse gauche, pas de modification appréciable du son ; respiration rude, surtout à l'expiration qui est un peu prolongée ; pas de râles, ni d'autres bruits adventices.

15 décembre. G... se déclare complètement rétabli et demande à quitter l'hôpital. Il vient nous revoir trois jours plus tard. Les pupilles, moins larges, sont pourtant encore dilatées et inégales. Le malade nous apprend alors que son œil droit est depuis longtemps frappé d'amaurose, à la suite d'un traumatisme, et que la pupille droite est toujours plus grande que la gauche.

La lecture de cette observation me paraît ne devoir laisser aucun doute sur un premier fait : c'est qu'il n'a pas été question ici d'une méningite tuberculeuse.

Et d'abord, il y a beaucoup de chances pour qu'une maladie qui se termine par la guérison ne soit pas une méningite tuberculeuse ; sur la curabilité de la méningite tuberculeuse, je partage absolument l'opinion qu'exposait récemment, ici-même, notre collègue, le docteur Comby, et, sans

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

(2) L'observation a été recueillie par M. Brès, externe du service.

nier que l'on ait pu observer quelques cas de guérison, j'estime que le diagnostic doit être tenu pour suspect, quels qu'aient été les symptômes observés, quand la maladie s'est terminée autrement que par la mort.

Mais, dans le cas que je viens de vous rapporter, les symptômes ont-ils été ceux de la méningite tuberculeuse? Nullement, et je n'ai pas attendu le dénouement favorable de la maladie pour infirmer le diagnostic qui avait été porté; sauf le premier jour où le docteur Burlureaux constata une température de 38 degrés, le malade n'a pas eu un seul instant de fièvre; le pouls était, à la vérité, un peu accéléré, mais la température est restée constamment au-dessous de la normale; des vomissements, il ne s'en est produit que le premier jour; la constipation a été bien peu marquée, puisque chaque jour on a obtenu une garde-robe à l'aide d'un lavement; pas d'irrégularités du pouls ni des mouvements respiratoires; pas de convulsions ni de paralysies; pas de raideur de la nuque.

Quand, chez un tuberculeux notoire, on voit éclater des accidents cérébraux ou cérébro-spinaux graves, on a beaucoup de peine à se défendre de l'idée que le malade commence une méningite tuberculeuse; mais encore faut-il, avant d'affirmer un pareil diagnostic et d'en déduire le pronostic qu'il comporte, que l'ensemble des symptômes soit assez caractéristique : or, on vient de voir que les principaux symptômes de la méningite tuberculeuse faisaient défaut chez mon malade; aussi, dès la première fois que je l'ai vu, ai-je fait des réserves formelles sur le diagnostic, disant aux élèves qui suivaient ma visite que nous pourrions bien n'avoir affaire qu'à un état cérébral passager et curable, à une pseudo-méningite.

Mais si mon malade n'avait pas les symptômes capitaux de la méningite tuberculeuse, quelques-uns de ceux qu'il présentait étaient bien faits aussi pour faire douter de ce diagnostic; cette agitation si considérable coïncidant avec l'hypothermie, ce délire bruyant et loquace avec tendance aux hallucinations, cette hyperesthésie cutanée si marquée et étendue à tout le corps, n'appartiennent guère à la méningite tuberculeuse; ils font plutôt penser à une intoxication; c'est l'idée qui me vint à ma seconde visite ; je me rappelai que le malade était élève en pharmacie, qu'il devait partager la confiance de ses congénères dans les médicaments et la tendance à en abuser ; à cause de la dilatation considérable des pupilles, j'émis l'idée qu'il avait pu s'empoisonner avec de la belladone et je précisai mon diagnostic de la veille en affirmant qu'il avait une pseudo-méningite toxique.

Ce n'est que trois jours plus tard, quand je sus les circonstances au milieu desquelles avaient apparu ces accidents nerveux, quand le malade eut affirmé qu'il n'avait absorbé nul autre médicament que la créosote, quand nous eûmes vu que ses urines étaient noires et que l'amélioration s'accentuait à mesure que les urines devenaient plus claires, ce n'est qu'alors que le diagnostic put être porté d'une manière complète : il s'agissait bien d'une pseudo-méningite toxique, et l'intoxication était due à la créosote.

Notre distingué collègue, le docteur Burlureaux, à qui j'ai fait part de cette observation et des réflexions qu'elle me suggérait, m'a déclaré qu'il se rangeait à ma manière de voir relativement à la cause des accidents : il m'a même rappelé qu'il avait observé et publié quelques cas non absolument identiques, mais très analogues. On trouve, en effet, dans son livre, *Traitement de la tuberculose par la créosote*, à la page 298, trois observations de malades traités par les injections de créosote, chez lesquels se développèrent subitement des accidents cérébraux graves, terminés d'ailleurs par la guérison.

M. Burlureaux fut d'abord tenté d'attribuer ces accidents à la créosote; mais il se laissa influencer par d'autres médecins qui virent les malades et admit avec eux le diagnostic méningite tuberculeuse. Or, en faisant abstraction du troisième cas dans lequel les accidents ne se sont montrés que trente-sept jours après la cessation du traitement créosoté et sont vraisemblablement passibles d'une autre interprétation, les deux autres observations de M. Burlureaux paraissent être deux nouveaux exemples d'intoxication créosotée.

La première de ces observations peut se superposer, trait pour trait, à celle que je viens de vous lire, sauf que le malade de M. Burlureaux présenta en plus une cécité complète ; les autres symptômes furent les mêmes : fièvre légère, 38 degrés (une seule fois la température atteignit 39°5), puis hypothermie, à 34 degrés; alternatives de torpeur et de délire hallucinatoire; hyperesthésie généralisée; mictions et garde-robes involontaires; régularité parfaite du pouls et de la respiration; pas de paralysie ni de contractures; dilatation considérable des pupilles avec inégalité : chose curieuse, comme chez mon malade, ce dernier symptôme, inégalité pupillaire, qui était bien fait pour induire en erreur, tenait à une ancienne lésion traumatique de l'œil et se trouvait ainsi dépourvu de toute signification. Enfin, l'évolution fut très rapide : amélioration notable le quatrième jour et guérison complète le sixième.

Chez le second malade, les symptômes furent tout autres : céphalée violente, fourmillements dans les membres, sensation de refroidissement permanente coïncidant avec une température de 38°4 ; angoisse extrême avec crises apnéiques ; contracture douloureuse des quatre membres, convulsions oculaires sans dilatation des pupilles, sueurs profuses à la fin de la crise, etc. Malgré les différences du tableau clinique, il me semble que ce cas peut être rapproché des deux autres : la nature même des symptômes, leur très courte durée (vingt-quatre ou trente-six heures) sont inconciliables avec l'idée d'une méningite tuberculeuse et sont bien plutôt en rapport avec une intoxication ; quelques-uns de ces symptômes, notamment les fourmillements, la sensation de refroidissement, les sueurs abondantes font penser que la créosote a été l'agent de cette intoxication.

Il est à remarquer que, chez ces deux derniers malades, la dose toxique de créosote a été bien inférieure à celle qui est relevée dans mon observation; l'un d'eux avait reçu 65 grammes d'huile à 1/15, et le second 60 grammes seulement, soit 4gr35 environ, et 4 grammes de créosote; il faut noter aussi que, dans les trois cas, les symptômes d'empoisonnement se sont produits de la manière la plus inattendue, chez des hommes qui avaient supporté jusque-là, sans accidents, une médication prolongée, trois semaines environ dans mon cas, cinquante-cinq et soixante-six jours dans les deux cas de M. Burlureaux ; on doit en conclure que la tolérance n'est quelquefois qu'apparente, ou bien qu'elle peut cesser brusquement, sous l'influence de causes non déterminées. Enfin, il est impossible, dans ces trois cas, d'incriminer la mauvaise qualité du médicament, puisque les trois malades ont été traités par M. Burlureaux, et que ce dernier déclare ne se servir que de créosotes rectifiées, lesquelles « lui donnent toute satisfaction ».

Dans les deux observations de M. Burlureaux, comme dans la mienne, l'évolution des accidents a été très rapide

et la guérison est survenue au bout d'un petit nombre de jours; faut-il en conclure que cette intoxication est constamment bénigne et qu'elle n'amène jamais la mort? Je ne pense pas qu'on y soit autorisé : je ferai observer que, dans les trois cas, le traitement a été immédiatement interrompu et je me demande ce qui serait arrivé si, sous prétexte de méningite tuberculeuse, on avait continué l'administration du médicament aux mêmes doses, ou à des doses plus élevées.

Pour me résumer je dirai que, outre les accidents toxiques déjà connus, urines noires, sueurs profuses, hypothermies, la créosote, administrée à des doses élevées, peut déterminer des accidents cérébro-spinaux qui constituent une nouvelle variété de pseudo-méningite. C'est une raison de plus de se montrer circonspect à l'endroit d'un médicament qui n'a, selon moi, rien de spécifique, dont les indications sont restreintes, dont les contre-indications sont très multipliées et dont j'ai peine à comprendre qu'il soit devenu le médicament à peu près exclusif de la tuberculose.

SUTURE DU NERF CUBITAL TROIS MOIS APRÈS SA SECTION SUIVIE DE SON RÉTABLISSEMENT FONCTIONNEL

Par M. le docteur SZCZYPIORSKI (de Longwy).

Henri M..., âgé de dix-neuf ans, se fait le 7 octobre 1893, en tombant, une plaie à la partie antéro-interne du poignet droit et se coupe l'artère et le nerf cubitaux.

Anesthésie complète dans la sphère du nerf sectionné; flexion de la deuxième phalange sur la première à l'auriculaire et à l'annulaire; adduction et abduction des doigts très limitées, surtout aux deux derniers.

Les jours suivants *la sensibilité, quoique encore obtuse*, revient, sauf sur une zone très circonscrite, à la pulpe du petit doigt. La plaie fut guérie sans suppuration.

Deux mois et demi après l'accident, le doigt médius commence à fléchir à son tour (la deuxième phalange sur la première), d'abord passagèrement sous l'influence du froid, mais bientôt il garde constamment cette attitude. Ainsi la *griffe cubitale* se complète. En même temps la paralysie des muscles atteints s'accentue et est suivie de leur atrophie : la région hypothénar est visiblement aplatie, les espaces interosseux se creusent; les mouvements de latéralité de l'annulaire et de l'auriculaire deviennent nuls, de plus en plus limités pour les autres doigts, y compris le pouce.

Voyant le mal progresser, le blessé se décide à une intervention qui a lieu, *trois mois après l'accident*, le 6 janvier 1894.

Opération. — Pas d'anesthésie générale. Bande d'Esmarch. Précautions antiseptiques rigoureuses. Incision cutanée comme pour découvrir l'artère cubitale au poignet. On tombe sur un cordon sensible, le bout supérieur du nerf cubital. On le dégage. Son extrémité est renflée en massue et se prolonge en un cordon fibreux qu'on dissèque jusqu'à son insertion inférieure sur le carpe. Le bout périphérique est infiniment plus difficile à trouver. On fut forcé pour ce faire de prolonger l'incision cutanée sur la main et de se livrer à des recherches qui mettaient la patience à l'épreuve. Le bout du nerf est légèrement sensible au pincement. Il est effilé et donne attache à un cordon fibreux insensible qui s'insinue profondément en montant vers l'avant-bras pour se fixer par deux courtes branches sur le cubitus, à 3 centimètres environ au-dessus du poignet. Il était placé au-dessous du bout central du nerf. Ainsi les deux expansions fibreuses, tout en cheminant l'une vers l'autre, n'ont pu se rencontrer. La distance entre les deux bouts du nerf était à peu près de 2 centimètres, tandis que la longueur de chaque cordon fibreux surajouté était bien de 3 centimètres.

Avant de procéder à la résection des deux bouts du nerf, on opère *l'élongation asez énergique du bout central.* Section des deux extrémités avec les ciseaux à iridectomie très fins et tranchants. Pour le bout central, cette section a porté au-dessus du renflement terminal en massue. La surface de section du bout supérieur est celle de tout nerf non dégénéré; celle du bout périphérique est de couleur gris-perle, uniforme, sous trace d'éléments nerveux. La suture est faite avec deux fils fins de soie tressée : une suture antéro-postérieure, l'autre bi-latérale.

Après toilette antiseptique, la plaie cutanée est refermée avec six crins de Florence. Pas de drainage. Pansement iodoformé. Immobilisation en flexion. Au bout de huit jours, réunion par première intention. On enlève les fils cutanés quelques jours après.

Déjà après le premier pansement on pouvait constater que les doigts avaient moins de tendance à se plier, qu'ils restaient droits quand on les mettait dans l'extension, phénomène qui ne s'est jamais réalisé avant la suture.

Quinze jours après l'opération, on peut s'assurer que les mouvements de latéralité, quoique très limités, sont déjà possibles, que l'auriculaire et l'annulaire sont à peine fléchis, que cette flexion a complètement disparu au médius, que, enfin, la sensibilité est parfaite partout, sauf à la pulpe du petit doigt où elle demeure obtuse.

Le blessé peut travailler, tout en se faisant électriser régulièrement pour combattre l'atrophie des muscles.

Un an après la suture il n'y a plus trace de flexion des doigts, toute griffe a disparu; la régénération musculaire est manifeste; la région hypothénar et les espaces interosseux se remplissent; la main n'est plus décharnée, et ses forces ont augmenté; tous les mouvements sont possibles (même la flexion de la première phalange et l'extension simultanée des deux dernières), à l'exception cependant des mouvements de latéralité de l'annulaire et de l'auriculaire qui n'ont pas encore toute leur ampleur. La sensibilité est revenue parfaite, même à la pulpe du petit doigt.

En résumé, il est certain que le blessé a largement bénéficié de la suture en ce qui concerne la motilité. En effet, l'opération avait arrêté très nettement la paralysie des interosseux et des muscles de la région hypothénar; qui plus est, elle a contribué à la disparition de la griffe cubitale et à la régénération des muscles déjà paralysés.

Par contre, et ceci sort du cadre habituel des cas analogues, la sensibilité ne paraît pas en avoir été influencée d'une façon particulière. Or, quelques jours après l'accident, quoique obtuse, elle revenait *spontanément* presque dans toute l'étendue de la sphère du nerf sectionné. L'opération l'a peut-être rendue parfaite plus vite.

Nous croyons pouvoir conclure qu'il n'est jamais trop tard d'intervenir pour les sections nerveuses, et que malgré la dégénérescence du bout périphérique du nerf sectionné, et quoi qu'on fasse des hypothèses qui s'efforcent à expliquer le phénomène, il y a à espérer le rétablissement fonctionnel du segment du membre paralysé.

REVUE DE LA PRESSE

Découverte du bacille de la diphtérie dans des vésicules d'herpès labial chez une personne atteinte de diphtérie. — C'est au neuvième jour de la maladie, chez une personne atteinte d'angine à bacilles de Löffler et à staphylocoques que, d'après M. Jès (de Krakau), l'examen de la vésicule d'herpès fut pratiqué. La vésicule, avant d'être ponctionnée, avait été lavée avec un liquide antiseptique; l'examen histologique y dévoila la présence de staphylocoques en grand nombre et de quelques bacilles de Löffler; les cultures sur glycérine-agar se couvrirent de colonies de staphylocoques et de bacilles diphtériques. Un cochon d'Inde, inoculé avec une culture pure de bacille diphtérique, mourut cinq jours après. (*Therapeut. Wochen.*)

Du carcinome de l'utérus développé aux dépens des villosités choriales à la suite d'un môle hydatiforme. — L. Fränkel ayant été mis à même de pratiquer l'examen histologique d'une tumeur utérine développée un an et demi après l'extirpation d'un môle hydatiforme, conclut à sa nature carcinomateuse. Ce carcinome pur se serait développé aux dépens de l'épithélium du chorion; ce cas serait par conséquent distinct de celui de Gottschalk qui avait eu affaire à un sarcome développé aux dépens non seulement de l'épithélium, mais aussi du tissu conjonctif des villosités choriales. (*Centralbl. f. Gynæc.*)

Emploi de bains chauds dans la méningite cérébro-spinale. — M. Woroschilsky, voulant se rendre compte de l'influence exercée par des bains de 32 degrés d'une durée de dix minutes sur la méningite cérébro-spinale, l'a expérimentée dans deux cas après Aufrecht. Dans les deux cas, les bains, ordonnés après une période de six ou huit jours à dater du début de la maladie ont tonifié les battements du cœur, ralenti le pouls, diminué les douleurs cérébrales et rachidiennes, fait disparaître l'albumine de l'urine et ramené en quelques jours la température de 40 à 37 degrés. (*Wiener Klin. Wochen.*)

Traitement local de la phtisie pulmonaire par des injections intra-parenchymateuses. — M. Scarpa (de Turin) affirme que toutes les lésions tuberculeuses du poumon relèvent du traitement local, depuis la simple infiltration jusqu'à la caverne.

L'emploi de la méthode sclérogène du poumon de Lannelongue est particulièrement indiqué dans le cas d'infiltration; elle consiste en injections d'une solution faible de chlorure de zinc (1 à 2 p. 100) à la dose de II à X gouttes tous les trois ou quatre jours. Dans le cas de caverne l'emploi de solutions aqueuses stérilisées d'ichthyol (5 à 15 p. 100) est indiqué à la dose de 10 à 20 centimètres cubes tous les quatre ou six jours. Les résultats obtenus sont très notables. (*Therap. Wochen.*)

Symptomatologie de l'influenza dans ses formes nerveuses. — M. Arthur Hennig (de Königsberg) attire l'attention sur les éruptions cutanées qui, dans un tiers des cas, accompagnent l'influenza et peuvent même précéder ses manifestations, s'accompagnant ou non d'élévation de la température, envahissant le tronc, le visage ou les membres.

Dans d'autres cas, au contraire, l'observateur sera frappé par la pâleur du visage, contrastant avec le faciès ardent, rouge habituel. Ces phénomènes seraient sous la dépendance d'un spasme vasculaire, dû à une suractivité des vaso-constricteurs.

Enfin l'auteur a constaté, pendant ou peu après l'influenza, l'existence d'un prurit généralisé, parfois localisé à la plante des pieds ou à la paume de la main, qui empêche le malade de dormir et le met dans une véritable dépression psychique. L'auteur se demande quel rapport peut bien exister entre ce prurit et le diabète, qu'il a souvent constaté comme vestige de l'influenza. Malheureusement, l'examen des urines n'a jamais pu être fait à temps pour être probant. (*Münchener Med. Wochen.*)

Emphysème sous-cutané dans le tubage. — Les deux cas d'emphysème observés par Ludwig Bauer, l'ont été sur un total de 800 tubages. Dans le premier cas de tubage rendu nécessaire par le haut degré d'asphyxie où était l'enfant, le tube fut rejeté le surlendemain dans une quinte de toux; la lumière du tube était complètement obstruée par un épais bouchon de fausses membranes et le lendemain matin se déclarait un emphysème sous-cutané, occupant les deux côtés du cou et les régions hautes du thorax; l'emphysème s'étendit le jour suivant au dos et à l'abdomen, pour disparaître trois ou quatre jours après. (Le tube avait été retiré trois jours auparavant.) Dans le second cas, le rejet du tube après de violents efforts de toux, dès le lendemain du tubage, fut suivi de l'expulsion d'un long cylindre ramifié, moule parfait de la trachée, des premières et même des secondes ramifications bronchiques : sa longueur totale était de 10 centimètres.

Le lendemain se déclarait un emphysème sous-cutané de la nuque du côté gauche. On maintint cependant le tube dans le larynx; le surlendemain l'emphysème avait gagné la région droite du thorax et le visage, jusque et y compris le cuir chevelu, les paupières étaient boursouflées. L'emphysème ne commença à abandonner le thorax, puis le visage, qui cinq jours après l'extraction définitive du tube.

L'auteur émet deux hypothèses pour expliquer la production de l'empyème à la suite du tubage, une usure au niveau des parois laryngées, produite par la pression du tube, ou plutôt une rupture alvéolaire, comme on en a observé des cas à la suite de violents efforts, chez la parturiente, par exemple, lors de l'accouchement. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*)

Des tentatives de traitement de tumeurs malignes au moyen de toxines érysipélateuses. — Ces tentatives ont été faites successivement par Coley et Czerny lui-même au moyen de bouillon de cultures d'érysipèle datant de trois semaines, associées au « Prodigiosus » et stérilisées à nouveau à 58 degrés C. jusqu'à stérilité absolue. Les deux auteurs sont d'accord pour reconnaître la complète insuffisance des injections faites avec ce liquide dans le cas de carcinomes; en revanche, ils le préconisent pour les sarcomes inopérables, tout en faisant des réserves sur l'efficacité du traitement, étant donné le petit nombre de cas sur lequel portent leurs observations.

Coley estime avoir obtenu 9 guérisons complètes sur 38 cas de sarcomes inopérables traités de cette manière et Czerny cite le cas d'une femme enceinte présentant une région parotidienne envahie par un sarcome infiltré diffus, à petites cellules rondes, chez laquelle, à la suite de dix-huit injections accompagnées de frissons, d'une température de 40°4, de forts maux de tête et de nausées sans vomissements, un polype auriculaire, très rapidement repoussé après une première excision, disparut ainsi qu'une paralysie faciale pré-existante et tous les symptômes d'infiltration et de gonflement dus à la tumeur.

L'auteur aurait également obtenu de bons résultats dans un cas d'angio-sarcome de la région carotidienne; les détails manquent sur cette tentative. (*Centralbl. f. gynæc.*)

Observations complémentaires sur l'influence de l'influenza sur les organes génitaux de la femme. — La statistique de R. Müller (de München) porte sur 157 cas d'influenza. Sur ce nombre, 21 femmes enceintes, dont

17 accouchèrent prématurément; les autres femmes, au nombre de 136, présentèrent toutes, sauf 3, des désordres tels que métrorragies, ménorragies, aggravation des affections pré-existantes des organes génitaux.

L'auteur a constaté chez toutes les parturientes, à l'exception d'une seule, des lochies sanglantes annonçant le travail. Ces lochies témoigneraient pour lui de l'existence d'une métrite hémorragique qui amènerait l'avortement. (*Centralbl. f. gynæc.*, n° 49, 1895.)

De la castration dans l'hypertrophie prostatique. — Thorkild Rowsing, cherchant à apprécier les résultats fournis par la castration dans le cas d'hypertrophie prostatique, était arrivé autrefois à cette conclusion que, s'il est bien démontré que la castration entraîne l'atrophie de la prostate, il n'est nullement prouvé qu'une vessie longtemps distendue par une rétention complète retrouve sa puissance contractile; aussi se montrait-il très réservé pour l'intervention dans les cas anciens.

Ayant eu l'occasion de s'occuper à nouveau de la question à propos d'un malade qui lui était amené dans des conditions telles qu'une intervention urgente était indiquée, Thorkild n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus, ce qui lui fait modifier son ancienne opinion et préconiser aujourd'hui la castration dans les cas les plus avancés. Cette détermination est basée sur l'observation suivante :

Un vieillard, âgé de quatre-vingt-neuf ans, ne pouvait plus uriner sans sonde depuis onze ans; l'intensité des douleurs provoquées par le cathétérisme dans les dernières années et le mauvais état général déterminé par l'infection urinaire lui faisaient souhaiter de se faire opérer. Rowsing y consentit.

A ce moment, le toucher rectal permettait de délimiter une prostate grosse comme une pomme, uniformément hypertrophiée, remplissant tout le petit bassin; l'urèthre ne permettait de passer qu'une sonde n° 8 Charrière.

Le 4 juillet, on pratique une castration double; le 17, la prostate était déjà sensiblement diminuée de volume et une sonde n° 15 Charrière passait aisément dans l'urèthre.

Le 15 août, le malade urinait sans sonde pour la première fois et, à la fin du mois, il urinait sans douleur; les mictions n'étaient pas plus fréquentes que chez un homme normal et le résidu intra-vésical n'était que de 30 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

La tumeur prostatique avait diminué de moitié, l'appétit était revenu et l'état général considérablement amélioré. (*Centralbl. f. chir.*, n° 2, 1896.)

Opération conservatrice dans un cas d'occlusion de la trompe utérine. — Gersung cite le cas d'une femme nullipare, bien que mariée depuis cinq ans, qui vint le consulter et chez laquelle il n'eut pas de peine à reconnaître la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Cette tumeur opérée fut reconnue pour un kyste tubo-ovarique gauche. Mais après son extirpation, Gersung explorant les annexes du côté droit découvrit un ovaire parfaitement normal; l'utérus étant d'ailleurs sain, la trompe droite seule présentait une extrémité renflée, grosse comme une noix; il n'y avait pas trace de péritonite de voisinage. Ce que voyant, l'opérateur eut l'idée de fendre le sac d'où il sortit du sang et, constatant l'intégrité de la muqueuse, d'inclure l'ovaire dans le sac ainsi ouvert et de l'y fixer par quelques points de suture.

L'opérée quittait l'hospice trois semaines après l'opération (30 avril 1895). Au commencement de juin, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après, elle avait pour la première fois ses règles, puis une seconde et une troisième fois au début des mois de juillet et d'août. Puis les règles ne reparurent plus jusqu'au 25 novembre, époque à laquelle Gersung constatait chez son ancienne opérée tous les signes d'une grossesse au cours du quatrième mois : gonflement des seins, forme sphérique de l'utérus gros comme une orange, effacement du col; la femme jouissait d'ailleurs d'une parfaite santé. (*Centralbl. f. chir.*, n° 2, 1896.)

P. V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de médecin des hôpitaux sera composé de MM. Cornil, Giraudeau, d'Heilly, Josias, Michaux et Raymond.

— Par décret, en date du 11 février 1896, M. Ducelliez, médecin principal de l'armée active retraité, a été nommé médecin principal de première classe dans l'armée territoriale.

— Par décret, en date du 14 février 1896, sont nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Doubre, médecin-major de première classe de l'armée active retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Colombel, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

— Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. Étienne Rollet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Poirier, chef des travaux anatomiques, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 30 octobre 1897.

— La Caisse des pensions de retraite du corps médical français présentait au 25 janvier 1896 la situation suivante :

Espèces en caisse, fr. 4561,81; portefeuille, fr. 571 808,50. — Total, fr. 576 370,31.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gauthier (de Villefranche); Lachaze (de Bordeaux); Laennec, directeur honoraire de l'École de médecine de Nantes; Levrat-Perroton (de Lyon).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine, dans son Comité secret, a classé ainsi qu'il suit les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale :

En première ligne, M. Pozzi ; en deuxième ligne, M. Delorme ; en troisième ligne, M. Richelot ; en quatrième ligne, M. Peyrot ; en cinquième ligne, M. Bouilly, et en sixième ligne, M. Quénu.

— Une proposition de loi demande que, sur les deux cinquièmes non employés des fonds abandonnés des caisses d'épargne et provenant des comptes prescrits, il soit prélevé chaque année une somme de 250 000 francs pour recherches expérimentales sur les maladies contagieuses et l'étude des vaccins et sérums. La répartition aura lieu comme suit :

1° 65 000 francs à l'Institut Pasteur et aux laboratoires d'enseignement supérieur de Paris, y compris le Val-de-Grâce et l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

2° 125 000 francs aux laboratoires de médecine des Facultés de médecine de Lyon, Bordeaux, Montpellier, Toulouse, Lille et Nancy et des Ecoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse.

3° 60 000 francs aux cliniques, aux laboratoires de thérapeutique, de pharmacologie et de chimie médicale des Facultés de médecine et Ecoles de pharmacie.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs E. Lartail et L. Melchior-Robert.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Espagne, agrégé libre, est chargé d'un cours de clinique des maladies des vieillards.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Léger, docteur ès sciences naturelles, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. Coutejean est élu membre titulaire de la Société de biologie.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Situation médicale à prendre, pour raisons de famille, dans Indre-et-Loire. — Avantages matériels assurés. — Indemnité à débattre. — Pressé. — S'adresser à M. Astier, pharmacien, 72, avenue Kléber, à Paris.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion dans les Alpes en hiver* organisée par l'agence des « Indicateurs Duchemin » du 7 au 15 mars 1896. — Itinéraire : Paris, Grenoble, Vizille, Bourg d'Oisans, La Grave, Le Lautaret, Briançon, Mont-Dauphin, Guillestre, Embrun, Gap, Grenoble, Paris.

Prix : 1re classe, 295 francs ; 2e classe, 250 francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer ; le transport en voitures, traîneaux ; le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Indicateurs Duchemin ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. ainsi que dans les bureaux-succursales de cette compagnie, à Paris.

— *Stations hivernales : Nice, Cannes, Menton, etc. Billets d'aller et retour collectifs, valables 30 jours.* — Il est délivré, du 15 octobre au 30 avril, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classe, pour les stations hivernales suivantes : Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Grasse, Nice et Menton inclusivement. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires, le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

— *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs.* — Il est délivré, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets individuels et des billets de famille à prix très réduits, pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classe, des voyages circulaires à itinéraires établis d'avance par les voyageurs eux-mêmes. (Faire la demande cinq jours avant le départ.) Ces billets sont valables pendant 30, 45 ou 60 jours, suivant l'importance du parcours, avec faculté de prolongation. — Arrêts facultatifs à toutes les gares de l'itinéraire. — Les billets collectifs sont délivrés aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble ; le prix s'obtient en ajoutant au prix de trois billets circulaires à itinéraires facultatifs individuels, la moitié du prix d'un de ces billets, pour chaque membre de la famille en plus de trois, sans toutefois que le prix puisse descendre au-dessous de 50 p. 100 du tarif général appliqué à l'ensemble de la famille. — Des formules de demande contenant une carte du réseau sont remises gratuitement dans toutes les gares du réseau pour faciliter l'établissement de la demande de billets.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Si la contagiosité de la tuberculose rallie chaque jour de nouveaux partisans, si, dans certains cas, elle semble bien vraisemblable quoique difficile à prouver, ce serait, croyons-nous, singulièrement exagérer son importance que de lui attribuer un rôle étiologique unique.

Nous avons toujours pensé qu'à côté de la contagion il fallait faire intervenir l'hérédité. C'est l'opinion qu'a défendue, devant l'Académie, avec sa compétence reconnue, notre distingué collègue M. Ferrand.

Sans nier l'influence étiologique de la contagion et tout en adoptant toutes les mesures proposées par MM. Terrier, Debove et Duguet pour l'éviter, sauf pourtant l'isolement des tuberculeux véritablement irréalisable, M. Ferrand a cité plusieurs faits qui ne peuvent laisser aucun doute sur le rôle de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose. Nous savons bien que la jeune école, celle qui n'admet que la contagion, répond à cela, que ce que nous prenons pour de l'hérédité n'est encore que de la contagion. Le fils d'une mère tuberculeuse deviendrait tuberculeux parce qu'il a vécu auprès de sa mère et non parce qu'il a reçu d'elle l'héritage tuberculeux.

Mais quel est le praticien qui ne possède par devers lui des exemples indiscutables d'hérédité tuberculeuse, exemples dans lesquels la contagion ne saurait être invoquée, les enfants ayant été séparés très jeunes de leurs parents tuberculeux? Nous nous rallions donc complètement à l'opinion si sagement défendue par M. Ferrand; mais nous pensons avec lui qu'il n'en faut pas moins prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou enrayer la contagion tuberculeuse, si minime que soit son rôle étiologique.

Au début de la séance, M. Péan a fait une communication très intéressante sur les tumeurs anévrysmatiques des os, tumeurs extrêmement rares, mais qu'il est d'autant plus utile que les chirurgiens connaissent que leur ablation présente de sérieuses difficultés en raison des hémorragies très redoutables dont cette ablation peut s'accompagner, ainsi qu'on en pourra juger par les deux curieux exemples que M. Péan a rapportés. Nous publierons ce travail *in extenso*.

Nous citerons encore un rapport de M. Marty sur un travail de M. Jeannel, relatif à la mortalité dans les départements déboisés.

Le déboisement, selon M. Jeannel, présenterait de grands dangers, et les chiffres qu'il rapporte sont véritablement fort graves. Mais n'y a-t-il pas un peu d'exagération et faut-il attribuer au déboisement seul la mortalité considérable constatée dans certains départements par M. Jeannel?

HOTEL-DIEU. — M. DUPLAY.

Traitement de la tumeur blanche du genou; résection.

(Leçon recueillie par Pierre WIART, interne des hôpitaux.)

Le malade dont je désire vous entretenir aujourd'hui est entré, le 13 décembre dernier, salle Saint-Landry, n° 50, pour une affection du genou droit. C'est un fort et vigoureux garçon de vingt-huit ans, exerçant la profession de brasseur.

Nous ne pouvons rien savoir sur ses antécédents héréditaires; le malade est un enfant trouvé, il ignore tout de sa famille. Quant à son histoire pathologique personnelle, elle est brève. Sa santé avait toujours été excellente jusqu'en ces deux dernières années, rien chez lui qui révélât une diathèse quelconque : syphilis, lymphatisme ou autre, lorsqu'il y a dix-huit mois environ, en juin 1894, sans cause connue, il commença à ressentir le matin, au réveil, une gêne douloureuse dans les mouvements de son genou gauche; le malaise disparaissait rapidement dès qu'il travaillait; il n'y avait pas trace de gonflement. Peu à peu celui-ci se montra, en même temps qu'augmentait sensiblement la douleur. Les choses allèrent ainsi de mal en pis jusqu'en septembre 1894. Le malade partit alors faire ses vingt-huit jours. Dès son arrivée au corps, il fut envoyé à l'infirmerie, où l'on porta le diagnostic d'hydarthrose. Deux vésicatoires, des pointes de feu, et surtout un repos absolu de sept semaines améliorèrent considérablement l'état de son genou; mais la guérison n'était pas complète, il persistait toujours un peu de gêne et de douleur.

Le malade, cependant, au sortir du régiment, reprit son travail et put le continuer deux mois durant; mais les douleurs et le gonflement revinrent. Nouveau repos prolongé, nouvelle tentative de travail suivie d'une aggravation rapide. Le malade désespéré vient réclamer des soins à l'hôpital.

Dès que nous examinons son membre inférieur gauche, une chose frappe la vue, c'est l'augmentation de volume du genou et sa forme globuleuse; toutes les saillies ou méplats caractéristiques ont disparu, comme nivelés par le gonflement.

Si nous explorons la synoviale en ses points les plus accessibles, au niveau du cul-de-sac sous-tricipital et de chaque côté du ligament rotulien, nos doigts perçoivent la présence, dans la cavité articulaire, d'un tissu mollasse, pseudo-fluctuant par endroits, sans qu'il y ait nulle part de vraie fluctuation, et la sensation est assez spéciale et assez nette pour qu'on puisse affirmer que le genou est rempli de fongosités.

Il nous faut, alors, rechercher l'état des extrémités osseuses. Celle du fémur n'est point augmentée de volume et paraît saine; le tibia est peut-être légèrement plus gros que le droit; du reste, c'est peu de chose. La rotule semble de forme et de volume normal; le choc rotulien ne peut être obtenu, puisqu'il n'y a aucun liquide dans l'articulation.

En étudiant l'état fonctionnel de cette articulation, nous constatons tout d'abord que la jambe au repos est en flexion légère et il est impossible d'obtenir l'extension complète du membre. Si le malade cherche à augmenter le degré de flexion permanente du genou, c'est à peine s'il conduit le mouvement jusqu'à l'angle droit. Là s'arrêtent aussi les mouvements provoqués. Veut-on dépasser cette limite, de vives douleurs et une sorte de contraction de défense viennent en empêcher.

Il importe de rechercher s'il n'existe pas des mouvements anormaux dus à la destruction plus ou moins complète des ligaments. Au genou, les premiers qu'on observe sont des mouvements de latéralité. Notre malade n'en a pas, ce qui, joint au manque presque absolu de lésions révélées par l'exploration au niveau des extrémités osseuses, permet de penser que celles qui existent sont à peu près limitées à la synoviale, ou que du moins les surfaces articulaires fémoro-tibiales ne sont pas encore profondément altérées.

Tels sont les résultats fournis par l'examen.

N'oublions pas pourtant l'atrophie considérable des

muscles de la cuisse du côté lésé, c'est un phénomène constant dans toutes les lésions articulaires.

Nous dirons en terminant que les douleurs spontanées existent à peine et sont à peu près nulles lorsque le malade repose dans son lit; mais qu'il se lève et marche un peu, les douleurs apparaissent, presque localisées en un seul point, la partie interne de l'extrémité supérieure du tibia.

Il en est de même pour les douleurs provoquées par la pression; elles ne sont véritablement un peu aiguës qu'au niveau de la partie interne et supérieure du tibia.

L'état général semble, au premier abord, excellent. Nous avons affaire à un garçon très vigoureux, avec toutes les apparences d'une santé parfaite, qui n'a jamais toussé, qui n'a jamais craché de sang et semble avoir une poitrine indemne. Et pourtant l'auscultation attentive montre des lésions très nettes du côté du poumon gauche : submatité, frottements, craquements secs au sommet.

En présence de ce cas, quel diagnostic poser? Vous l'avez tous deviné; la chose est, en effet, très simple. Voici une arthrite chronique datant de dix-huit mois, sans liquide dans la jointure, mais avec une synoviale distendue par des fongosités, avec des extrémités osseuses légèrement compromises; c'est l'ostéo-arthrite fongueuse des anciens auteurs, ce qu'on nommait plus anciennement encore la tumeur blanche et que l'on désigne avec plus de raison aujourd'hui sous le nom d'arthrite tuberculeuse.

La nature tuberculeuse de cette affection a été surabondamment démontrée. Le premier, Koster, en 1869, découvrit dans les fongosités des nodules tuberculeux à cellules géantes. L'année suivante, M. Cornil retrouvait les mêmes nodules dans ces mêmes fongosités. Depuis sont venues des preuves multiples qui rendent aujourd'hui la chose indubitable. C'est Max Schuller et Kœnig qui, en 1878, produisent expérimentalement une tuberculose généralisée en inoculant des produits fongueux. Plus récemment, c'est Hueter et Schuller qui décèlent dans ces produits la présence du bacille de Koch. Ce sont, plus tard, les mémorables expériences de Schuller qui purent faire naître, pour ainsi dire, sous ses yeux, une arthrite fongueuse dans une articulation désignée d'avance. Après avoir, au préalable, rendu un animal tuberculeux par injections de matière tuberculeuse dans sa trachée, il faisait subir divers traumatismes à une jointure et bientôt l'on voyait des lésions tuberculeuses se développer dans l'articulation traumatisée. Ce sont là des conditions qui se présentent souvent en clinique.

Enfin, en dernier lieu, Pawlowski a pu produire une tumeur blanche en injectant directement des produits tuberculeux dans une cavité articulaire.

Cette tuberculisation d'une articulation peut se faire dans deux conditions différentes : elle peut être primitive ou secondaire. On la dit primitive quand elle n'est précédée ou accompagnée d'aucune autre lésion bacillaire en un point quelconque de l'organisme; elle est secondaire dans le cas contraire. Eh bien, il est une notion qu'il faut, dès maintenant, retenir : la tuberculose articulaire primitive est rare; presque toujours il existe ailleurs une lésion de même nature. Kœnig, dans ses recherches sur ce sujet, a constaté la proportion suivante : un cinquième des tuberculoses articulaires seulement seraient primitives. Il est vraisemblable que cette proportion est un peu faible et au-dessous de la réalité, car pour faire une statistique digne de foi, on n'a compté comme cas primitifs que ceux où l'autopsie n'a pu révéler aucune trace de lésions concomitantes et, par conséquent, certains autres qui auraient augmenté la liste n'y ont point pris place, parce que les malades ont guéri. Malgré tout, rappelons-nous que, le plus souvent, un autre organe est frappé avant l'articulation; généralement c'est le poumon, puis viennent après, par ordre de fréquence, les ganglions lymphatiques.

Ainsi, chez notre homme, si l'on s'en était tenu à un examen superficiel, on aurait pu croire à une tuberculose primitive du genou et pourtant, chez lui, les poumons sont malades, d'une façon presque latente, il est vrai, en sorte que ce cas doit être très vraisemblablement classé dans la catégorie des ostéo-arthrites tuberculeuses secondaires.

Enfin, s'il nous était possible de connaître ses antécédents héréditaires, il y a gros à parier que nous y aurions trouvé des tuberculeux.

Le pronostic d'une pareille affection est toujours grave. Grave d'abord au point de vue général, puisque, même dans le cas de tumeur blanche primitive, la généralisation de la tuberculose est toujours à redouter; grave au point de vue local ensuite, mais d'une façon très variable, suivant diverses conditions.

Les lésions tuberculeuses articulaires guérissent parfois avec ankylose au moins partielle. Mais cette terminaison heureuse est-elle fréquente? Il faut l'espérer, y compter et chercher à l'obtenir, tant que le malade n'a pas dépassé quinze, seize, dix-huit ans, car alors les exemples en sont fréquents. Passé cet âge, ils sont, au contraire, très rares. C'est là une notion très importante que cette bénignité relative de l'affection chez l'enfant, opposée à cette gravité extrême, à cette crainte continuelle de généralisation chez l'adulte, notion dont il faut se souvenir, alors qu'il s'agit de décider une intervention et la nature de celle-ci.

Si maintenant nous voulons appliquer à notre cas particulier ce que nous venons d'apprendre, voici ce que nous pourrons dire : à l'heure actuelle, et en laissant les choses suivre leur cours, il y a bien peu à espérer chez notre malade au point de vue de sa localisation articulaire; il y a tout à craindre au contraire pour ce qui est de la généralisation.

Quel doit être le traitement de l'arthrite tuberculeuse du genou?

Il doit être d'abord général et ce traitement, qui est applicable à toutes les tuberculoses, a une importance considérable. Je n'y insisterai pas, vous le connaissez tous, il comprend une série de moyens thérapeutiques, hygiéniques même, qu'il ne rentre pas dans notre cadre d'approfondir aujourd'hui.

Il doit être local aussi; et là le premier point, le plus important peut-être, ce doit être l'immobilisation de la jointure. C'est chez moi une conviction qui s'appuie sur une expérience déjà longue, que la plupart du temps cette indication est mal remplie; on ne réalise pas l'immobilisation absolue qui est indispensable pour la guérison. Pour y arriver d'une façon satisfaisante, il n'est point de meilleur moyen qu'un bon appareil plâtré; ainsi donc le premier acte thérapeutique sera l'application d'une solide gouttière plâtrée.

Mais une autre chose qu'il ne faut jamais oublier en faisant cette immobilisation du membre, c'est de ne la faire que dans une bonne position, c'est-à-dire dans une position favorable au point de vue d'une ankylose future. Ceci a une très grosse importance car, bien souvent, et pour peu que l'affection n'en soit pas à ses débuts, des contractures et même des rétractions musculaires ont amené une mauvaise

attitude du membre ; si on le laissait ainsi, il s'ankyloserait dans une position plus ou moins défectueuse, mais toujours gênante pour le malade. Aussi quand ces attitudes vicieuses existent, faut-il y remédier avant tout. On endort le malade et l'on met le membre en position convenable, la presque extension pour la jambe, la flexion, au contraire, dépassant l'angle droit pour le coude. Puis on applique immédiatement l'appareil plâtré. Qu'on ne soit pas effrayé du reste de cet acte brutal ; c'est à peine s'il provoque une légère réaction et le malade éprouve un véritable bien-être dès qu'il est ainsi immobilisé dans son appareil.

A cette immobilisation en bonne position qui constitue l'acte thérapeutique principal et qui, joint au traitement général, pourrait presque suffire dans bien des cas, on a coutume de joindre des moyens accessoires : la compression, la révulsion légère par des pointes de feu superficielles.

L'on a bien essayé d'autres procédés, mais leur valeur est tellement contestable que je me bornerai à vous les citer. Ce sont, en général, des injections de matières antiseptiques faites dans le but de modifier les fongosités. Les uns, Hueter, ont prôné l'acide phénique. D'autres, Lefort, en 1879, ont conseillé le sulfate de zinc; d'autres, enfin, l'iode, l'éther iodoformé, la glycérine ou l'huile iodoformée. Toutes ces méthodes ont donné de piètres résultats, qu'il est facile de comprendre si l'on a devant les yeux les lésions articulaires.

Ces temps derniers, on a mené grand bruit autour de la méthode dite sclérogène. Voici quel en est le principe : on injecte, dans le tissu cellulaire avoisinant le point malade, du chlorure de zinc ; il se produit rapidement une sorte de tissu cicatriciel fibreux, sclérosant, qui vient enserrer et étouffer pour ainsi dire les fongosités. En principe, la méthode est séduisante; malheureusement ses succès ont été de courte durée. Ce n'est, du reste, point là un moyen applicable d une façon générale.

L'immobilisation, au contraire, aidée de la compression et d'une révulsion légère, a bien souvent réussi, lorsqu'elle est employée comme il faut et avec persévérance. Chez les jeunes enfants surtout, on devra l'employer avec patience, et vous aurez la satisfaction, lorsque vos malades n'auront pas dépassé quinze à dix-huit ans, d'en guérir un très grand nombre.

Passé cet âge, vous réussirez beaucoup plus rarement. Je vous conseille alors de ne point vous attarder à ces pratiques bénignes et surtout aux autres méthodes dont je vous ai parlé, y compris même la méthode sclérogène, mais de vous décider rapidement à une intervention opératoire.

Que peut être cette intervention ?

L'on a essayé de la faire partielle et timide pour ainsi dire. L'on a tenté l'arthrotomie avec ou sans le grattage de la synoviale, le drainage avec injections modificatrices. Tout cela n'a donné que des résultats détestables. Restent trois sortes d'opérations plus radicales.

C'est l'arthrectomie d'abord, qui consiste dans l'ouverture de l'articulation par un procédé quelconque, l'extirpation totale de la synoviale, l'abrasion des cartilages articulaires, ce qu'on peut appeler le décapage des extrémités osseuses, suivies du drainage ou de la fermeture totale de l'article. Le résultat, c'est l'ankylose, mais avec cet avantage de conserver la longueur du membre. Albertin (de Lyon), qui a particulièrement étudié cette opération, en aurait retiré d'excellents résultats. Pour nous, qui l'avons expérimentée plusieurs fois, nous ne lui avons point reconnu de grands avantages. Tout au plus pourrait-elle, à la rigueur, être applicable aux jeunes sujets chez lesquels un autre mode de traitement, la résection, n'est pas applicable.

L'amputation, qu'on faisait fréquemment jadis avant l'ère antiseptique, semble aujourd'hui être devenue l'*ultima ratio* des tumeurs blanches suppurées dans lesquelles les autres méthodes ont échoué. C'est, à la dernière période, une ressource extrême à laquelle, en définitive, on n'a plus guère recours.

Le dernier mode thérapeutique dont je veux vous parler et qui est de beaucoup le meilleur, c'est la résection dans laquelle, après ouverture large de l'articulation, on enlève d'abord les extrémités osseuses malades et ensuite d'une façon très soigneuse toute la synoviale. Ceci fait, on rapproche et on accole ses deux surfaces osseuses sectionnées. Quelques chirurgiens ont l'habitude de suturer au fil d'argent ces surfaces osseuses. Je crois que c'est une pratique pour le moins inutile et qui n'est pas sans inconvénient, à condition que le rapprochement des fragments soit exactement et solidement maintenu par une solide gouttière plâtrée.

La résection, nous l'avons dit plus haut, n'est point applicable chez les enfants. En voici la raison : la couche osseuse qui sépare le cartilage articulaire de la ligne épiphysaire est tellement mince, particulièrement sur le tibia, qu'on est forcé d'enlever, en même temps que cette couche osseuse, le cartilage d'accroissement, si bien que les enfants restent, dans l'avenir, avec des membres lilliputiens.

Mais chez l'adulte, c'est une excellente opération qui donne des résultats parfaits et guérit très grand nombre de malades. Ses seules contre-indications sont un état général grave ou des lésions très étendues.

Nous pouvons résumer très brièvement ce qui précède en disant : dans les tumeurs blanches du genou chez les enfants, il faut espérer beaucoup du traitement médico-chirurgical et s'en tenir à lui le plus souvent ; chez les adultes, au contraire, il faut en attendre très peu et arriver rapidement à la résection.

PROCIDENCE DU VAGIN OU COLPOCÈLE

DES DEUX PAROIS : COLPOCÈLE VÉSICO-RECTALE ; DE LA PAROI ANTÉRIEURE : COLPOCÈLE VÉSICALE OU CYSTOCÈLE ; DE LA PAROI POSTÉRIEURE : COLPOCÈLE RECTALE OU RECTOCÈLE.

Par le docteur Berrut.

Parmi les malades qui viennent réclamer nos soins comme atteintes de déplacements utérins, nous en avons observé quelques-unes chez lesquelles l'utérus était en situation normale.

C'est sur ces faits que je veux appeler un instant l'attention.

Ce que j'ai rencontré chez ces malades, c'est une procidence du vagin.

Un accouchement, un effort, toute pression refoulant les organes abdominaux vers le vagin peut distendre ses parois, les décoller et produire une colpocèle.

Au point de vue de la physiologie pathologique, ces malades accusent comme symptômes subjectifs : le ténesme vésical et rectal, la difficulté de la station et de la marche, une douleur gravative à la région lombaire, une sensation de vide dans la partie inférieure de l'abdomen qui les rend

inaptes à tout effort de locomotion et les maintient en état constant de malaise.

L'énumération de ces sensations accusées par la malade fait naître l'idée d'un déplacement utérin dans l'esprit du chirurgien qui immédiatement procède à l'examen direct; et, au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire de la recherche des signes objectifs, il constate l'existence d'une tumeur saillante à la vulve, indépendante de l'utérus que le doigt explorateur trouve à sa place normale. La tumeur est formée par la procidence du vagin dilaté. Si la tumeur siège en avant, la paroi vaginale antérieure est toujours doublée de la vessie. Si elle siège en arrière, la paroi vaginale postérieure est quelquefois, et non toujours, doublée du rectum.

On détermine nettement l'état pathologique en distinguant la procidence du vagin de la procidence de l'utérus et de la tumeur formée par un kyste du vagin.

Dans la procidence de l'utérus, cet organe est abaissé et amené à la vulve et même au dehors; tandis que, dans la procidence simple du vagin, l'utérus est élevé et occupe sa situation normale.

Dans le kyste du vagin, la tumeur est irréductible et sa surface est tendue et lisse; tandis que, dans la procidence du vagin, l'évacuation de la vessie et du rectum fait disparaître en grande partie la tumeur et fait passer sa surface de l'état lisse et uni à l'état ridé. De plus, la sonde introduite dans la vessie est sentie à travers la paroi vaginale antérieure dans la colpocèle vésicale, et le doigt introduit dans le rectum vient faire saillie dans la colpocèle rectale.

Deux considérations imposent au chirurgien la nécessité du traitement : d'une part, abandonnée à elle-même, la procidence vaginale ne guérit pas spontanément et la malade est maintenue dans un état de malaise qui retentit sur la santé générale ; d'autre part, l'évolution de la lésion amène cette conséquence plusieurs fois observée, que, dans le diverticulum vésical, l'urine retenue se trouble, devient ammoniacale et fétide. Il est donc indiqué d'intervenir.

Trois modes d'intervention ont été préconisés contre la procidence du vagin :

1° Les applications locales destinées à combattre la laxité des parois vaginales ;

2° Les opérations cruentées pratiquées par l'instrument tranchant pour exciser une partie des parois distendues;

2° L'opération de la réduction et de la contention mécanique des parois procidentes, en respectant leur intégrité.

D'abord les applications locales, empruntées à l'hygiène comme l'hydrothérapie, ou à la matière médicale comme les astringents, seront employées avec profit, à titre de moyens auxiliaires, sur les parois vaginales réduites et continues. Seules, elles seraient insuffisantes pour faire cesser les accidents occasionnés par une colpocèle vésicale et rectale bien caractérisée. Elles peuvent suffire au contraire dans la manifestation initiale du prolapsus.

A l'appui de leur efficacité, je puis citer la première des dix observations qui ont motivé cette communication. Elle est relative à une malade qui s'est présentée à notre examen le 27 décembre 1894. Cette femme est âgée de vingt et un ans. Elle a eu un enfant et, depuis, elle a été atteinte d'une grande laxité des parois vaginales avec envies fréquentes d'uriner, difficulté d'évacuation du rectum et copulation douloureuse. Après avoir régularisé les selles et sans recourir à l'opération de la réduction et de la contention, nous avons employé l'hydrothérapie locale et générale, les applications locales de tannin, puis d'alcoolature de cresson de Para, avec un plein succès. Lors de notre dernier examen, du 11 juillet 1895, la malade nous a dit que toutes ses fonctions s'accomplissaient normalement, qu'elle se sentait bien soutenue dans la station et dans la marche. Nous avons constaté que la tonicité était rendue aux parois vaginales.

En présence d'un organe membraneux dont la distension a aminci la trame et considérablement augmenté la surface, les opérations cruentées ont consisté en l'excision d'un large lambeau de la muqueuse suivie de la suture des lèvres de la solution de continuité, afin que, réduite dans son étendue, la paroi vaginale bridât mieux l'organe sous-jacent. Il ne m'a pas été donné de voir des résultats satisfaisants et durables de ce mode d'intervention.

Devant les insuccès de l'excision de la muqueuse, d'autres chirurgiens — et l'idée vient d'être récemment reprise par M. Lawson Tait — ont proposé de faire une large perte de substance de toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, puis de suturer les bords des lèvres de la plaie comme on fait dans l'opération de la fistule. Je ne sais si cette proposition a été suivie d'exécution et d'un résultat favorable. En ce qui me concerne je ne me sens nullement disposé à avoir recours à une pareille intervention.

Les applications toniques et astringentes étant insuffisantes pour faire cesser les accidents dus à la procidence du vagin, les opérations sanglantes, qui ne sont pas sans gravité, n'ayant point encore donné la preuve de leur efficacité, j'ai eu recours à l'opération de la réduction et de la contention mécanique des parois procidentes du vagin, en respectant l'intégrité de l'organe. L'appareil contentif doit réaliser le support et la tension des parois vaginales.

Je soumets à votre appréciation quelques faits qu'il m'a été donné d'observer, en limitant ma communication à l'indication sommaire de dix observations cliniques.

Je viens de mentionner la première sous le titre de laxité des parois vaginales, guérie par l'hydrothérapie et les astringents, la procidence du vagin étant dans la première phase.

Je note ensuite cinq malades de quarante à cinquante-huit ans, ayant eu de un à huit enfants, portant une procidence du vagin avec colpocèle vésicale, chez lesquelles, après avoir pratiqué l'opération de la réduction, j'ai contenu le vagin prolabé au moyen d'un anneau provisoire que j'ai successivement modifié dans sa forme jusqu'à ce qu'il assurât la contention exacte et qu'il fût adapté aux organes féminins avec assez de précision pour que sa présence dans la cavité vaginale fût, pour ainsi dire, ignorée de la malade. Retirant ensuite cet anneau provisoire, je l'ai donné comme patron à l'ouvrier chargé d'en construire un définitif en métal, à forme fixe.

Ces anneaux sigmoïdes faits sur mesure pour chaque malade présentent les dimensions générales suivantes : Le diamètre du tube limitant l'aire de l'anneau varie de 6 à 15 millimètres. Les diamètres de l'anneau lui-même varient pour le diamètre antéro-postérieur de 75 à 103 millimètres et pour le diamètre transversal de 50 à 67 millimètres.

L'une de ces cinq femmes, celle dont les diamètres de l'anneau avaient 103 millimètres d'avant en arrière et 67 millimètres dans le sens transversal, avait eu six grossesses. Avant d'opérer la réduction et la contention de la procidence du vagin, j'ai eu à l'opérer d'un polype de la cavité du col et à détruire par le cautère actuel des fongosités qui recouvraient la surface interne et la surface externe du col de l'utérus.

Quatre malades de trente-quatre à quarante-cinq ans ayant eu de deux à quatre enfants portaient une procidence du vagin avec colpocèle vésicale et colpocèle rectale. J'ai opéré la réduction et la contention au moyen d'un anneau provisoire d'abord, puis d'un anneau définitif dont les diamètres ont varié pour le tube de 6 à 11 millimètres et pour l'anneau de 80 à 90 millimètres d'avant en arrière avec un diamètre transversal de 60 millimètres pour les quatre malades.

Chez une des malades ayant eu quatre enfants, la détermination de l'état pathologique a été un instant obscurcie par la coexistence d'un kyste du vagin sur la paroi antérieure. J'ai opéré le kyste avant de pratiquer la réduction et la contention de la procidence vaginale.

Toutes ces malades affectées depuis longtemps de procidence vaginale, dès que la réduction et la contention ont été réalisées, ont vu disparaître les envies fréquentes d'uriner, les difficultés de la défécation, la douleur gravative de la région lombaire. Elles ont dit se sentir mieux soutenues et plus fermes dans la station et dans la marche.

Avant de vous communiquer ces faits, j'ai revu toutes ces malades et j'ai constaté que l'anneau contentif maintenait exactement la procidence vaginale.

Ne pouvant aborder l'examen de toutes les difficultés d'exécution que présente quelquefois la construction d'un bon appareil contentif, je me bornerai à faire remarquer que, dans un certain nombre de cas, la paroi vaginale passe dans l'aire limitée par l'anneau, se réfléchit sous la branche antérieure de l'anneau et revient faire saillie à l'orifice vaginal.

Par une étude patiente et attentive du cas particulier, on arrive ordinairement à la contention exacte par des modifications successives de l'anneau.

Ce serait mal traduire ma pensée que de me prêter l'opinion que la contention de la procidence vaginale est toujours un problème facile à résoudre.

Résumant les observations précédentes relatives au traitement de la procidence vaginale, je dirai :

A la division des tissus préférer l'opération de la réduction et de la contention mécanique.

Réduire par la position et les manœuvres.

Contenir par un anneau approprié, construit sur mesure et formé d'un cadre sigmoïde plein ou à claire voie, réalisant le support et la tension des parois vaginales.

THÉRAPEUTIQUE

Le fer dans l'organisme.

Par le docteur Delmis.

L'analyse chimique révèle l'existence, à l'état normal, du fer dans un grand nombre de tissus et liquides du corps. M. Louis Lapicque s'est attaché, d'une façon toute particulière, à étudier la répartition du fer dans les différents organes. C'est en grande partie aux travaux de cet éminent physiologiste (1) que nous empruntons ce qui suit.

Le fer se trouve surtout dans l'organisme en combinaison albuminoïde ; à cet état, il forme l'hémoglobine, partie constituante du globule sanguin. Mais ce n'est pas seulement dans le sang et pas seulement à l'état d'hémoglobine que le fer se rencontre dans l'organisme. Il existe aussi dans les organes parenchymateux, prenant part à la constitution même des cellules. On le rencontre à cet état, surtout dans le foie, la rate et le thymus. Chez le fœtus, c'est surtout le foie qui est riche en fer ; à mesure des progrès de l'âge, le fer augmente dans la rate et diminue dans le foie. Jamais le fer n'apparaît dans l'urine normale ou pathologique ; mais il s'élimine constamment une petite quantité de fer avec la bile mélangée aux excréments. Il est donc nécessaire que du fer soit constamment absorbé pour remplacer celui qui est ainsi éliminé.

Ce fer est fourni par l'alimentation et surtout par l'alimentation carnée ; mais il faut bien savoir que les viandes que nous absorbons ne fournissent à l'organisme qu'une petite quantité de fer ; l'habitude de faire cuire les viandes, excellente à tous les autres points de vue, a cependant cet inconvénient de transformer l'hémoglobine et les albuminates de fer assimilables, que contient la viande saignante, en combinaisons plus stables, non détruites par les sucs digestifs. Le fer alimentaire traverse le tube digestif sans être absorbé et l'organisme manque de cet aliment nécessaire.

Le besoin de fer se fait surtout sentir pendant la croissance, parce qu'alors de nouvelles cellules se forment pour contribuer à l'accroissement de l'organisme ; il se fait sentir aussi dans la convalescence des fièvres graves, quand le corps commence à se reconstituer, après avoir subi les assauts de la maladie. Ces considérations expliquent la fréquence de la chloro-anémie pendant l'enfance et l'adolescence et l'influence qu'ont sur sa production les maladies aiguës telles que : fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme, ou même certains états physiologiques ou pathologiques, grossesse, surmenage, syphilis secondaire ou tertiaire, tuberculose, cancer.

C'est en fournissant du fer assimilable à l'organisme que la viande crue produit, dans ces cas, les bons effets qui ont été constatés par l'expérience. Elle n'agit pas en apportant plus de matière alimentaire, puisque la viande cuite en contient autant et sous une forme plus digestive, elle agit surtout parce qu'elle apporte des albuminates de fer directement absorbables.

Mais on connaît les inconvénients de la viande crue, on sait qu'elle occasionne des troubles digestifs, des douleurs abdominales, de la diarrhée ; elle est la cause de l'helminthiase intestinale, enfin certains malades éprouvent vis-à-vis d'elle un dégoût qu'ils ne peuvent surmonter. Aussi on a, depuis longtemps, essayé de la remplacer par des préparations ferrugineuses. Cette idée théorique de rendre par voie gastrique du fer à l'organisme fut acceptée avec faveur. La limaille de fer et l'éthiops martial (oxyde noir) furent d'abord employés (Sydenham). Au commencement du siècle, Blaud fit adopter presque exclusivement le sous-carbonate de fer, qui céda ensuite la place au lactate (Gélis), au citrate (Bouchardat), au tartrate (Trousseau).

Prônés tour à tour, ces médicaments sont aujourd'hui peu employés. On a reconnu qu'ils sont peu assimilables et il a été démontré qu'on retrouve dans les selles, à l'état de sulfure, la presque totalité du fer absorbé sous ces formes. De là une réaction contre la médication ferrugineuse et un retour au traitement de la chlorose par la viande crue. Le plus ardent adversaire du fer fut le regretté Dujardin-Beaumetz (1). S'il a dû revenir ensuite sur ses affirmations et se déclarer « prêt à passer dans le camp des partisans de la médication ferrugineuse » (2), il n'en a pas moins eu le mérite de montrer que la plupart des préparations employées à l'époque où il combattait le fer étaient, non seulement inefficaces, parce qu'elles ne contenaient pas le fer à

(1) L. Lapicque. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1893, 1894 et 1895, passim.

(1) Dujardin-Beaumetz. Réflexions critiques sur l'emploi du fer dans la chlorose, *Bull. de thérap.*, 1876, p. 393.

(2) Dujardin-Beaumetz. *Leçons de thérapeutique.*

l'état assimilable, mais encore nuisibles, parce qu'elles étaient irritantes pour le tube digestif et provoquaient la constipation. Les seules préparations bien supportées sont les préparations solubles et assimilables.

C'est à cause de leur insolubilité qu'il faut repousser la limaille de fer, le fer réduit par l'hydrogène, le carbonate de fer, le sous-carbonate de fer (safran de Mars).

Les sels de fer solubles sont le proto-chlorure, le perchlorure, le proto-iodure, le lactate, le citrate, le sulfate. Ils ne sont pas également assimilables. Ceux qui ne sont pas capables d'entrer en combinaison avec les matières albuminoïdes ne se fixent pas dans l'organisme et sont éliminés par la bile avec les fèces. Jules Simon (1) admet que la suprématie incontestée de l'iodure de fer sur les autres préparations ferrugineuses est due à ce qu'il entre en combinaison dans l'estomac avec les albuminoïdes et les peptones qu'il y rencontre (iodo-albuminate et iodo-peptonate de fer). Il est absorbé à cet état, entraîne son iode avec lui, combiné à l'albumine, puis le métalloïde agit à sa façon et s'élimine par les urines. Le fer, au contraire, qui, en aucun cas, ne s'élimine par l'urine (Lapicque), reste fixé aux albuminoïdes des tissus.

Claude Bernard (2) est arrivé expérimentalement à des résultats analogues : « Sous l'influence de l'iode, le fer est entraîné à passer par une sécrétion dans laquelle il ne se montre pas quand on l'injecte sous une autre combinaison. »

Malgré ces constatations formelles, l'iodure de fer, qui est aujourd'hui le ferrugineux le plus couramment employé, fut cependant lent à pénétrer dans la pratique. Cela tient aux difficultés de sa préparation. Le premier soluté de fer officinal, figurant au Codex de 1837, avait la formule suivante : limaille de fer 20 grammes; iode 80 grammes; eau distillée 100 grammes. Chauffez l'eau et la limaille, ajoutez peu à peu l'iode, quand la liqueur aura acquis une teinte verte, filtrez et évaporez.

Ainsi préparé, l'iodure est irritant pour la muqueuse gastrique, parce qu'il contient de l'iode à l'état libre, des iodates, des oxy-iodures et des per-iodures. Tous les procédés dérivés du précédent, exigeant un chauffage à l'air libre, provoquent de même l'oxydation partielle du produit et doivent être rejetés. L'iodure de fer est préparé aujourd'hui industriellement, selon la formule de F. Gille, et c'est sous forme de *sirop de proto-iodure de fer de Gille* ou de *dragées de proto-iodure de fer de Gille* qu'il doit être prescrit. Il trouvera son emploi dans la chlorose [Dieulafoy (3), Luzet (4), Gilbert (5)], dans la tuberculose ganglionnaire, osseuse ou articulaire [J. Simon (6)], dans la syphilis [Gubler (7)].

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

Tumeurs anévrysmatiques des os. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Spina bifida et méningocèles craniennes d'apparence myxomateuse. — M. KIRMISSON a observé deux faits qui démontrent qu'il y a lieu d'établir, dans la classe des méningocèles craniennes et du spina bifida, des tumeurs d'apparence myxomateuse. Ce qui les caractérise au point de vue anatomo-pathologique, c'est qu'elles sont presque entièrement constituées par un tissu cellulaire infiltré par l'œdème; il n'y a pas de cavité kystique en communication avec le canal rachidien ou la cavité cranienne. Elles possèdent seulement dans leur intérieur un prolongement en rapport avec les méninges; enfin, on ne trouve pas dans leur constitution d'éléments nerveux. Il semble que leur pathogénie puisse s'expliquer par la filtration du liquide à travers la paroi kystique et sa diffusion dans le tissu cellulaire voisin, où il vient déterminer l'œdème.

Les signes extérieurs de ces tumeurs ne permettent pas de les différencier des autres variétés de méningocèle cranienne et de spina bifida. Toutefois elles ne s'accompagnent d'aucun trouble du côté du système nerveux et ne sont pas réductibles.

Il faut signaler ces tumeurs aux chirurgiens qui sont exposés à les rencontrer au cours des opérations et qui pourraient être embarrassés tout d'abord par les caractères exceptionnels qu'elles présentent. Il est intéresssant surtout de signaler la bénignité du pronostic qu'elles comportent.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CONTAGIOSITÉ DE LA TUBERCULOSE

M. FERRAND pense qu'aux faits de contagion tuberculeuse positifs, on peut opposer des faits négatifs. Il en cite un exemple : c'est celui d'une femme, arrivée aujourd'hui à l'âge de soixante-dix ans, qui a soigné son mari et ses sept enfants morts de tuberculose. Le mari vécut tuberculeux jusqu'à cinquante ans et les enfants sont morts âgés de deux à trente ans.

M. Ferrand signale des faits d'un autre genre : les compagnies d'assurances sur la vie dressent des tables instructives pour la morbidité. En France, elles refusent généralement d'assurer des individus ayant des antécédents tuberculeux dans leur famille. Il n'en est pas de même à l'étranger. Or, dans les statistiques étrangères, on peut constater que la mortalité par la phtisie est toujours plus élevée chez les sujets ayant des tuberculeux dans leur famille que chez ceux qui n'en ont pas. Voici les chiffres :

	MORTS PAR PHTISIE P. 100.	
	Sans hérédité tuberculeuse.	Avec hérédité tuberculeuse.
Avant 29 ans	35,8	51
De 29 à 40 ans	26,3	36,6
De 40 à 50 ans	17,6	24,6
De 50 à 59 ans	6,7	15,7
De 59 à 69 ans	5,8	8

Au-dessus de 70 ans, la proportion change, mais ceci ne peut infirmer le sens général de ces chiffres et on peut dire :

Les chances qu'un individu a de devenir phtisique, sont beaucoup plus grandes si le sujet a des phtisiques dans sa famille.

Toutefois, M. Ferrand ne veut pas s'inscrire en faux contre la contagion. Elle joue un rôle comme l'hérédité. Et ces deux rôles sont variables suivant les circonstances. Le tout est de bien préciser la part qui revient à chaque élément.

Il est évident que le bacille desséché et lancé dans les poussières peut infecter un sujet jusque-là sain, à condition, toutefois, que le terrain organique soit préparé et prêt pour l'infection.

Le vrai danger est donc l'expectoration. C'est contre elle qu'il faut prendre les plus grandes précautions, mais contre elle seulement : la propreté et l'asepsie suffisent pour cela. L'isolement des tuberculeux est irréalisable.

D'autre part, il faut aussi accorder à l'hérédité la part importante qui lui revient.

(1) J. SIMON. *Cliniques infantiles*, t. II, p. 321.

(2) Cl. BERNARD. *Leçons de physiologie expérimentale*, leçon du 16 mai 1855.

(3) DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 127.

(4) LUZET. *La chlorose* (Bibl. Charcot-Debove), p. 206.

(5) CHARCOT et BOUCHARD. *Traité de médecine*, t. II, p. 511.

(6) J. SIMON. *Cliniques infantiles*, p. 261, 271 et 272.

(7) GUBLER. *Thérapeutique*, p. 49.

RAPPORT

La mortalité dans les départements déboisés. — M. MARTY fait un rapport sur un travail de M. Jeannel sur ce sujet. M. Jeannel insiste sur les graves inconvénients du déboisement aux points de vue géologique, météorologique et hygiénique.

Les recensements faits depuis 1871 montrent la diminution progressive de la natalité dans les trente départements déboisés.

De 1886 à 1891, ces départements ont perdu 89682 habitants par excédent des décès sur les naissances. La mortalité a été 9 fois plus forte dans ces départements que dans le reste de la France.

M. Jeannel conclut en demandant que le déboisement soit considéré comme une des causes de la dépopulation, et qu'on la combatte par tous les moyens possibles.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1896. — Présidence de M. MONOD.

RAPPORT

Cystostomie sus-pubienne. — M. BAZY fait un rapport sur une observation de M. Mougeot. Il s'agit d'un de nos confrères, âgé de soixante-dix ans, pris en mars 1894 de rétention d'urine; le cathétérisme s'accompagna d'une hémorragie abondante. Six mois plus tard, les accidents de rétention reparaissent, mais le malade refuse de se faire sonder. Son état s'aggravant, il consent enfin; le cathétérisme est impossible et la cystostomie est pratiquée sans chloroforme : il sort une urine infecte. Le malade meurt dans la soirée, la mort n'étant que la conséquence d'un empoisonnement que l'opération n'a pu conjurer.

A propos de cette observation, M. Bazy rappelle qu'il a essayé de classer les indications du méat hypogastrique en indications communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, rétrécis ou prostatiques, et en indications spéciales aux prostatiques.

Les premières comprennent : la douleur, l'hémorragie, l'infection.

La douleur est un des facteurs les plus importants, mais il faut distinguer la douleur tenant à l'état de la vessie de celle qui est liée au cathétérisme. Celle qui est liée à l'état de la vessie sera souvent justifiable de l'ouverture sus-pubienne; celle qui est liée au cathétérisme pourra être avantageusement modifiée par la sonde à demeure.

L'hémorragie est une des indications de la taille hypogastrique, la taille étant l'acte préliminaire de l'hémostase et souvent aussi le seul acte qui assure cette hémostase. Dans ces derniers temps, M. Bazy a eu l'occasion d'en observer trois cas chez des prostatiques qui se sondaient. Chez l'un, la sonde à demeure avec les injections d'antipyrine a suffi; chez le second, vieillard de quatre-vingt-quatre ans, il a temporisé à l'extrême et a pu éviter l'ouverture de la vessie; enfin chez le troisième, âgé de soixante-deux ans, il a dû pratiquer la taille.

L'infection est enfin une puissante indication de taille vésicale. M. Poncet a mis une sourdine à son enthousiasme en venant déclarer que les cas d'infections suraiguë et aiguë échappaient à l'action de la taille et de la désinfection directe de la vessie. C'était bien ce qui résultait pour M. Bazy de sa pratique et de ses lectures, mais il était nécessaire que ce fût nettement formulé. Il est loin de prétendre que le drainage peut suffire à tout, mais il croit que bien surveillé, bien appliqué, il est plus souvent suffisant que ne le prétendent ceux qui ne veulent ou ne savent pas l'appliquer.

Le nombre des cas de cathétérisme impossible lui paraît tout à fait hors de proportion avec ce qui devrait être, et il craint que quelques chirurgiens ne soient séduits et entraînés par la facilité vraiment trop grande de la taille hypogastrique, quand la vessie est distendue. Enfin, les résultats éloignés de cette dernière opération ne sont pas toujours des plus brillants.

M. Bazy résume ainsi les indications du méat hypogastrique chez les prostatiques : 1° la taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les douleurs d'origine vésicale, dans l'hématurie et dans les infections à forme subaiguë que la sonde à demeure n'a pu enrayer; 2° elle est impuissante contre les accidents infectieux suraigus, mais peut-être doit-elle être tentée dans ces cas; 3° elle peut être, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux, remplacée par différents moyens thérapeutiques, parmi lesquels la sonde à demeure; 4° elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes et de cathétérisme difficile; 5° l'impossibilité du cathétérisme est une indication encore plus exceptionnelle.

M. ROUTIER estime que M. Bazy se montre trop sévère contre la cystostomie, qu'il n'admet que dans certains cas particuliers. Il y a des cas cependant où le cathétérisme est insuffisant. M. Routier a été appelé récemment auprès d'un homme atteint d'hématurie et de rétention d'urine. Il avait, en outre, une grosse prostate et il était très difficile à sonder. M. Routier fit la taille hypogastrique, trouva un énorme calcul phosphatique derrière la prostate très hypertrophiée. Il énucléa le calcul, passa le thermocautère et plaça une sonde à demeure. Après environ trois mois, il put passer une sonde à demeure par le canal et fermer la fistule hypogastrique. La cystostomie est donc indiquée dans les cas où le cathétérisme est insuffisant.

M. REYNIER appuie les remarques de M. Routier. Il est hors de doute que la taille sus-pubienne peut rendre des services. Il ne faut pas la faire à tout propos et, avant d'y recourir, il faut toujours essayer la sonde à demeure. M. Reynier ayant affaire récemment à un homme atteint d'hématurie et ayant une grosse prostate, plaça une sonde à demeure. Le malade continuant à souffrir, M. Reynier pratiqua la cystostomie sus-pubienne. Il enleva un énorme calcul enchatonné. Cet homme possède aujourd'hui un méat hypogastrique parfaitement continent.

M. BAZY fait observer qu'il n'a jamais été dans son intention de condamner la cystostomie sus-pubienne, puisqu'il a été le premier à la pratiquer en France. Il trouve seulement qu'on a abusé de cette opération et qu'il est bon d'en restreindre les indications.

COMMUNICATION

Ostéome du maxillaire inférieur. — M. BERGER communique une observation d'ostéome du maxillaire inférieur. C'est là un cas extrêmement rare. Il n'en existe que trois exemples au musée Dupuytren. Letourneur (de Nantes) en a publié un cas en 1874. Il existe également un fait communiqué par Trélat, et un autre cas, mais un peu différent, observé par M. Jalaguier. M. Berger a relevé aussi quelques cas à l'étranger.

Dans l'observation qu'il communique aujourd'hui, il s'agit d'une jeune femme de dix-neuf ans, mariée, ayant eu, à plusieurs reprises, des accidents de dentition. En novembre 1893, elle ressent, pour la première fois, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur du côté gauche, une petite tumeur. La tumeur augmente de volume; comme il y avait une dent de sagesse en évolution, on l'arrache sans que pour cela la tumeur diminue. On porte le diagnostic de périostite diffuse du maxillaire inférieur. Bientôt à la partie supérieure de la joue du même côté apparaît une petite grosseur, rouge, fluctuante; c'est un abcès

qui est incisé. Il reste deux petits orifices fistuleux qui donnent du pus avec des points jaunâtres en suspension. Comme le mari de cette femme était palefrenier, on peut penser à l'actinomycose. L'examen microscopique donne à ce point de vue des résultats négatifs. Ayant pensé d'abord à une ostéo-périostite progressive, en raison de sa limitation exacte de la tumeur, M. Berger se range à l'avis d'un ostéo-sarcome de la mâchoire. Acceptant définitivement ce diagnostic, il pratique la résection de la mâchoire. Pendant qu'il pratique cette résection, l'os se fracture; M. Berger se trouve alors en présence d'une tumeur très dure, volumineuse, circonscrite, qui avait aminci la mâchoire, au point que celle-ci se fracture très facilement. L'examen histologique de cette pièce a montré qu'il s'agissait d'un ostéome proprement dit. C'est là une affection des plus rares.

Au point de vue clinique, M. Berger fait remarquer la difficulté qu'a présentée le diagnostic qui restait, en somme, hésitant entre la périostite et l'ostéo-sarcome.

Relativement aux cas de MM. Trélat et Jalaguier, il dit qu'il ne s'agissait pas dans ces faits d'ostéome vrai, mais bien de périostite ossifiante.

Enfin, il ajoute qu'il n'a pas eu recours à la prothèse immédiate parce qu'elle ne lui paraît pas donner dans ces cas de bons résultats.

M. TH. ANGER a opéré, il y a vingt ans, une jeune femme âgée de vingt-six ans, qui portait une tumeur de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. Cette tumeur, assez bien circonscrite, était très dure, osseuse, sans traces d'inflammation. Du côté des gencives et des dents, il n'y avait rien de particulier. Cette tumeur était le siège de douleurs intolérables. Croyant à un ostéo-sarcome, M. Anger fit la résection du maxillaire inférieur. L'opération achevée, on trouva, au centre de l'os, un véritable ostéome, long de 2 à 3 centimètres. Cet ostéome était libre dans l'épaisseur du maxillaire. Si M. Anger avait pu soupçonner qu'il en fût ainsi, il aurait pu se contenter de faire la trépanation et d'enlever seulement la tumeur en laissant le maxillaire. C'était un véritable ostéome qui était surtout caractérisé par des douleurs.

Quant à la prothèse immédiate, M. Anger n'en est pas partisan à cause des suppurations secondaires qu'elle amène.

M. PICQUÉ a revu récemment une jeune fille qui a été opérée, il y a dix ans, par M. Pozzi, d'un enchondrome du maxillaire inférieur. M. Pozzi avait fait la résection sans prothèse immédiate. Le résultat cosmétique a été parfait et est resté tel depuis dix ans.

M. DELORME dit qu'il faut être très réservé sur la valeur de la prothèse immédiate. Il a fait porter des appareils à ses blessés. Chez trois d'entre eux les résultats immédiats ont été des plus satisfaisants, mais chez l'un d'eux des accidents sont survenus qui ont obligé à sacrifier l'appareil.

M. TERRIER croit que la question de la prothèse immédiate ne se pose pas aussi nettement que vient de le dire M. Delorme. Chaque fois qu'il survient de la suppuration, les appareils ne sont plus supportés. Or, l'utilité de cette prothèse tient surtout à ce qu'elle est faite immédiatement. On ne peut jamais affirmer qu'il n'y aura pas de suppuration et, s'il y en a, il faudra sacrifier les appareils. Ceux qui font de la prothèse immédiate ont raison de le faire, mais il faut qu'ils sachent que, dans bien des circonstances, cela ne réussira pas.

M. DELORME reconnaît que M. Terrier a raison quand il dit qu'en cas de suppuration, les appareils prothétiques sont mal supportés. Mais M. Delorme ajoute que, selon lui, quand on opère sur la bouche, on opère sur un champ qui sera fatalement et rapidement infecté. D'après cela, il faudrait donc admettre que jamais appareil prothétique ne sera supporté dans la bouche. M. Delorme pense que cette conclusion serait exagérée et qu'il n'y a pas lieu de repousser ainsi d'emblée la prothèse buccale immédiate.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les grands médecins contemporains (1), par le docteur Andréa Ferrannini.

Le docteur Andréa Ferrannini, directeur de la *Revue périodique des sciences médico-chirurgicales en Italie*, a eu l'heureuse idée de consacrer un numéro entier de ce journal aux grands médecins contemporains. C'est un numéro souvenir du XIe Congrès international de médecine qui s'est tenu à Rome l'année dernière.

On y trouve la biographie, l'exposé succinct des travaux scientifiques, le portrait et un autographe non seulement des médecins ou chirurgiens les plus distingués qui ont pris part à ce Congrès, mais aussi des savants de toute nation qui, dans ces dernières années, ont contribué aux progrès des sciences médicales.

Dans les branches accessoires, l'auteur nous présente : Cl. Bernard, Golgi, Helmholtz, Hoppe-Seyler, Luciani, Ludwig, Marey, A. Mosso, Ranvier, Ch. Richet, Waldeyer;

En pathologie générale : Virchow, Bouchard, Bizzozero, Pasteur, Koch, von Pettenkofer ;

En clinique médicale : de Amicis, Baccelli, Cantani, Charcot, D. Ferrier, Gerhardt, Kaposi, Lépine, Leyden, Lombroso, Maragliano, Nothnagel, G. Sée, Semmola, Senator, Tommasi, Traube, Winternitz, Ziemssen;

En clinique chirurgicale : Lister, Bergmann, Billroth, Durante, Guyon, Horsley, Loreta, Mac Ewen, Péan, Spencer Wels;

Enfin, l'auteur génial de la plus grande conception naturaliste moderne : Ch. Darwin.

Parmi tous ces noms, ce ne sont pas ceux de nos maîtres français, d'ailleurs très honorablement représentés, que nous signalerons le plus à l'attention du lecteur. Il les connaît à merveille depuis bien longtemps. Ce sera, je pense, avec un bien plus vif intérêt qu'il fera la connaissance des savants étrangers dont le renom est arrivé jusqu'à lui, mais qu'il n'a jamais vus.

Certes, la liste déjà longue des noms que j'ai cités est fort incomplète et il serait du plus haut intérêt qu'une publication de ce genre nous fît connaître d'autres savants de tous pays ayant leur place marquée dans les annales de la science. Les détails intéressants et instructifs des biographies, la perfection des portraits et de la signature reproduits en phototypie et constituant de petits tableaux isolés, font regretter que cette publication ait dû se limiter à certains noms, du reste judicieusement choisis. Mais nous espérons que l'auteur, encouragé par le très grand succès qui attend cet ouvrage, ne tardera pas à nous présenter de nouvelles éditions de plus en plus complètes qui donneront une satisfaction plus étendue à notre légitime curiosité.

Dr F.-P. GUIARD.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Montesanto, 52, Napoli.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. **»**. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. De la syphilis du nez, par M. le docteur Paul Tissier. — Des tumeurs anévrysmatiques des os. — Médecine pratique. — Société de Chirurgie. — Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ordre du jour de la prochaine séance de la Société de chirurgie porte :

1° Un rapport de M. Kirmisson, sur l'hallus valgus, par M. Delbet;

2° Un rapport de M. Michaux, sur un cas de péritonite par perforation; laparotomie, par M. Hartman;

3° Une communication de M. Bazy, sur la sérothérapie dans le tétanos;

4° Une communication de M. Schwartz, sur la luxation du nerf cubital.

— Un concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 4 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 30 mars 1896, sera clos définitivement le vendredi 17 avril, à trois heures.

— M. le docteur A. Raïchline (des Facultés de médecine de Paris et Moscou) vient d'être nommé, au titre étranger, officier de l'Instruction publique.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — Voici le programme des cours de la saison d'été pour l'année 1896 :

1° Cours de médecine opératoire (sous la direction de M. le docteur Quénu, directeur des travaux scientifiques).

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 13 avril 1896.

2° Conférences d'histologie : Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Espagne, à Gibraltar et au Maroc* organisée par l'Agence des voyages économiques. *Semaine Sainte à Séville.* — Départ de Paris P.-L.-M. le 10 mars, retour à Paris le 17 avril 1896. — Itinéraire : Paris, Barcelone, Tarragone, Valence, Alicante, Murcie, Grenade, Malaga, La Ronda, Algeciras, Gibraltar, Tanger, Cadix, Séville, Cordoue, Tolède, Madrid, Burgos, Saint-Sébastien, Paris.

Prix à forfait au départ de Paris : 1re classe, 1475 francs; 2e classe, 1345 francs.

Ces prix comprennent : 1° les billets de chemins de fer et de bateaux; 2° les repas (vin compris) et séjour dans les hôtels; 3° les transports en omnibus et en voitures nécessaires pour la visite des villes; 4° les entrées dans les musées et monuments; 5° les soins des guides et interprètes. Le tout sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues jusqu'au 5 mars 1896 : aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, faubourg Montmartre, à Paris.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

143. M. Frey. Monographie de la dent de six ans. — 144. M. Frénoy. Contribution à l'étude des faux cancers de l'estomac. — 145. M. Poggi. Des brûlures. — 146. M. Sailhan. Des anévrysmes poplités supérieurs. — 147. M. Bréchoteau. Du phlegmon périombilical et des fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac. — 148. M. Lecoq. Étude sur le traitement des plaies et des ulcères par les greffes animales, et particulièrement par les greffes de peau de grenouille. — 149. M. Le Même. Quelques considérations sur la fréquence du suicide des aliénés. — 150. M. Nasra. Contribution à l'étude clinique des névroses post-infectieuses : hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie. — 151. M. Dreyfus. Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort. — 152. M. Longuet. Traitement chirurgical de l'angiocholécystite (non calculeuse). — 153. M. Rabineau. De la lipocèle vésicale simulant une hernie inguinale de l'intestin et de l'épiploon. — 154. M. Olmières. Des indications du lavage de l'estomac. — 155. M. Mouillé. Essai sur la pathogénie de la maladie bleue. — 156. M. Guerlain. De la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte. — 157. M. Bourdieu. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire (dilatation des bronches). — 158. M. Lévi (Léopold). Troubles nerveux d'origine hépatique. Hépatotoxhémie nerveuse. — 159. M. Pellerin. Bourrage du vagin par les tampons glycérinés. (Columnisation des Américains.) — 160. M. Giresse. Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. — 161. M. Radovici. Le climat des altitudes dans le traitement de la phtisie pulmonaire. — 162. M. Fournier. Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. — 163. M. Launay. Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs.

REVUE GÉNÉRALE

De la syphilis du nez (1).

Par le docteur Paul TISSIER.

II

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE ET DE LA SYPHILIS DU NEZ

A. **Revêtement cutané du nez.** — Le chancre du nez est relativement facile à distinguer des ulcérations lupiques : son évolution est plus rapide, il se caractérise par une tuméfaction marquée, s'accompagne d'adénopathie, etc. Enfin, l'ulcération lisse, à bords plats, à fond rouge chair, avec induration caractéristique, ne rappelle en rien l'ulcération lupique, anfractueuse, irrégulière, couverte de granulations mollasses, rouges, à bords tuméfiés, etc.

Les syphilides secondaires affectent la forme soit de papules, soit de condylomes suintant à type fissuraire. Le siège de ces derniers, leur peu de profondeur, la coexistence de syphilides papuleuses ou papulo-tuberculeuses permettront le diagnostic. Les papules pourraient être confondues avec les nodules lupiques. Ceux-ci ont une consistance plus mollasse, leur coloration est rouge-jaunâtre sucre d'orge, tandis que celle de syphilides est cuivrée ou jambonnée ; on ne voit que rarement dans le lupus la disposition en demi-cercle affectionnée par les syphilides ; le nombre des éléments éruptifs est moindre dans le lupus ; enfin, l'évolution est tout autre : les syphilides accomplissent en quelques mois ce que le lupus ne fait qu'en plusieurs années.

La syphilis tertiaire est rarement localisée uniquement à l'extérieur du nez, néanmoins, il importe de bien préciser le diagnostic des ulcérations tertiaires avec les ulcérations lupiques, car, dans les formes graves, où il est de règle que le nez soit envahi à la fois dans ses parties profondes et superficielles, l'aspect des lésions extérieures devient un précieux élément d'appréciation.

Le fond des ulcérations lupiques est granuleux, mollasse, rose pâle ; les bords sont machonnés, décollés, surplombant le fond de teinte violacée ; la base est molle, la sécrétion est séro-purulente, avec forte tendance à se concréter en croûtes molles, enchassées, jaunâtres ou jaune verdâtre ; dans les ulcérations syphilitiques, le fond est raviné, ferme, grisâtre, les bords adhérents, taillés à pic, de coloration cuivrée, la base est indurée, la sécrétion séreuse avec tendance à la formation de croûtes dures, adhérentes, brun verdâtre. L'évolution est, en outre, beaucoup plus rapide dans la syphilis.

B. **Le chancre induré des fosses nasales** s'annonce souvent par des symptômes cérébraux (maux de tête, insomnie) ; l'ulcération repose sur une base surélevée, indurée ; la surface est rouge, luisante, comme vernissée, saignant facilement ; les bords adhérents se continuent avec les parois voisines ; enfin, il s'accompagne d'une adénopathie souvent très marquée, sub-angulo-maxillaire, ou plus rarement parotidienne ou pré-auriculaire.

L'ulcération dans la tuberculose primitive a une évolution infiniment plus lente ; l'ulcération repose sur une base mollasse, non indurée, souvent à peine saillante, la surface est rose pâle, granuleuse, parfois bourgeonnante ; les bords sont irréguliers, décollés, grisâtres ; il n'y a pas d'adénopathie régionale.

Les accidents secondaires de la muqueuse nasale sont rarement isolés ; en général, il existe en même temps d'autres signes d'infection sur la peau ou sur les muqueuses bucco-pharyngées, vaginales, etc., qui permettent un diagnostic facile. La superficialité des lésions, leur siège sur une muqueuse hyperhémiée (érythème vermillon), leur évolution beaucoup plus rapide permettent le diagnostic, même lorsque les syphilides deviennent végétantes. Celles-ci ont une remarquable tendance à la récidive, lorsqu'on se borne à une médication locale même énergique (cautérisation galvanique, curetage) ; la récidive est plus lente dans le cas de tuberculose primitive. Enfin, les caractères objectifs des lésions sont tout différents. Les tumeurs tuberculeuses, ordinairement recouvertes de croûtes adhérentes, se reformant très rapidement, ne rappellent en rien les végétations grisâtres de la syphilis.

Le tertiarisme nasal mérite de nous arrêter plus longtemps : c'est surtout avec la tuberculose primitive (lupus) qu'il peut être confondu.

Nous avons réuni en un tableau comparatif les principaux éléments de diagnostic.

Le diagnostic de la syphilis tertiaire du nez est, en général, assez facile aujourd'hui que l'on ne se borne plus à tenir compte des résultats fournis par les déformations extérieures et les caractères des sécrétions ; l'idée de Cazenave de promener un stylet dans les fosses nasales pour déceler une dénudation osseuse, était un progrès ; mais cette recherche ne saurait être fructueuse que sous le contrôle de la vue que permet l'examen rhinoscopique.

A la période initiale, alors qu'il n'existe que de la tuméfaction de la muqueuse, le diagnostic est à peu près impossible : tout au plus pourra-t-on songer à la spécificité lorsque la lésion de la muqueuse sera unilatérale et surtout localisée. Il est rare que rapidement ne vienne se joindre à cette lésion un processus ulcératif déjà plus caractéristique, surtout lorsqu'il s'accompagne de lésion osseuse.

Le diagnostic devra être posé avec la tuberculose, avec le cancer, la morve, le rhino-sclérome, la lèpre, etc. Bien que nous ayons réduit volontairement le chapitre diagnostic, inutile redite, nous croyons ici devoir entrer dans certains détails.

Tuberculose primitive (lupus).	*Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire tardive.*
1° Atteint rarement la muqueuse nasale sans intéresser le revêtement cutané du nez.	1° Atteint habituellement la muqueuse sans toucher le revêtement cutané.
2° Reste cantonnée au tiers antérieur des fosses nasales.	2° Peut occuper toutes les parties des fosses nasales.
3° Début par la cloison cartilagineuse.	3° Peut débuter en un point quelconque.
4° Est absolument indolente.	4° Généralement indolente mais pas toujours (forme naso-cérébrale).
5° Marche torpide, très lente.	5° Marche insidieuse mais plus rapide, fait en un mois ce que le lupus ne fait qu'en plusieurs années (Fournier).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 187.

6° Tend à rester cantonnée, « le lupus est casanier ».	6°. Essentiellement migratrice.
7° N'attaque jamais le squelette.	7° Atteint de préférence les os : séquestres, perforations du septum osseux, de la voûte palatine, etc.
8° Détermine souvent des ulcérations de la cloison cartilagineuse : A bords sans relief, décollés, irréguliers, mais à fond non excavé, quelquefois exhaussé et bourgeonnant; de coloration blâfarde.	8° Détermine souvent des ulcérations de la cloison cartilagineuse : A bords taillés à pic, non décollés, circulaires ou policycliques, durs; à fond déprimé, anfractueux, recouvert d'un dépôt gris jaunâtre. Ulcérations comme découpées à l'emporte-pièce.
9° Détermine souvent une perforation limitée à la cloison cartilagineuse : Obstruée par des masses végétantes, c'est une fenêtre fermée qu'on ne découvre qu'au stylet.	9° Détermine souvent une perforation de la cloison cartilagineuse : Non obstruée, libre : c'est une fenêtre ouverte qui empiète fréquemment sur la cloison osseuse.
10° N'altère la physionomie extérieure du nez que médiocrement (empâtement et élargissement du lobule), lorsqu'il n'existe pas de lésions cutanées concomitantes.	10° Modifie profondément l'aspect du nez : nez en lorgnette, nez en pied de marmite, etc.
11° *Extérieurement* mutile le nez symétriquement en coup de hache (Fournier).	11° Extérieurement mutile le nez d'une façon asymétrique latéralement.
12° Guéri, le nez lupique, tronqué de haut en bas et d'avant en arrière, largement ouvert en avant (*nez tête de mort*), représente un moignon à parois blanchâtres, amincies, racornies, rigides, coriaces (*nez en carton*), ce qui reste du nez semble avoir été usé à la pierre ponce.	12° Guéri, le nez syphilitique est balafré avec des cicatrices irrégulières.

L'étude des antécédents héréditaires ou personnels des malades fournira de précieux renseignements. La recherche des stigmates d'anciennes lésions sur les diverses parties de l'organisme, ne devra jamais être négligée (cicatrices, adénopathies, arthropathies tuberculeuses, etc.).

Il ne faudra guère compter sur les données de l'examen microscopique des tissus malades, car cet examen permet rarement de porter un jugement catégorique. Nous savons combien il est difficile de mettre en évidence les bacilles de cette variété de lésions tuberculeuses que nous avons en vue. Il est, par conséquent, impossible de compter sur l'examen bactériologique. L'inoculation est un procédé plus sûr.

Le traitement spécifique, dans bien des cas, servira de pierre de touche et c'est à lui, dans les cas embarrassants, qu'il conviendra de s'adresser, en dernier recours, pour asseoir son diagnostic.

Si nous voulions établir le diagnostic de toutes les lésions qui peuvent, à un moment donné, ressembler de plus ou moins près à la syphilis tertiaire, nous serions forcément entraîné à de fastidieuses longueurs. La séparation de la tuberculose et de la syphilis, le point de beaucoup le plus important, ayant été étudiée en détail, nous serons bref sur ce qu'il nous reste à écrire au sujet du diagnostic.

Tant qu'il n'existe que de l'infiltration gommeuse, diffuse, surtout lorsque la lésion est limitée au cornet, le diagnostic est à peu près impossible, s'il n'existe pas sur d'autres parties du corps des manifestations spécifiques.

A la période ulcéreuse, l'examen direct à l'œil et au stylet rend plus facile la tâche du clinicien.

Enfin, lorsqu'il existe une perforation, la syphilis pourra, presque à coup sûr, être affirmée, s'il s'agit d'une perforation palatine. Il n'en sera pas de même en face d'une brèche de la cloison. C'était une exagération que de considérer, comme on le faisait il n'y a pas longtemps encore, toute perforation du septum comme un stigmate à peu près irrécusable de syphilis. La question du diagnostic général des perforations de la cloison est trop intéressante pour être effleurée ici, elle mérite une étude à part.

Le diagnostic doit encore être posé avec les tumeurs des fosses nasales, avec la lèpre, le rhinosclérome, la morve, etc.

Traitement. — Le traitement de la syphilis tertiaire du nez comprend deux ordres d'indications : les unes ressortissent à la médication générale, les autres à la médication locale. Cette dernière, traitée en France comme secondaire, a été considérée récemment, en Allemagne et en Amérique, comme la plus importante.

Il faut agir et intervenir de bonne heure, frapper *vite* et *fort*, si l'on veut éviter les délabrements que nous avons étudiés. Quel est le médicament à employer? M. Mauriac considère l'iodure comme le seul spécifique capable d'arrêter le processus. L'emploi simultané du mercure lui paraît inutile, au moins au début.

L'iodure doit être donné d'emblée à hautes doses : 6, 8 et 10 grammes *pro die*; bien des échecs sont imputables à ce fait que le médicament a été prescrit timidement et trop tard.

Avec la plupart des auteurs français, nous associons le mercure à l'iodure et cela, le plus souvent, sous forme de frictions.

Le mercure, cela va sans dire, a été accusé de favoriser l'éclosion du tertiarisme nasal : sur 20 malades, observés par Michelson, 2 seulement avaient été soumis à un traitement hydrargyrique suivi, 9 n'avaient été traités que pendant peu de temps au début (frictions, injections du sublimé, etc.), 9, enfin, n'avaient jamais pris de traitement spécifique.

Le traitement local doit être appliqué avec la plus grande réserve (Mauriac); c'est aussi notre opinion, en ce sens qu'il faut, en règle générale, s'abstenir de toute intervention trop énergique. Tant qu'il n'y a pas d'ulcération, nous nous bornons à l'emploi d'insufflations ou de lavages antiseptiques; lorsqu'il y a ulcération et atteinte du squelette, nous croyons utiles les attouchements, répétés une ou deux fois seulement par semaine, avec une solution de nitrate d'argent ou avec la teinture d'iode. Les insufflations d'iodol, de di-iodoforme ou d'iodoforme sont ici fort utiles. Les poudres à base de calomel sont aussi d'un usage fréquent.

Iodoforme pulvérisé	1 gramme.
Acide borique pulvérisé . . .	19 —
Terpinol	XL gouttes.

Iodol, 3 gr., ou di-iodoforme. .	2 grammes.
Acide borique pulvérisé . . .	12 —
Menthol	50 centigr.

Calomel	1 gramme.
Acide borique pulvérisé . . .	16 —
Sous-nitrate de bismuth . . .	3 —

Les lavages nous ont toujours donné de bons résultats, aussi les prescrivons-nous toutes les fois qu'ils sont praticables, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'obstruction nasale complète d'un côté ou de perforation du plancher ou du voile. La formule du liquide que nous employons le plus fréquemment est la suivante :

Sublimé.	2 grammes.
Alcool de vin.	50 —
Fuchsine.	q. s.
Eau distillée	200 grammes.

Une cuillerée à café pour un demi-litre d'eau tiède.

Guersant employait le même agent en prescrivant des injections de 500 grammes de lait additionné de deux ou trois cuillerées à soupe de liqueur de van Swieten. M. Mauriac se sert de permanganate de potasse 0,40 p. 1000, d'acide phénique 1 p. 1000, de liqueur de Labarraque 5 à 10 p. 1000.

Lorsqu'il existe des séquestres, avec sécrétion fétide, doit-on les enlever? Le plus souvent, l'antisepsie locale suffit à faire disparaître la fétidité des sécrétions. Nous attendons que le traitement général ait limité les lésions et diminué la tuméfaction des tissus. Habituellement alors il y a tendance naturelle à l'expulsion du séquestre. Dès que cela est possible, nous le saisissons avec la pince ou le serre-nœud et nous l'enlevons. Il est rare qu'on soit obligé de pratiquer une incision pour libérer le séquestre, si l'on sait attendre le moment propice. Quelquefois seulement, lorsque les sécrétions sont d'une abondance et d'une fétidité extrêmes, lorsque les phénomènes de réaction sont trop intenses, nous intervenons plus activement en découvrant le sequestre à l'aide d'incisions faites au galvanocautère. Dans ces cas, l'extraction du fragment nécrosé est suivie d'une très rapide amélioration, ce qui explique que certains auteurs [Goodwillie (1)] aient considéré le traitement local comme étant le plus important dans la syphilis tertiaire du nez.

Telle est la méthode générale qui amènera la cicatrisation des ulcérations, même dans les cas où les lésions remontent déjà à un certain temps et s'accompagnent de profondes altérations des parties molles et de la charpente avec sécrétion purulente et fétide.

C'est pour ces faits que l'on a proposé une intervention chirurgicale, le curetage de la cavité; curetage qui serait mieux nommé évidement.

Après avoir chloroformé le malade légèrement, si les lésions sont peu étendues (pour éviter l'écoulement sanguin dans le pharynx, on abaisse fortement la tête en avant), à fond, dans le cas contraire (et alors on met la tête dans la position déclive), Richard von Volkmann curette la cavité nasale avec une cuiller coupante, enlevant les os malades et nécrosés, les croûtes, les débris sphacélés de muqueuse et les granulations. Il se produit une forte hémorragie; dès qu'elle est arrêtée, on cautérise énergiquement au nitrate d'argent. La réaction serait, en général, modérée et les résultats très favorables; cependant le curetage doit être parfois renouvelé.

(1) Goodwillie se sert d'un perforateur actionné par une machine électrique (Treatment of tertiary syphilis of the nase, mouth and throat, *New-York Med. Journ.*, 26 juin 1886).

Cette opération n'est pas toujours sans danger. Mackenzie cite un cas de mort par hémorragie pendant l'opération (1); Michelson signale les phénomènes cérébraux sérieux dans les observations publiées par Schüster [vertiges, vomissements, ralentissement du pouls, etc. (2)].

Comment expliquer l'amélioration obtenue? Schede (3) admet qu'il y a non seulement à tenir compte de l'ablation des parties nécrosées, mais aussi de la modification amenée dans la configuration des fosses nasales, transformées en une large cavité à parois lisses. Ce dernier résultat, qui légitime la dénomination d'évidement, est-il bien à rechercher?

Les partisans de cette méthode, qui la conseillaient même au début du mal, sont aujourd'hui un peu plus réservés et la considèrent comme applicable seulement aux cas où il y a large destruction des tissus et formation de granulations abondantes (Schüster).

Mais ces dernières sont justiciables du traitement spécifique aidé d'une médication locale simple. Aussi ne voulons-nous considérer l'évidement du nez que comme une méthode exceptionnelle, à n'appliquer que dans les cas où tout autre traitement a complètement échoué.

A la période atrophique, le traitement spécifique n'a plus aucune indication et l'on agira comme dans la rhinite atrophique simple.

Mais ce n'est pas tout, le tertiarisme du nez laisse des déformations définitives auxquelles on a cherché à remédier.

Dans les perforations du plancher des fosses nasales, il ne faut pas trop se hâter, le traitement amenant une réduction souvent inespérée de la perte de substance. Lorsque les bords de la perforation sont cicatrisés, il ne reste plus qu'à prescrire un appareil de prothèse, l'intervention chirurgicale donnant ici des résultats inconstants.

Il est plus difficile de remédier aux déformations du nez : nez en lorgnette, nez en pied de marmite, quelques disgracieuses qu'elles soient.

Mickulicz, dans quatre cas de nez ensellé (en lorgnette), avec destruction du système cartilagineux, après avoir pratiqué, par la voie sous-cutanée, la section des tractus cicatriciels, introduisit, dans chacune des fosses nasales, une tige métallique, recouverte de caoutchouc, recourbée en anse. Une des extrémités s'appuyait sur la partie inférieure de l'entrée des narines, l'autre soulevant le dos du nez; mais, par suite de la reproduction des tractus cicatriciels, l'introduction des tiges de support devint de plus en plus pénible et bientôt impossible. Néanmoins, il persista une légère amélioration plastique. Mickulicz a essayé encore d'un autre moyen, consistant à détacher le périoste et les parties molles de la face antérieure du maxillaire supérieur, à les reporter vers la partie médiane, et à les fixer, à l'aide de sutures. Le résultat fut assez favorable.

Le même auteur a encore pratiqué une rhinoplastie totale

(1) Mackenzie. Loc. cit.

(2) Schuster. *Die syphilis*, Berlin 1877, p. 95, et *Vertelj. f. Dermat. u. syph.*, Bd. V, s. 221-228.

(3) Schede. *Rich. v. Volkmanns's Beitræhe zur Chirurgie*, p. 268, Leipzig 1875.

chez un malade dont le squelette osseux et cartilagineux était détruit.

M. Chaput (1) a proposé un procédé qui semble de beaucoup supérieur. Voici en quoi consiste ce qu'il nomme prothèse métallique inter-cutanéo-muqueuse.

Après avoir encadré le nez par une incision en U à concavité inférieure, dont les extrémités inférieures correspondent au bord inférieur des ailes du nez, on dissèque avec soin la peau que l'on rabat, en évitant avec soin d'intéresser la muqueuse.

On place alors un trépied métallique en argent doré, que l'on fixe en haut au niveau de l'épine du frontal, en bas au maxillaire supérieur, un peu en dehors des ailes du nez. Pour que la fixation soit solide, on a foré de petits trous dans l'os. Pour les trous inférieurs, il faut décoller la muqueuse nasale avec la rugine, dans une étendue de 1 centimètre.

Le trépied fixé, on relève le lambeau cutané rabattu et on le suture, dans sa position première, avec du crin de Florence.

Le résultat immédiat, excellent, persiste : M. Chaput a pu suivre deux de ses opérés, l'un pendant quinze mois, l'autre pendant dix mois. L'appareil semble être toléré parfaitement; chez un de ses malades, le trépied fut mis à nu à la suite d'une dacryocystite suppurée, sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

III

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

A. **Syphilis héréditaire précoce.** — L'enfant naît rarement avec des symptômes de syphilis, on pourrait dire exceptionnellement; la première manifestation peut se faire sur la muqueuse nasale, sous la forme de coryza.

La syphilis héréditaire précoce atteint, soit le nez y compris les narines, soit les fosses nasales seules. Au niveau du nez extérieur, particulièrement du pourtour des narines, il se développe dans le sillon sous-nasal, ou dans le sillon naso-labial, de véritables plaques muqueuses qui, dans les cas graves, s'étendent soit vers les lèvres, soit vers l'angle interne de l'œil.

Le coryza syphilitique est une manifestation des plus précoces et des plus constantes de la syphilis héréditaire. Il est quelquefois inaugural et pourrait même rester isolé (West). Il a été très bien étudié, en 1847, par Trousseau et Lasègue (2). Rare avant le dixième ou quinzième jour, il se montre exceptionnellement après le huitième mois. Trousseau l'a observé au dixième mois.

Il se manifeste d'abord par les signes d'un coryza vulgaire, d'avec lequel il est impossible de le distinguer pendant la première semaine (Trousseau) : enchifrènement, sifflement perceptible à distance, tirage nasal la nuit (Dieulafoy). La succion est difficile par suite de l'obstruction nasale: l'enfant est obligé à chaque instant de quitter le sein pour respirer; il s'agite, crie et refuse de téter; il maigrit rapidement; cependant il n'y a pas de fièvre.

L'état reste le même, alors que dans le coryza vulgaire la tendance à la guérison est la règle, et l'écoulement, d'abord séreux, devient muco-purulent, puis purulent et sanieux, souvent mélangé de sang. L'épistaxis vraie est rare (Trousseau et Lasègue). La sécrétion se concrète en croûtes jaunâtres, à reflets verdâtres, quelquefois noircies par le sang.

Les narines sont hyperémiées, excoriées, fendillées, recouvertes de croûtes.

La muqueuse nasale est tuméfiée, quelquefois ulcérée (Parrot, Zeissl). Les lésions profondes (os, cartilages), considérées comme habituelles par Trousseau et Lasègue, sont ici exceptionnelles. Aussi bien, l'affaissement de la racine du nez, commun dans la syphilis héréditaire tardive, est-il rare chez le nouveau-né, et Parrot n'en a vu qu'un cas sur deux cents syphilitiques.

Le coryza syphilitique des nouveau-nés est d'une ténacité extrême, il persiste le dernier, lorsque la maladie se termine par la guérison, et jusqu'à la mort, lorsque celle-ci survient du fait d'autres lésions.

M. Sevestre a signalé comme fréquente, lorsque le coryza dure depuis quelques semaines, une rétraction spéciale des orifices antérieurs des narines. « La peau est, à ce niveau, plus lisse, plus tendue, comme attirée vers l'intérieur, et l'orifice est lui-même plus étroit; il semble, en un mot, que la narine se rétracte vers l'intérieur. »

Le diagnostic n'est pas toujours facile; les coryzas blennorragiques et streptococciques sont plus précoces; ils s'accompagnent souvent, surtout le dernier, d'un mouvement fébrile; le coryza aigu simple a une évolution plus rapide; enfin, le caractère séro-sanguinolent et la ténacité de l'écoulement nasal doivent toujours faire songer à la syphilis.

Quel sera le traitement? L'iodure de potassium, dit M. Dieulafoy, est tout au plus fait pour la nourrice; les frictions sur une peau aussi délicate que celle du nouveau-né provoquent rapidement un érythème mercuriel.

Le moyen le plus sûr consiste à donner 1 gramme de liqueur de Van Swieten par jour, dans une tasse de lait, en trois ou quatre fois. Nous y ajoutons souvent la teinture d'iode à la dose de 1 goutte dans un peu de lait, deux à trois fois *pro die*. L'effet est en général très rapide.

Lorsque l'administration de ces médicaments par la bouche détermine des troubles gastriques, ou bien s'il y a de la diarrhée, on aura recours aux bains de sublimé.

On prescrira 1 gramme de sublimé au maximum, dissous dans de l'alcool, à mettre dans les bains de l'enfant, si la peau est saine. Lorsqu'il existe, au contraire, des manifestations cutanées, surtout si elles sont ulcéreuses, la dose sera abaissée à 50, 20 et même 10 centigrammes. Les bains seront quotidiens.

B. **Syphilis héréditaire tardive du nez.** — Longtemps mises sur le compte de la scrofule, les manifestations de la syphilis héréditaire tardive sur le nez sont aujourd'hui bien connues, grâce surtout aux remarquables travaux de M. le professeur Fournier. Elles sont fréquentes, et ce dernier auteur les a rencontrées 26 fois sur 212 hérédo-syphilitiques.

Les lésions peuvent porter sur les parties accessibles à la vue, tégument cutané, narines, ou sur les régions profondes.

Dans le premier cas, ce sont de petites papules tubériformes ou nodulaires, généralement multiples, souvent agminées, avec tendance ulcéreuse ou excoriative. Au niveau de l'orifice externe des narines, se développent sur les ulcé-

(1) Chaput. Réparation des difformités nasales par la prothèse métallique intercutanéo-muqueuse, Soc. de chir., 26 déc. 1894.

(2) Trousseau et Lasègue. De la syphilis constitutionnelle chez les enfants du premier âge, *Arch. gén. de méd.*, 1847.

rations des croûtes jaunâtres ou brunes, obstruant la lumière de l'orifice, trop souvent confondues avec l'impétigo strumeux.

Ces lésions, comme celles qui siègent dans la profondeur, ont pour caractéristique leur essence destructive et leur évolution indolore; l'aile du nez peut aussi être perforée, échancrée latéralement de dedans en dehors; la sous-cloison être érodée, etc.

Les lésions profondes, à préludes insignifiants, à évolution trompeuse, se démasquent tout d'un coup; elles atteignent la cloison, les cornets, les masses latérales de l'ethmoïde, les os propres, le plancher, bien plus rarement l'apophyse montante du maxillaire. Les symptômes, l'évolution sont les mêmes que dans la syphilis tertiaire de l'adulte : perforation du plancher, perforation et destruction de la cloison, avec affaissement consécutif (nez en lorgnette); destruction des os propres (nez en pied de marmite, etc.), etc. Nous ne reviendrons pas sur la description de ces lésions ni sur leur traitement, pour ne pas nous condamner à des redites continuelles.

DES TUMEURS ANÉVRYSMATIQUES DES OS

Par M. le docteur Péan,
Membre de l'Académie de médecine.

Les tumeurs anévrysmales des os, signalées pour la première fois en Angleterre, à la fin du siècle dernier, par Ellen et Percival Pott, furent, au début du siècle actuel, l'objet de recherches importantes de la part de Scarpa, de Lallemand, de Dupuytren, de Breschet, enfin, qui fit paraître sur ce sujet une monographie assez complète. Ces premiers auteurs pensaient que la nature du mal était bénigne, mais cette opinion devait être bientôt totalement modifiée.

Nélaton et Robin ont démontré que presque toutes ces observations n'étaient autres que des tumeurs à myéloplaxes, et, dans une thèse remarquable, Eugène Nélaton alla jusqu'à nier les tumeurs anévrysmales. Peu de temps après, Richet s'éleva contre cette opinion, qu'il trouva trop exclusive. Il n'en est pas moins démontré, grâce aux recherches histologiques, que ces tumeurs sont excessivement rares, si bien qu'il faut rechercher aujourd'hui avec soin tous les faits publiés dans la science pour en retrouver quelques exemples; et encore la plupart peuvent-ils être rattachés à des tumeurs mixtes, telles que les myéloplaxomes et les sarcomes télangiectasiques des os.

Pour mon compte personnel, après avoir vu la plupart des malades opérés par Nélaton, et en avoir observé un grand nombre d'analogues, je pus constater que les tumeurs anévrysmatiques des os sont aussi rares que les myéloplaxomes hématiques sont fréquents. Et c'est pour ce motif que je présente aujourd'hui les deux malades dont j'ai parlé plus haut, espérant que leurs observations ne seront pas inutiles à ceux qui entreprendront les recherches sur ce sujet.

Le premier cas a trait à un homme d'une cinquantaine d'années, qui me fut adressé par le docteur Savornin. Depuis deux ans, il avait à plusieurs reprises des hémorragies à la portion osseuse du palais. Chacune de ces hémorragies, qui avaient failli être mortelles et n'avaient pu être arrêtées que par la digito-pressure, se faisait par un petit bouton violacé, situé au milieu de la moitié droite de la voûte palatine, de la grosseur d'une lentille. A ce niveau, la fibro-muqueuse périostique était décollée, molle, dépressible, finement vasculaire, la déformation avait beaucoup de ressemblance avec celle qui accompagne certains abcès sous-périostiques de cause dentaire, qui ont été ouverts à plusieurs reprises. Je pensai même qu'il pouvait s'agir de quelque hémorragie provenant de la vascularisation ancienne, anormale, de cette membrane fongueuse, consécutive à une ostéo-périostite de cette nature, bien qu'il n'y ait eu aucune cause semblable à invoquer. Le malade, très effrayé de ces hémorragies, réclamait une intervention qui le mît sûrement à l'abri.

Je procédai alors de la façon suivante :

J'incisai d'avant en arrière la voûte osseuse du palais, depuis le voile jusqu'au rebord alvéolaire, les parties molles jusqu'à l'os; le milieu de l'incision correspondait au bouton pulsatile. Aussitôt, je vis sourdre un jet de sang du volume de celui que donnerait l'artère humérale, provenant de l'orifice situé dans la voûte palatine. La pression du doigt sur cet orifice suffit pour enrayer l'écoulement sanguin. Restait à savoir comment aborder une pareille tumeur. J'opérai, comme je l'ai toujours fait pour les tumeurs érectiles, en procédant de la périphérie au centre, et je commençai par attaquer la portion alvéolaire du palais avec la gouge et l'emporte-pièce. Sur toute la périphérie, les vaisseaux étaient dilatés, mais sans qu'il y ait trop de peine à obtenir l'hémostase. J'arrivai ainsi jusque sur la partie centrale, en voyant les vaisseaux du périoste très dilatés et leurs canaux très agrandis. Lorsque la tumeur eut été ainsi cernée sur toute sa périphérie, j'enlevai la portion centrale d'une façon complète, sans voir reparaître de jets inquiétants. La plaie fut traitée comme s'il s'agissait d'une résection du maxillaire faite pour tout autre motif, et la guérison fut rapide.

L'examen histologique, fait par Brault, montra qu'il n'y avait dans l'os et les tissus mous que du tissu angiomateux, sans trace d'autre tumeur. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue; grâce à un appareil prothétique construit par Michaels, il mange et parle avec facilité.

L'autre malade est une jeune Américaine de quartorze ans, dont le père attribue la tumeur à un coup violent qu'elle s'est donné, en tombant brusquement sur un bouton de porte pendant qu'elle courait. Aussitôt après survinrent des traces d'ecchymose intenses, qui disparurent par la suite. Les parents ne furent pas surpris, dix-huit mois après l'accident, de voir une tumeur, localisée à la région sous-cubitaire, un peu violacée, se produire et s'accroître en six mois, du côté de la paupière inférieure, du nez et de la joue, au point d'amener une déformation considérable. Cette tumeur avait le volume et la forme d'une moitié d'orange et semblait être purement érectile. Elle avait si bien envahi la paupière inférieure, qu'elle paraissait être sur le point de pénétrer dans l'orbite, surtout du côté du grand angle. Les symptômes étaient tellement semblables à ceux d'une tumeur érectile artérioso-veineuse, que dans son pays d'origine, comme en France, où elle fut examinée par plusieurs chirurgiens, le diagnostic n'était pas douteux. C'est même pour ce motif qu'aucun d'eux ne voulut tenter de l'aborder autrement que par des injections sous-cutanées de liquides coagulants ou par la ligature de l'artère faciale. On lui avait même proposé de lier la carotide primitive.

En raison du siège et de l'étendue du mal, je pensai que le mieux était de traiter la tumeur par l'ablation, aussi com-

plète que possible, au moyen d'une incision qui me permettrait de l'aborder sur toute sa périphérie, sans laisser de cicatrice apparente, sans léser les branches les plus importantes du nerf facial, et sans exposer la malade à une trop grande perte de sang. Voici comment je procédai :

Après avoir assuré l'hémostase préventive sur toute la périphérie avec une série de pinces à mors longs, suivant ma méthode, je fis une incision qui longea les sillons jugo-palpébral et jugo-nasal et qui revint transversalement en dehors, au niveau de la commissure labiale. Cette section ne comprit que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, afin de ménager les troncs nerveux. Je détachai ensuite, de dedans en dehors, les téguments avec le bistouri et les ciseaux et je poursuivis la dissection de la périphérie au centre; ce temps de l'opération ouvrit de nombreux vaisseaux qui furent aussitôt pincés; j'enlevai ainsi par morcellement le tissu érectile depuis la peau jusqu'au périoste et je reconnus que la surface du maxillaire supérieur n'était pas déformée. Tout en enlevant les tissus suspects, j'eus soin de respecter le mieux possible ceux qui n'étaient pas sérieusement envahis et de ne pas intéresser les filets du nerf facial. Il ne me restait plus qu'à enlever les gros vaisseaux qui parcouraient en tous sens le périoste. J'excisai ceux qui le recouvraient au niveau du point où la branche montante du maxillaire s'articule avec l'unguis, lorsque tout à coup je vis saillir un jet sanguin aussi gros que celui que donnerait la blessure d'une carotide. Je le fis réprimer avec le doigt d'un aide. Poursuivant la dissection, je vis, avec non moins de surprise, un jet de sang, aussi volumineux que le précédent, s'échapper par un autre orifice. Je le fis réprimer à son tour avec le doigt d'un second aide. Je terminai ensuite l'ablation de tout le tissu angiomateux. Mais je pris le parti de ne pas réséquer le maxillaire lui-même, la famille n'étant pas plus que moi disposée à laisser défigurer cette enfant. Il s'agissait toutefois d'enrayer le cours du sang dans les vaisseaux anévrysmatiques qu'il contenait. Pour y parvenir, j'obturai tout d'abord avec un fosset de bois l'orifice osseux situé au-dessous du canal sous-orbitaire. Dès que le jet de sang fut suspendu de ce côté, je me disposai à agir de même pour l'orifice osseux situé au grand angle de l'orbite. Je constatai avec plaisir que le fosset introduit dans le précédent avait suffi pour enrayer le cours du sang de ce côté, preuve évidente qu'ils communiquaient ensemble. Il ne me restait plus qu'à réappliquer le lambeau cutané dont je suturai les bords avec un surjet de catgut, à laisser un drain à la partie déclive et à recouvrir le tout d'un pansement antiseptique.

L'examen histologique du tissu enlevé dans les parties molles confirma ce que la vue avait démontré, qu'il ne s'agissait que d'un tissu angiomateux semblable à celui d'une tumeur érectile. L'os ayant été respecté, les vaisseaux qu'ils contenaient ne purent être examinés.

Ces deux observations ont, comme on le voit, un véritable intérêt, en ce qu'au cours de l'opération et à la suite on n'a trouvé ni dans les os, ni dans les parties molles, aucune trace de tumeur solide de nature suspecte. Si donc, en se basant sur la rareté des anévrysmes artérioso-veineux des os et sur ce que, chez la jeune fille, on n'a pas enlevé le tissu osseux qui, d'ailleurs, n'était pas déformé, on eût été tenté d'admettre qu'il s'agissait d'une tumeur d'une autre nature, il nous était tout au moins permis d'en douter, d'autant plus que les phénomènes qui ont accompagné le développement de la tumeur et qui se sont manifestés au cours de l'opération prouvent qu'elle s'est comportée en tout point comme un véritable anévrysme. En voyant que le calibre des vaisseaux intra-osseux était assez agrandi pour donner un jet qui, en quelques instants, eût été mortel s'il n'avait pas été immédiatement enrayé, on ne peut méconnaître que la tumeur différait absolument de ce que l'on rencontre journellement dans la pratique et de tout ce qui a été signalé par les auteurs à propos des tumeurs myéloplaxiques et sarcomateuses, même les plus vasculaires. Il est vrai que l'on trouve dans la science peu d'exemples de jets sanguins aussi menaçants dans les anévrysmes des os.

Pour tous ces motifs, nous sommes autorisé à conclure :

1° Que les anévrysmes des os, bien qu'ils soient extrêmement rares, existent et ne doivent pas être toujours confondus, comme l'ont fait plusieurs chirurgiens, avec d'autres tumeurs hématiques, telles que les myéloplaxomes et les sarcomes;

2° Qu'ils peuvent s'accompagner d'angiomes des parties molles ambiantes ayant les mêmes symptômes et la même structure que les tumeurs érectiles et artérioso-veineuses;

3° Qu'il est difficile de démontrer si ces dernières en sont la cause ou l'effet;

4° Qu'il n'est pas toujours possible de déterminer à l'avance leur coexistence;

5° Que celle-ci peut être soupçonnée lorsque l'angiome des parties molles recouvre un os superficiel, qu'il succède à un traumatisme et qu'il se développe avec une très grande rapidité, en donnant lieu à des hémorragies graves, à répétition;

6° Qu'elle ne peut être affirmée chez un certain nombre de malades avant que le tissu érectile des parties molles ait été enlevé;

7° Que cette ablation est indispensable pour distinguer les anévrysmes, macroscopiquement et histologiquement, des autres tumeurs types ou mixtes des os;

8° Qu'elle est singulièrement facilitée par le pincement préventif et temporaire;

9° Qu'elle donne lieu, au moment de l'excision des vaisseaux périostiques qui se continuent avec les vaisseaux anévrysmatiques des os, à un ou plusieurs jets de sang, assez volumineux pour entraîner la mort, s'ils ne sont pas immédiatement réprimés;

10° Que ces vaisseaux osseux, ne pouvant être liés ou pincés d'une façon efficace, il faut leur appliquer d'autres modes d'hémostase;

11° Que le plus simple consiste à les obturer avec le doigt d'abord, avec un fosset ensuite;

12° Qu'un seul fosset suffit parfois pour arrêter un double jet sanguin, même très important, provenant de deux orifices osseux distincts;

13° Que ces corps étrangers sont bien tolérés, ne gênent pas la réunion par première intention et permettent de guérir certains anévrysmes des os, à la condition d'enlever au préalable tout le tissu érectile des parties bonnes en viande;

14° Mais que le moyen le plus sûr de prévenir la récidive est, sans contredit, d'enlever simultanément tout le tissu morbide et tous les vaisseaux qui entrent dans la composition de la tumeur, aussi bien dans les os que dans les parties molles.

MÉDECINE PRATIQUE

La pelade chez les enfants. — En présence d'une pelade chez l'enfant, M. Feulard fait enduire tous les soirs le cuir chevelu d'une pommade soufrée au dixième et contenant un peu d'acide salicylique; le lendemain matin, tout le cuir chevelu est lavé et savonné avec un savon d'acide salicylique, puis frictionné avec une brosse douce, imbibée d'une solution alcoolique contenant une petite proportion de sublimé à 1 ou 2 p. 1000.

Ce traitement appliqué sur la totalité du cuir chevelu a pour but d'empêcher des ensemencements nouveaux de la maladie et de combattre la raréfaction générale de la chevelure si souvent existante.

Quant au traitement de la plaque elle-même, M. Feulard emploie des badigeonnages avec une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100 et même 2 p. 100 avec addition d'un dixième d'acide acétique.

Les résultats, ajoute M. Feulard, ont été extraordinaires. Les enfants traités en ville ont guéri rapidement, beaucoup plus rapidement qu'avec l'acide acétique employé à dose plus élevée, mais seul. (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*)

Traitement de l'impétigo. — 1° Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes de fécule, des pulvérisations et des compresses humides.

2° Onctions avec la vaseline boriquée, qui suffit le plus souvent, ou la pâte de zinc salicylée à 2 p. 100, ou la pommade ci-après (Dubreuilh) :

Vaseline.	} *ââ*	50 grammes.
Axonge		
Oxyde de zinc.		20 —
Acide salicylique		2 —
Acétate de plomb cristallisé. .		1 —

On peut encore isoler chaque élément avec une rondelle de Vigo ou de taffetas rouge de Vidal (Brocq).

Personnellement, nous avons l'habitude, jugeant la pommade boriquée presque toujours insuffisante, d'employer la formule suivante :

Axonge	100 grammes.
Précipité jaune.	3 —
Huile de bouleau.	2 —
Oxyde de zinc	30 —

(*Abeille médicale.*)

Le podophyllin chez les enfants. — Voici les conseils que donne M. Le Gendre sur l'emploi du podophyllin chez les enfants :

De 0 à 2 ans. . . .	abstention.
De 3 à 5 ans. . . .	1 à 3 centigrammes.
De 5 à 10 ans. . . .	3 à 5 —

Dans un peu de miel ou en pilules.

Bouchut le prescrivait de la façon suivante :

Podophyllin	5 centigrammes.
Cognac.	5 grammes.
Sirop de guimauve	95 —

Une à deux cuillerées à café dans les trois ou quatre jours.

De la théobromine. — M. Huchard résume ainsi l'action thérapeutique de la théobromine :

1° Elle doit être rangée dans la classe des diurétiques épithéliaux fonctionnels de Manquat, et est inoffensive pour le rein;

2° Elle n'exerce aucune action sur le cœur, les vaisseaux et le système nerveux; pas d'excitation cérébrale;

3° Elle est très peu toxique, même à haute dose;

4° La durée de son action diurétique est moins longue que celle de la digitale, mais plus prolongée qu'avec la caféine;

5° Elle ne produit que très rarement des troubles digestifs, surtout si on la donne en cachets de 50 centigrammes;

6° Elle n'offre aucun danger d'accoutumance ou d'accumulation;

7° Elle est indiquée dans les hydropisies d'origine cardiaque et même dans l'anasarque brightique.

M. Huchard la prescrit à la dose de 3 à 5 grammes pendant quatre jours seulement en cachets de 50 centigrammes. Prendre 8 cachets le premier jour, 6 le deuxième et le troisième, et 4 le dernier.

On peut utiliser les propriétés toniques de la théobromine en la prescrivant à petites doses, d'une façon continue, pendant plusieurs semaines, et en l'associant au phosphate de soude.

Théobromine.	} 10 à 20 grammes.
Phosphate neutre de soude.	

Pour 40 cachets. Un cachet au commencement de chaque repas. (*Journ. de clin. et de thérap.*)

Traitement du prurit scrotal. — M. Brocq conseille les enveloppements phéniqués, c'est-à-dire avec des compresses de tarlatane trempée dans la solution suivante :

Acide phénique.	20 grammes.
Glycérine	75 —
Alcool.	25 —
Eau distillée.	300 —

à employer coupée de trois parties d'eau.

A l'intérieur, il recommande, sans parler du régime, l'antipyrine, surtout en cas d'*accès* de prurit, et aussi l'acide phénique, que l'on pourrait pousser jusqu'à 20 et 60 centigrammes par jour.

Pilules avec :

Acide phénique	5 centigrammes.
Extrait de valériane . . .	10 —
Poudre de valériane . . .	20 —

pour une pilule à prendre aux repas. De une à quatre ou cinq par jour. (*Journ. des mal. cut. et syph.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1896. — Présidence de M. MONOD.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

M. SEGOND rappelle que, dans son argumentation, M. Picqué, analysant une observation de M. Pinard, lui reprochait : 1° d'être intervenu trop tard; 2° de n'avoir pas pratiqué l'ablation complète du placenta. M. Segond répond à ces deux accusations : 1° que la malade n'a pas été opérée plus tôt parce qu'elle venait de province et n'a été vue par M. Pinard que deux ou trois jours avant l'opération; 2° que l'autopsie ayant montré qu'il existait des adhérences très intimes entre le placenta et l'intestin, M. Pinard n'avait eu qu'à se féliciter de n'avoir pas cherché à en faire l'ablation complète.

M. PICQUÉ répond à M. Segond qu'il n'a jamais été dans son intention d'accuser de quoi que ce soit M. Pinard. Puis, rentrant dans la discussion, M. Picqué résume toutes les opinions qui ont été émises et termine en maintenant ses premières conclusions.

RAPPORT

Taille hypogastrique. — M. SEGOND fait un rapport sur trois observations de taille sus-pubienne, adressées par M. Barette, et toutes trois suivies de guérison.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de quatre

ans et demi, qui portait un gros calcul. M. Barette lui fit la taille hypogastrique et l'enfant guérit.

Le second cas a trait à un homme de quarante-deux ans, qui portait un calcul très dur. Taille hypogastrique, guérison.

Le troisième cas est absolument semblable aux deux premiers.

Il faut féliciter M. Barette, puisque sur ces trois cas il a obtenu trois guérisons parfaites. Mais la conduite qu'il a tenue était-elle bien légitime? Dans le premier cas, il a préféré la taille à la lithotritie, à cause du jeune âge du sujet. M. Segond fait observer que la lithotritie peut être parfaitement pratiquée chez un enfant de cet âge. Il l'a pratiquée ainsi dans trois cas avec succès. Chez le second malade, M. Barette ayant trouvé, en explorant la vessie, que le calcul donnait un son très clair, en a conclu que ce calcul devait être très dur, et c'est pourquoi, dans ce cas comme dans le premier, il a préféré la taille à la lithotritie. Enfin, dans le troisième cas, M. Barette a essayé de faire la lithotritie, et n'ayant pu arriver à saisir le calcul, il a abandonné cette opération pour la taille hypogastrique.

Sans vouloir renouveler une étude comparative de la taille et de la lithotritie, M. Segond fait remarquer que la plupart des chirurgiens tendent à abandonner la lithotritie pour la taille, certainement beaucoup plus facile à pratiquer. Il faut être très habitué à la lithotritie pour la bien faire, tandis que tout chirurgien peut faire la taille convenablement.

Parmi les contre-indications de la lithotritie et les indications de la taille, il faut aussi faire intervenir l'état général du sujet, le degré d'infection des reins. Mais en dehors de ces circonstances, il faut bien convenir que c'est la plus grande facilité opératoire de la taille qui lui fait donner la préférence sur la lithotritie.

Ainsi, pour en revenir aux faits de M. Barette, M. Segond estime que ces trois cas étaient plutôt justiciables de la lithotritie que de la taille. La question du jeune âge du premier sujet n'est pas de nature à faire rejeter la lithotritie. Celle-ci, en effet, est parfaitement praticable chez l'enfant. Quant aux deux autres malades, il est hors de doute qu'ils auraient pu être lithotritiés. M. Barette a donc été un peu vite en se décidant si promptement pour la taille chez ces trois malades.

Dans le cas où M. Barette a essayé la lithotritie, il a injecté une trop grande quantité de liquide dans la vessie. Enfin, M. Barette a drainé et fistulé la vessie dans ses trois opérations. Il eût été plus rationnel d'en faire la suture immédiate, sans drainage.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que les habiles lithotriteurs ne sont pas tout à fait dans leur droit quand ils reprochent aux chirurgiens ordinaires de faire trop aisément la taille dans des cas où la lithotritie serait préférable. Il y a M. Guyon et quelques-uns de ses élèves qui font très bien et très habilement la lithotritie. C'est là une question individuelle. Mais en dehors de ces quelques personnalités, la grande majorité des chirurgiens a bien plus de chances de faire une bonne taille qu'une bonne lithotritie. Or, M. Barette est probablement de ceux-là. Il n'a sans doute pas une grande habitude de la lithotritie et c'est pourquoi M. Championnière le féliciterait plutôt qu'il ne le blâmerait d'avoir préféré, chez ses malades, la taille à la lithotritie. Il aurait peut-être fait une très mauvaise lithotritie, tandis qu'il a fait, somme toute, une bonne taille, puisque ses trois malades ont bien guéri. En résumé, il faut une habitude spéciale de la lithotritie pour la bien faire. C'est pourquoi on ne saurait blâmer les chirurgiens qui font de la chirurgie générale, de préférer une opération aussi simple et aussi bénigne que la taille sus-pubienne.

M. FELIZET ne veut parler que des enfants. Quand on mettait en parallèle autrefois la taille périnéale avec la lithotritie, on pouvait hésiter. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui. La taille sus-pubienne a, sur la lithotritie, l'avantage de débarrasser l'enfant en une seule séance. En outre, chez l'enfant, l'urèthre et le méat sont très petits, ce qui rend plus difficile l'emploi d'un lithotriteur. Pour ces raisons et pour d'autres encore, M. Felizet conçoit très bien qu'on préfère la taille à la lithotritie chez l'enfant.

M. SEGOND partage complètement l'avis de M. Championnière. Comme lui, s'il avait un calcul dans la vessie et qu'il dût se faire opérer par un chirurgien qui ne serait pas spécialement habitué à la lithotritie, il préférerait de beaucoup qu'on lui fît la taille sus-pubienne.

M. Segond accepte également les objections de M. Felizet contre la lithotritie chez l'enfant. Toutefois il persiste à croire que cette opération eût été parfaitement praticable chez le petit malade de M. Barette.

COMMUNICATIONS

Laparotomie pour invagination intestinale. — M. BROCA relate deux cas d'invagination intestinale, qu'il a observés chez des enfants de cinq et six mois. Dans l'un, dont il présente la pièce, l'intervention ne fut pratiquée qu'au sixième jour. On trouva une section complète, au collet, du cylindre invaginé. Ce cylindre, formé par la fin de l'iléon, arrivait jusqu'à la partie supérieure du rectum et était entièrement gangrené. Le cylindre invaginant, formé par le côlon, était sphacélé en partie et se rompit. Cet échec est dû incontestablement à ce que l'opération a été trop tardive : quand l'enfant a été opéré, il avait 40°5, ce qui indiquait la péritonite par perforation. En opérant de bonne heure, on peut avoir des succès remarquables : M. Broca a guéri récemment une enfant de six mois, opérée au troisième jour. On lui trouva deux invaginations : une descendante, iléo-colique, et une ascendante, de l'S iliaque, se rencontrant par leur sommet vers l'angle gauche du côlon. La désinvagination fut faite en exprimant en sens inverse les boudins invaginés et non en tirant sur eux au collet. Chez ces deux enfants, on sentait un boudin vers l'hypocondre gauche. Il est à remarquer que, sur 103 cas d'invagination chez l'enfant, réunis tout récemment par F.-H. Wiggin, il n'y a presque que des observations anglaises, quelques rares américaines et allemandes, et pas une seule française.

Trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse. — M. BROCA présente un enfant auquel il a pratiqué, il y a six mois, la trépanation complète de l'apophyse mastoïde et de la caisse du tympan pour une fistule mastoïdienne ancienne, ayant plusieurs années de date et accompagnée de nécrose.

Derrière l'oreille, s'ouvre une cavité cylindrique, partout épidermiée, ayant 1 centimètre de diamètre et environ 2 centimètres et demi de profondeur. Elle aboutit en dedans à un orifice qui est celui de la trompe d'Eustache. Elle a été créée par un évidement presque complet du rocher, évidement fait de proche en proche, en suivant les voies naturelles, et on peut se rendre compte que le facial est resté intact, ce qui n'a pas lieu dans le procédé préconisé par M. Chaput.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 24. — MARDI 25 FÉVRIER 1896. 69e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1896. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lucien de Courteix (du Chastelet).

— MM. Herbet, Lardennois, Le Fur, internes des hôpitaux, ont commencé leur conférence d'externat, à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), et la continueront tous les vendredis, à trois heures et demie.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1895

Par MM. les docteurs Passant et Hautecœur.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	19	24	6	49
2e	13	34	8	55
3e	32	57	14	103
4e	65	82	50	197
5e	36	59	26	121
6e	19	32	11	62
7e	24	25	15	64
8e	4	19	3	19
9e	16	20	4	40
10e	26	54	12	92
11e	131	229	92	432
12e	40	73	24	146
13e	96	166	63	325
14e	75	150	59	284
15e	72	134	54	260
16e	11	24	7	42
17e	48	99	38	185
18e	154	113	156	423
19e	94	138	77	309
20e	187	260	165	612
	1171	1785	884	3840

La moyenne des visites est de 41,74 par nuit. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 32,9.

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	250
Croup	43
Coqueluche	16
Affections de la bouche, nez, oreilles	15
B. Asthme	58
Affections du cœur	159
Bronchites aiguës et grippe	404
Bronchites chroniques, tuberculoses pulmonaires	233
Pleuro-pneumonie, congestion pulmonaire	298
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	387
Cholérine	80
Dysenterie	51
Athrepsie	32
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	142
Hernie étranglée	31
Rétention d'urine, cystites	36
D. Métrite, métro-péritonite	71
Métrorragie	93
Fausse-couche	108
Accouchement, délivrance	227
Accouchements non terminés	28
E. Affections cérébrales	105
Convulsions, éclampsies	67
Névralgie	88
Névroses	93
Épilepsie, hystérie	41
Aliénation mentale	2
Alcoolisme, delirium tremens	23
F. Rhumatisme	41
Affections éruptives, rougeole principalement	148
Fièvres	116
Fièvre typhoïde	16
Hémorragies de causes internes et externes	86
G. Plaies, contusions	112
Fractures, luxations, entorses	30
Brûlures	4
Empoisonnements	10
Asphyxie par le charbon	8
Suicide	4
H. Mort à l'arrivée du médecin	84
Total	3840

Les hommes entrent dans la proportion de 30,50 p. 100.
Les femmes — — 46,48 —
Les enfants — — 23,02 —

Visites du quatrième trimestre de 1894 . . . 3029
Visites du quatrième trimestre de 1895 . . . 3840

Différence en plus, pour 1895. 811

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1895

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre	1239	1864	600	3703
2e trimestre	968	1390	591	2949
3e trimestre	1078	1618	860	3556
4e trimestre	1171	1785	884	3840
	4456	6657	2935	14048

Pour l'année 1894, le nombre des visites était de. . . 12439

Différence en plus pour 1895 1609

Paris, le 24 février 1896.

Au moment où la lutte pour la vie devient si difficile dans notre profession, au moment où l'on n'entend de toutes parts que plaintes et récriminations, il nous paraît utile de publier certains faits qui nous sont communiqués, et dont la vulgarisation peut intéresser le corps médical.

C'est ainsi qu'un de nos vieux abonnés (trop vieux même, dit-il, non sans mélancolie), nous raconte le fait suivant :

« Dans une commune de 1800 habitants, existe un tyranneau de village, sabotier il y a dix ans, ayant fait fortune dans les vins et eaux-de-vie.

Dans son incommensurable vanité de parvenu, ledit sabotier avait rêvé d'être le maire de sa commune. Les élections municipales de 1892 ne lui ayant pas été favorables, il choisit, comme bouc émissaire de son orgueil blessé, le médecin de la localité et fit venir de la Faculté voisine un concurrent qui, par son teint, paraissait être d'origine créole ou nègre. Après être resté pendant trois ans à la solde du personnage en question, nourri, logé et véhiculé par lui, le médecin de couleur a quitté le pays. Vous croiriez peut-être que le monsieur dont il s'agit a été embarrassé pour trouver d'autres médecins? Pas du tout.

Depuis le 17 novembre dernier, jour de départ du premier, cinq étudiants en médecine de la même Faculté sont allés, à tour de rôle, prêter leur bienveillant concours à l'intéressant personnage; et tous les cinq ont trouvé comme fort naturel, et probablement aussi comme très avantageux, d'accepter de sa part le logement, la nourriture, les frais de voyage et la somme de 10 francs par jour. En ce moment, on attend le sixième.

Voilà donc des étudiants en médecine, de futurs confrères, qui, moyennant les conditions sus-énoncées, ne croient pas démériter en se mettant au service des rancunes et des vengeances d'un personnage quelconque. Ils savent parfaitement qu'ils sont là pour combattre un des leurs, qu'ils coudoient tous les jours, mais qu'ils se gardent bien de saluer; et ils acceptent volontiers de jouer ce triste rôle...

Que de pareils faits se répètent souvent et ils finiront par prouver aux moins prévenus que la solidarité et la dignité médicale sont de vains mots. »

Et notre confrère continue en disant : « Alors adieu sociétés locales, association générale! Les médecins fortunés garderont leurs cotisations annuelles plutôt que d'en faire profiter des indignes. » Et il termine ainsi : « J'en connais pour ma part qui vont commencer par envoyer leur démission. »

Le mal que nous signale notre correspondant est trop réel; mais, suivant nous, il ne faut pas se décourager. Ce n'est point au moment où le péril devient plus grand qu'il convient de déserter. C'est, au contraire, le moment de se grouper, de se soutenir, d'avoir entre confrères des rapports d'une impeccable correction, sans compromettre toutefois, par une intransigeance excessive, la bonne harmonie qui doit régner entre nous. Étant donné les mille difficultés de tous ordres qui hérissent la pratique, il faudrait, avant de juger un confrère, connaître par le détail les faits dont on le croit coupable; se garder de le juger de loin avec sévérité et de répandre dans le public un jugement souvent sans bases suffisantes et établi à la légère. L'indulgence est, à notre avis, la condition nécessaire pour grouper et retenir les bonnes volontés.

Mais le fait que nous signale notre correspondant, s'il nous a suggéré ces réflexions générales, n'en subsiste pas moins, monstrueux! Aussi convient-il d'en tirer quelque enseignement.

Tout d'abord, ce fait que cinq ou six étudiants viennent se mettre à la solde d'un industriel pour nuire au médecin de sa localité, ne nous indique-t-il point qu'il conviendrait, dans chaque Faculté, d'instituer à l'usage des élèves un cours de déontologie médicale, qui permît aux jeunes docteurs de se guider dès les premiers pas dans la carrière?

C'est ainsi que, dans une petite ville de province, un jeune médecin, nouvellement reçu et venant d'acquérir une clientèle, se trouve, à la suite et sur les conseils de son prédécesseur, devenir le médecin d'une Société de secours mutuels. Or, les confrères, justement lésés par les tarifs peu rémunérateurs de cette société, avaient pensé qu'au départ du médecin titulaire ils pourraient imposer des conditions plus acceptables. Mais, la maladie du titulaire, son remplacement rapide par un jeune confrère anéantit leur légitime espoir. Il arriva que nos confrères, irrités, mirent le nouveau venu à l'index, et refusèrent avec lui toute consultation. Nous ne voulons pas juger le fait, d'une façon absolue. Mais, s'il y a eu inexpérience de la part du jeune débutant qui a signé un engagement sur les conseils de son prédécesseur, n'y a-t-il pas excès de sévérité de la part des aînés? Cet état de guerre, dans cette petite ville de province, n'est pas sans jeter sur nous quelque discrédit. C'est pourquoi nous répétons que, s'il convient d'instruire mieux les jeunes de leur devoir et de leurs droits, il convient aussi de prêcher l'indulgence et la concorde qui feront plus pour la bonne renommée du corps médical que ne le feraient d'intransigeants conseils.

Une deuxième réflexion nous est également suggérée par la lettre de notre correspondant.

On nous a parfois reproché de ne point faire paraître dans nos colonnes la liste des postes médicaux vacants : nous répondrons, et nous avons déjà répondu, que souvent la vacance annoncée n'est qu'illusoire; elle sert la rancune du maire, ou du conseil municipal, ou d'un simple tyranneau d'une commune dont le médecin a cessé de plaire; parfois l'annonce émane d'un pharmacien en lutte avec le médecin, et publier de telles annonces, c'est faire le jeu de nos ennemis au détriment de nos intérêts. C'est pourquoi la *Gazette des hôpitaux* ne publie pas de liste de postes vacants, liste dont elle ne saurait contrôler ni l'exactitude, ni la sincérité.

M. Hayem est revenu sur la question de l'**urobilinurie chez les tuberculeux**, à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux. Il pense que la tuberculose pulmonaire ne donne pas lieu par elle-même à l'urobilinurie. Il faut qu'il y ait quelque détermination ou quelque localisation hépatique, de nature elle-même tuberculeuse ou surajoutée à la tuberculose, comme l'alcoolisme.

M. Chantemesse fait, à ce propos, une remarque intéressante : les grands animaux, les chevaux par exemple, qui succombent à l'Institut Pasteur, après des injections de toxines microbiennes, présentent souvent, pendant leur vie, une urobilinurie accentuée; à l'autopsie, on trouve des lésions marquées du foie et, plus particulièrement, de la dégénérescence graisseuse.

Il semble ainsi que les lésions infectieuses de cet organe soient souvent la cause de son fonctionnement incomplet et de l'apparition de l'urobiline dans l'urine.

M. Marie présente un malade atteint de lésions multiples de la peau; on y trouve des taches pigmentaires brunâtres, du molluscum et de petites tumeurs sous-cutanées souvent disposées en chapelet. Celles-ci seraient, d'après Recklingshausen, des fibromes développés aux dépens de la gaine des nerfs, aussi a-t-il donné à cette maladie le nom de **neurofibromatose généralisée**. M. Landowski, qui a étudié en France des faits analogues, est arrivé à la même conclusion. Par contre, M. Marie n'a pas pu retrouver de tubes nerveux dans les tumeurs fibreuses; peut-être les éléments nerveux avaient-ils été complètement étouffés et détruits par la prolifération fibreuse.

M. Weill (de Lyon) avait déjà signalé la **desquamation au moment de la défervescence chez les enfants atteints de fièvre typhoïde**.

M. Comby l'a retrouvée dans tous les cas qu'il a étudiés à ce point de vue. Parfois il s'agit d'une desquamation furfuracée, parfois d'une desquamation lamelleuse; on la rencontre sur le tronc et à la racine des membres, jamais aux extrémités ou à la face. Elle serait due aux sudamina; elle se montre tout aussi bien chez les malades baignés que chez ceux qui ne l'ont pas été.

M. d'Heilly demande à M. Chantemesse au bout de combien de temps s'altère le **sérum anti-diphtérique**. Réponse : le sérum s'altère plus rapidement à la lumière que dans l'obscurité. Bien conservé, il garderait sa valeur cinq ou six mois.

Mais pourquoi ne pas mettre la date de l'émission sur les flacons livrés au commerce par l'Institut Pasteur? Cela forcerait tout au moins les pharmaciens à renouveler leur provision de temps en temps.

M. Talamon rappelle, avec raison, qu'il a le premier proposé la théorie qui attribue la pathogénie de l'**appendicite** à l'oblitération de l'appendice et aux microbes enfermés dans la cavité close ainsi constituée.

M. Louis Guinon a observé deux cas d'**abcès sous-cutanés** survenus chez des malades atteints de pneumonie. Ils se sont produits aux points au niveau desquels avaient été pratiquées des injections hypodermiques de caféine. Il y avait eu là évidemment un point d'appel pour les microbes et les leucocytes. Dans le cas présent, les microbes étaient des **pneumocoques**.

On se rappelle sans doute que, sur la proposition de M. Gaucher, une commission avait été nommée avec la mission d'étudier s'il y avait lieu de demander aux praticiens de France s'ils avaient eu des accidents en employant le sérum anti-diphtérique. La commission avait rédigé un questionnaire très détaillé, destiné à servir de guide aux médecins dans la rédaction de leurs observations. Devait-on l'adresser directement aux praticiens ou faire reproduire cette note par les journaux? La première façon de faire eût coûté fort cher sans amener un nombre suffisant de réponses irréprochables et utilisables; la seconde en eût amené beaucoup moins encore.

La Société, pensant que des questions de ce genre ne se jugent pas par le suffrage universel, a décidé de ne pas faire l'enquête proposée par M. Gaucher. Elle nous paraît avoir sagement fait. Les médecins qui ont à dire quelque chose d'intéressant sur l'emploi du sérum, le diront bien sans y être sollicités, et la question, comme beaucoup d'autres, se jugera par l'épreuve du temps.

M. Launois demande d'une façon assez indiscrète pourquoi M. Potain, désigné en première ligne par la Société pour la représenter au conseil de surveillance de l'Assistance publique, n'a pas encore reçu l'investiture officielle. S'il n'est pas éligible bien qu'émargeant comme médecin de la Charité, que ne le dit-on? S'il est éligible, pourquoi ne le nomme-t-on pas?

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Les spores des microbes et le phénomène de la sporulation.

Par le docteur Paul Remlinger,

Médecin aide-major, attaché au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

Les bactéries ne se reproduisent pas uniquement par division, soit transversale (l'immense majorité des microbes), soit longitudinale (Pasteuriacées). Elles présentent encore un autre mode de reproduction : la reproduction par spores, qui doit faire l'objet de cette étude.

La spore a été découverte par Pasteur en 1869 (1). Il décrivit chez le bacille de la flacherie des vers à soie des grains brillants, pouvant être mis en liberté par résorption du corps bacillaire, très tolérants vis-à-vis des agents extérieurs et susceptibles de donner naissance à un nouveau bacille. Cohn (2), un peu plus tard, décrivit avec détails la formation de spores chez le *bacillus subtilis*. Puis Koch (3), examinant en goutte suspendue une culture de la bactéridie charbonneuse dans de l'humeur aqueuse de bœuf, parvint à suivre pas à pas le développement des spores.

Depuis, les spores ont été découvertes chez un grand nombre d'espèces microbiennes. Il fut longtemps classique de dire qu'elles pouvaient prendre naissance dans deux conditions différentes. Chez certaines espèces, enseignait-on, la reproduction par spores est le mode de reproduction habituel ou bien ces espèces se reproduisent indifféremment par spores et par division transversale. Chez d'autres, au contraire, les spores n'apparaissent que lorsque l'espèce se trouve dans des conditions défavorables, par exemple quand le milieu nutritif s'épuise ou que la température s'élève. Les spores présentant aux agents de destruction une résistance plus grande que les formes bacillaires, l'espèce trouve dans la sporulation un moyen de traverser une période difficile. Il faut bien l'avouer, cette dernière idée a aujourd'hui vécu. Il n'existe pas d'espèces microbiennes susceptibles de former des spores, uniquement lorsque les conditions d'existence laissent à désirer; c'est en vain qu'on chercherait à en citer une seule et la sporulation n'a pas, au point de vue de la conservation des espèces, l'importance qu'on lui avait attribuée aux premiers temps de la bactériologie. Il existe aussi un certain nombre d'espèces microbiennes chez qui la présence des spores n'a jamais été constatée, mais que leur résistance vis-à-vis des agents destructeurs fait supposer douées de ce mode de reproduction. Enfin un très grand nombre d'espèces ne jouissent d'autre mode de reproduction que la scissiparité.

---

(1) Pasteur. *Étude sur les maladies des vers à soie*, Paris 1870.

(2) Cohn. Untersüchungen über Bacterien, *Cohn's Beitr. z. Biol. der Pflanzen*, B. I, 2e partie.

(3) Koch. Die Etiologie der Milzbrandkrankeit, *Cohn's Beitr, z. Biol. der Pflanzen*, B. II., p. 277.

On distingue, depuis les travaux de de Bary (1), deux espèces de spores, les endospores et les arthrospores, suivant que la spore se forme aux dépens d'une partie seulement de la substance du microbe, ou suivant que le corps tout entier de celui-ci contribue à la former.

Les endospores s'observent chez un grand nombre de bacilles. Dans les filaments, les spores apparaissent sous forme de petits grains brillants, de dimensions moins considérables que le diamètre des filaments et disposés les uns à la suite des autres comme des grains de chapelet. Il ne se forme qu'une seule spore par article, mais la grande minceur des cloisons des bacilles qui forment le filament fait croire à la présence de chapelets de spores développées dans la même cellule. Chez les bacilles, on voit parfois la spore, de diamètre inférieur au diamètre du bacille, occuper soit une des extrémités, soit le centre du corps bacillaire. D'autres fois le diamètre de la spore est plus considérable que celui du bacille; il se produit au niveau de la spore un renflement. Ce renflement peut être terminal, ce qui donne au bacille sporulé l'aspect d'une épingle. D'autres fois il n'est pas tout à fait terminal; le corps d'un bacille forme un petit éperon en avant du renflement sporifère. Enfin souvent, le renflement est médian et le bacille prend l'aspect d'un battant de cloche (claustridium).

Les arthrospores s'observent chez les coccus. Elles sont beaucoup moins différenciées que les endospores. Quelquefois les spores sont plus grosses que les autres éléments; leur aspect est plus réfringent; leur membrane est plus épaisse. C'est ce qui s'observe chez le leuconostoc mesenteroïdes, chez le micrococcus ochroleucus; chez la sarcina pulmonum, on voit également les éléments qui vont se sporuler, se distinguer par un volume plus considérable. Mais bien souvent aussi, il est impossible de distinguer les spores des cellules ordinaires. La seule caractéristique des spores est alors leur résistance aux causes de destruction. Quand cette résistance est peu marquée, il n'y a pas de criterium de la formation ou de la non-formation des spores. Il est possible d'admettre l'une ou l'autre de ces deux hypothèses. C'est ce qui a lieu pour le streptocoque par exemple.

Nous avons vu qu'au rebours de l'opinion classique, il était impossible de faire apparaître des spores chez des bactéries qui ne se reproduisent pas d'ordinaire par sporulation en soumettant leurs cultures à des influences nocives, à celles de la chaleur ou des antiseptiques, par exemple. On peut tout au contraire, à l'aide de ces mêmes moyens, faire perdre à des bactéries, pour qui la sporulation constitue le mode de reproduction habituel, le pouvoir de se reproduire par spores. C'est ainsi que la bactéridie charbonneuse, cultivée à 42,5, ne forme plus de spores. Cette perte de la faculté de sporulation peut même, si on opère dans certaines conditions, devenir définitive et se transmettre aux générations ultérieures. En un mot, il est possible de créer de véritables races asporogènes d'espèces bactériennes qui, d'ordinaire, se reproduisent par sporulation. Ce sont MM. Chamberland et Roux (2), qui ont découvert qu'on pouvait priver définitivement la bactéridie du charbon de la propriété de former des spores. Ensemençant du sang charbonneux dans des ballons contenant un bouillon additionné de 1 p. 2000 de bichromate de potasse, ils virent qu'à partir du huitième jour ces cultures ne donnaient plus de spores et qu'il en était de même pour toutes les cultures successives issues de celles-ci; les bactéridies asporogènes étaient pathogènes pour le cobaye. Il n'y a donc pas de rapport entre la sporulation et la virulence. M. Roux (1) montra, quelques années plus tard, qu'on arrivait à un résultat identique en semant du sang de cobaye dans du bouillon de veau phéniqué à 4 ou 6 p. 100. De leur côté, Lehmann et Behring sont arrivés à obtenir du charbon asporogène. Lehmann (2) en rencontra dans des cultures anciennes sur gélatine qui se trouvaient dans le laboratoire de Koch. Behring (3) obtint du charbon asporogène en cultivant du charbon pendant 2 à 3 mois à la température de la chambre, dans de la gélatine additionnée d'acide chlorhydrique ou d'acide rosolique. Plus récemment, M. Phisalix (4) a obtenu des résultats identiques à l'aide de cultures en série faites à 42 degrés. Les procédés pour obtenir du charbon asporogène sont, on le voit, nombreux. MM. Surmont et Arnould (5), qui viennent de reprendre cette question, donnent la préférence au procédé de M. Roux à l'acide phénique. Mais ils établissent que toutes les races du bacillus anthracis ne présentent pas la même facilité à être transformées en bactéridies asporogènes. Lorsqu'on a affaire à une race très résistante, il importe, avant de faire agir l'acide phénique, de soumettre la bactéridie à des cultures en série à la température de 42 degrés, avec réensemencement de cinq en cinq jours.

On n'a guère étudié jusqu'ici, que sur la bactéridie charbonneuse, cette propriété de perdre la faculté de sporulation. MM. Vaillard et Vincent (6) ont signalé cependant la possibilité d'obtenir du tétanos asporogène. Est-ce à dire que cette propriété ne se rencontre pas chez d'autres bactéries? Il est bien probable que, si on l'y cherchait, on l'y rencontrerait. Peut-être la trouverait-on, par exemple, chez le bacillus subtilis, qui présente, à la virulence près, de telles analogies avec le bacille du charbon qu'on a pu soutenir l'identité de ces deux espèces (7)?... Nous devons ajouter que, si on examine au microscope une bactéridie charbonneuse asporogène, on voit de loin, en loin le long des filaments, des corpuscules brillants. Chauveau (8) qui les a découverts leur a donné le nom de microspores ou de fausses spores. Si l'aspect de ces corpuscules les fait ressembler beaucoup à des spores véritables, il n'en est pas de même de leurs propriétés biologiques. Les microspores, en effet, ne possèdent aucun des caractères biologiques de la spore véritable, en particulier sa résistance aux agents de destruction.

---

(1) De Bary. *Vergleichen der Morphologie und Biologie der Pilza Mycetozoen und Bacterien*, Leipzig 1884, et *Leçons sur les bactéries*, traduct. par Wazserzug, Paris 1886.

(2) Chamberland et Roux. *C. R. de l'Acad. des sc.*, séance du 9 avril 1883, vol. XCVI, p. 1088.

(1) Roux. Bactéridie charbonneuse asporogène, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1890, p. 25.

(2) Lehmann. Sur la formation des spores du charbon, Soc. d'anat. et de physiol. de Munich, *Münch. med. Wochens.*, juin 1887.

(3) Behring. Beitrage zur Œtiologie der Milzbrand, *Zeits. f. Hygien*, 1889, t. VII.

(4) Phisalix. Influence de la chaleur sur la propriété sporogène du bacillus anthracis, abolition persistante de cette fonction par hérédité des caractères acquis, *Arch. de physiol.*, 1893, p. 217.

(5) Surmont et Arnould. Recherches sur la production du bacille du charbon asporogène. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894, p. 817.

(6) Vaillard et Vincent. Contribution à l'étude du tétanos, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1891.

(7) Friedlander. Die Identität von Bacillus subtilis und B. anthracis, *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1880.

(8) Chauveau. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1883.

Dans quelles conditions, les bactéries forment-elles des spores? Nous avons vu que, contrairement à ce qui est enseigné généralement, les microbes, dont la sporulation ne constitue pas le mode de reproduction habituel, ne forment pas de spores si les conditions de vie deviennent mauvaises. Tout au contraire, les microbes ne forment de spores que si les conditions d'existence sont optimum, c'est ainsi que le bacille du charbon. aérobie comme on sait, ne donne de spores qu'en présence de l'air. Il ne se forme pas de spores dans le sang de l'animal charbonneux où il n'y a pas d'oxygène libre. Par contre à la surface du cadavre charbonneux, la bactéridie se sporule car, sortant par les naseaux, le rectum, les éraillures de la peau, le sang vient au contact de l'air. De plus, la bactéridie charbonneuse ne donne de spores que dans des limites de température comprises entre 25 et 42 degrés... Tous les milieux nutritifs ne sont pas également favorables : les spores du charbon se forment avec prédilection dans de l'humeur aqueuse de bœuf ou de la gélose non additionnée de peptone. A l'inverse du bacille du charbon, la plupart des microbes forment très bien leurs spores dans l'organisme vivant. Tel est le cas du bacille du tétanos, du vibrion septique, du bacterium Chauvœi ; le système musculaire est alors particulièrement favorable au développement des spores. C'est dans les muscles qu'on observe les plus belles spores de la septicémie et du charbon symptomatique.

Quel est, au milieu d'un filament bacillaire, le mécanisme de la formation de la spore? Lorsqu'un microbe va former une spore, s'il est mobile, il s'arrête, il se gonfle souvent dans toute son étendue ou seulement en un point. Au milieu du renflement, un point clair se montre, une sorte de vacuole qui grandit, prend une grande réfringence et s'entoure d'une membrane d'enveloppe assez épaisse. La spore est formée. Le contenu de cette membrane d'enveloppe est pour les uns une gouttelette graisseuse [Koch (1)], pour d'autres du protoplasma (Brefeld, Prazniowski, Nenki (2). Les spores sont mises en liberté par gélification de la membrane des bâtonnets qui les ont produites. Tantôt elles peuvent germer de suite, tantôt elles ont besoin d'une période de repos. Lorsque la spore va germer, elle pâlit; la membrane se rompt; il en sort un petit prolongement qui en très peu de temps gagne l'aspect et les dimensions des cellules végétatives de l'espèce. Un excellent sujet pour l'étude de ces diverses phases est fourni par le bacillus megalerium. La formation et la germination des spores présentent, chez un certain nombre d'espèces microbiennes, des différences de détail sur lesquelles nous ne croyons pas devoir insister.

La grande réfringence des spores permet, en général, de les voir très nettement sur une préparation à l'état frais. Elles apparaissent alors sous forme de points opaques, brillants, pourvus d'un éclat gras particulier. Mais elles ne sont pas visibles à l'aide des procédés ordinaires de coloration. Elles apparaissent, dans ce cas, sous forme de taches claires, au milieu du bacille coloré. D'où l'aspect en raquette du tétanos, etc... Le principe sur lequel on s'appuie pour la coloration des spores est le même que celui sur lequel on se fonde pour la coloration du bacille de Koch, à savoir que, si ces spores, se colorent difficilement elles sont également très difficiles à décolorer ; cette difficulté de la coloration est due à la résistance de la membrane d'enveloppe de la spore ; il faut arriver à vaincre son imperméabilité, de manière à permettre aux colorants de diffuser dans son intérieur. On pourrait à la rigueur se contenter de faire agir sur la préparation la matière colorante à chaud. Les spores et les bacilles seraient colorés de la même façon. Mais bien mieux vaut faire une double coloration à l'aide d'un des procédés suivants. Neisser (1) fait agir une demi-heure le liquide de Ziehl à chaud. Il décolore le corps bacillaire à l'aide de l'alcool absolu. Les spores demeurent colorées en rouge. Il fait agir ensuite le bleu de méthylène, de manière à colorer en bleu le corps du bacille. On se rend bien mieux compte, à l'aide de cette double coloration, des rapports qui existent entre la spore et le corps du microbe. Möller (2) emploie un procédé un peu différent. Il étale sur une lamelle une culture sur agar non peptonisé. Il sèche, fixe à l'alcool absolu, puis plonge, pendant dix minutes, dans une solution d'acide chromique à 5 p. 100, de manière à mordancer la paroi des spores. Il lave à l'eau et fait agir par chauffages successifs la fuchsine de Ziehl. Il lave, il décolore le corps du bacille à l'aide d'une solution d'acide sulfurique à 5 p. 100 et le colore ensuite à l'aide du bleu de méthylène. Une variante a été apportée à ce procédé par Büchner (3), qui colore les spores dans le Ziehl à la température de 120 degrés : à cette température, le microbe est mort, la spore est encore vivante. Dans ces conditions, la différenciation est un peu plus nette. Ces trois procédés sont très faciles à mettre en pratique et ils donnent de très bons résultats.

On est exposé à rencontrer dans les préparations bactériologiques trois sortes d'éléments, avec lesquels il ne faut pas confondre les spores, ce sont des espaces clairs, certaines concrétions protoplasmiques et des granulations très fortement colorées. Chez un grand nombre de microbes, la couleur est localisée aux deux extrémités du bâtonnet, le milieu restant incolore. Ils présentent ainsi un espace clair que, de prime abord, on est tenté de prendre pour une spore. Le bacille d'Eberth, surtout lorsqu'il provient directement de l'organisme, se montre souvent sous cet aspect.

La facilité avec laquelle on arrive à colorer ces espaces clairs, pour peu qu'on insiste sur la matière colorante, l'impossibilité où l'on se trouve au contraire d'obtenir une double coloration permettent un diagnostic facile et rapide. Le bacille d'Eberth, le bactérium coli présentent souvent à une de leurs extrémités une petite sphère claire, réfringente. Gaffky (4), qui le premier signala cet aspect, avait fait de cette sphère non colorable une spore. Mais Büchner (5) a montré que les granulations brillantes de l'une des extrémités du bacille typhique ou du bactérium coli n'étaient que des granulations protoplasmiques. Ces granulations protoplasmiques se montrent avec prédilection dans les cultures sur pomme de terre et elles paraissent liées à l'acidité de ce milieu nutritif. Du reste ces bacilles soi disant sporulés ne résistent pas plus à l'action de la chaleur que les bacilles

(1) Koch. Loc. cit.
(2) Cités par Macé. *Traité pratique de bactériologie*, p. 53.

(1) Neisser, cité par Roux. *Cours de bactériologie, professé à l'Institut Pasteur.*
(2) Möller. Nouvelle méthode de coloration des spores, *Centralbl. f. Bakt.*, t. X, p. 9.
(3) Buchner. Ueber das Verhalten der Spallpilzsporen gegen Anilinfarbstoffe, *Ærtzlich Intelligenzblatt*, 1884.
(4) Gaffky. Zur Œtiologie der Abdominal typhus, *Mittheil. aus dem Kaiserl. Gesund.*, t. II, 1884, p. 372.
(5) Buchner. Spores du bacille typhique. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. II, p. 577.

ordinaires. Pfühl (1) en 1888 a confirmé les recherches de Büchner, dont l'opinion est aujourd'hui couramment admise. Certains microbes enfin, au lieu de présenter dans les préparations colorées un corps bacillaire continu, montrent parfois une succession de zones claires et de zones colorées. Ces zones colorées forment autant de granulations qu'on est tenté de prendre pour des spores. Le bacille de Koch se montre souvent dans les crachats et dans les cultures avec cet aspect granuleux. On n'est nullement autorisé à voir là des spores. Granuleux ou non, le bacille de Koch en culture ne paraît pas résister plus de dix minutes à 70 degrés et cinq minutes d'ébullition paraissent assurer pleinement sa destruction, même dans les crachats, où il est protégé par les matières albuminoïdes qui l'englobent.

Il est de notion vulgaire que les spores présentent une résistance plus grande que les bacilles et que les autres formes microbiennes aux agents de destruction : chaleur, dessiccation, actions de l'oxygène, de la lumière, etc. Ce fait est bien établi pour un grand nombre de bacilles pathogènes, charbon, tétanos, vibrion septique, et pour quelques bactéries saprophytes (bacillus subtilis, bactérie de la pomme de terre). Ainsi la bactéridie charbonneuse, soumise à une température de 65 degrés, périt en 15 minutes ; sa spore au contraire résiste 15 minutes à 90 degrés et 5 minutes à 100 degrés. La spore tétanique résiste 6 heures à une température de 80 degrés ; elle résiste 1 à 2 heures à 90 degrés et 8 minutes à 100 degrés; tandis que le bacille non sporulé présente une résistance infiniment moins grande [Vaillard et Vincent (2)]. Cette résistance paraît due à l'extrême cohésion de la membrane de la spore. Cette cohésion est telle chez certaines espèces que Büchner (3) a pu faire germer des spores de bacillus subtilis qui avaient séjourné dans de l'acide sulfurique concentré. A l'appui de cette explication, on peut citer aussi la difficulté qu'on éprouve à colorer les spores. Cette résistance est mise à profit dans les laboratoires lorsqu'on veut savoir si une culture donnée renferme des spores. Une petite quantité de cette culture est renfermée dans une ampoule de verre et soumise deux ou trois minutes à la température de l'ébullition. Cette culture chauffée est ensuite réensemencée. Si l'ensemencement est positif, nul doute que la culture initiale ne renfermât des spores. Cette résistance des spores est utilisée aussi pour la séparation des espèces microbiennes. Les spores ne sont pas influencées par des antiseptiques tels que le chloroforme, qui sont nocifs au contraire pour des espèces non sporulées. D'où, si une culture impure est traitée par le chloroforme, puis réensemencée, les espèces sporulées se développeront seules. La chaleur peut être utilisée de même. La température de 80 degrés prolongée dix minutes, ou celle de l'ébullition maintenue deux ou trois minutes, tuent les espèces non sporulées, mais laissent en général les spores intactes. Un point intéressant dans l'étude des spores et qui paraît intimement lié à la résistance qu'elles présentent aux agents de destruction, c'est ce fait qu'elles conservent avec une ténacité extraordinaire la virulence de la bactéridie qui leur a donné naissance. Pasteur se heurta à cette propriété lorsqu'il étudia la vaccination anti-charbonneuse à l'aide de cultures atténuées. Ne pouvant surmonter l'obstacle, il dut le tourner. Il dut atténuer dans leur virulence des cultures de bacillus anthracis faites à 42°5 c'est-à-dire à une température où la bactéridie charbonneuse ne forme pas de spores.

De la grande résistance opposée par les spores aux agents de destruction, découle naturellement leur grande importance dans l'étiologie des maladies. Les spores des microbes sont fréquemment introduites dans l'organisme humain. Or, si ces faits démontrent que, dans certains cas, les cellules amiboïdes peuvent détruire en se les incorporant les spores pathogènes, cette action est loin d'être constante. Elle se produit surtout chez des personnes immunisées. Très souvent au contraire, les spores ne sont pas détruites ; elles germent et la maladie s'ensuit. Parfois elle s'ensuit immédiatement ; d'autres fois les spores conservent leur vitalité dans l'organisme sans y germer : elles ne se développeront que plus tard, sous des influences variées et mal connues. L'exemple le plus typique du rôle des spores dans la genèse des maladies est celui du charbon. La transmission du charbon de l'animal à l'animal ou de l'animal à l'homme est en majeure partie une question de spores. Le bacillus anthracis forme des spores à la surface du cadavre des animaux enfouis en terre. Les spores transportées à la surface du sol par les vers de terre, ainsi que l'ont démontré les travaux de M. Pasteur, sont absorbées par les animaux qui contractent la maladie par ce procédé. Les spores vivent très longtemps dans la dépouille des animaux morts charbonneux et ainsi se fait la contagion à l'homme. Les porteurs de la halle aux cuirs, les mégissiers, les hommes même qui, très longtemps après le décès de l'animal, fabriquent des brosses avec ses poils ou trient sa laine, peuvent contracter la maladie. Dans une observation de M. Girode (1), l'agent du contage fut les spores charbonneuses demeurées adhérentes aux poils d'une brosse, ce qui implique chez elle une durée bien longue de la vitalité et de la virulence. Si les spores jouent un grand rôle dans l'étiologie du charbon, elles ne jouent pas un rôle moindre dans l'étiologie du tétanos. Ces spores vivent indéfiniment dans la terre. Une terre rapportée des Nouvelles-Hébrides à M. le professeur Vaillard est encore tétanigène trois ans après son prélèvement. Elles conservent très longtemps leur virulence à la surface des flèches dont elles constituent le poison, dans certaines peuplades, comme l'ont montré les travaux de M. Le Dantec (2). De même en pathologie animale, on sait que les épidémies de tétanos de castration sont dues à des spores susceptibles de conserver pendant des annéee leur vitalité à la surface des cassots qu'elles ont souillés un jour accidentellement. L'étiologie du tétanos est donc grandement une question de spores, tout comme l'étiologie du charbon. Nous pourrions en dire autant de l'étiologie de la septicémie, peut-être aussi de celle du charbon symptomatique. Quelques auteurs font

(1) Pfuhl. Sur la formation des spores du bacille typhique, *Centralbl. f. Bakt.*, t. IV, n° 25.

(2) Vaillard et Vincent. Loc. cit.

Nota. — Un élève de Baumgarten, Rosenthal (*Centralbl. f. Bakt.*, 1888, t. III, p. 397), a décrit au bacille de la morve cultivé depuis un certain temps sur pomme de terre des spores qui feraient exception à cette règle de la grande résistance opposée aux agents de destruction. En effet — bien que sporulées d'après Rosenthal — les cultures sur pomme de terre du bacille de la morve ne conservent pas au delà d'un mois leur vitalité. Nous n'avons pas réussi sur deux cultures de bacille de la morve à retrouver les spores décrites par cet auteur. Nous y avons décelé simplement un état granuleux du bacille. Peut-être est-ce cette succession de bandes alternativement claires et colorées qui en a imposé à Rosenthal pour des spores...

(3) Buchner. Loc. cit.

(1) Surmont et Arnould. Loc. cit.

(2) Le Dantec. *Ann. de l'Inst. Pasteur.*

jouer, dans la tuberculose héréditaire, un rôle aux spores hypothétiques du bacille de Koch. Pour Mayet et Desplans, ces spores pourraient être transmises de la mère au fœtus. Elles sommeilleraient dans l'organisme de celui-ci jusqu'à ce qu'une cause occasionnelle vînt favoriser leur développement. Ainsi se trouve expliqué le fait que la tuberculose héréditaire n'apparaît souvent que plusieurs mois ou plusieurs années après la naissance. MM. Mayet et Desplans (1) comparent ces spores à ces grains de blé qui ont sommeillé pendant des siècles dans les pyramides d'Egypte et qui, plantés ensuite, n'en ont pas moins donné naissance à une plante. M. Soller [de Bordeaux (2)] fait une hypothèse analogue mais il suppose que les spores héréditairement transmises de parents tuberculeux aux enfants tendent à s'éliminer chez ceux-ci. La tuberculose n'apparaît que lorsque cette élimination se trouve gênée. La tuberculose héréditaire nous apparaît alors comme une affection par rétention parasitaire, par rétention des spores.

Ce rôle hypothétique des spores dans la transmission héréditaire de la tuberculose n'était pas nécessaire pour prouver leur grande importance dans l'étiologie des maladies. Cette importance, elles la doivent à leur grande résistance aux agents de destruction. D'où la nécessité de soumettre à la désinfection, et à une désinfection point banale mais très sérieuse, tous les objets, toutes les substances qu'on suppose avoir été contaminés par elles. En l'état des choses, la désinfection à l'étuve par la vapeur d'eau sous pression paraît pouvoir seule réaliser de façon satisfaisante la destruction des spores.

(1) Desplans. Th. de Lyon, 1888. — Remlinger. *Étude sur l'hérédité de la tuberculose*, Th. de Lyon, 1893.

(2) Soller. Congr. de la tubercul., 1891.

REVUE DE LA PRESSE

Influence des bains chauds ou tièdes sur les règles. — En 1892, Matweïeff publie une série d'observations qui démontrent que les bains salins ou de boue à 27, 28 degrés, ont une influence favorable sur la menstruation, au point de vue des douleurs, de la quantité du sang perdu et de la durée de l'écoulement; et cela aussi bien chez les femmes bien portantes que chez celles qui sont atteintes d'affections génitales quelconques. M. Mironoff, qui a fait de nombreuses observations pour vérifier ces données, a pu aussi constater que les bains alcalino-salins à 27 ou 28 degrés, pris pendant les règles par des malades atteintes d'affections gynécologiques, agissent comme un excellent sédatif; la quantité de sang perdu n'est pas modifiée ou bien est légèrement diminuée. En se basant sur ces résultats, l'auteur a cherché à savoir quelle sera l'influence sur la menstruation des bains à température plus élevée, car ce sont surtout ces derniers qu'on a l'occasion de recommander en gynécologie. Comme dans les affections utéro-annexielles, les ménorragies sont très fréquentes et très douloureuses, et comme on a, en général, l'habitude d'interrompre les bains pendant l'époque menstruelle, par crainte d'hémorragie plus grave, on voit quel est l'intérêt de la question.

Mais dans cette nouvelle série de recherches, M. Mironoff ne faisait prendre à ses malades que des bains chauds simples, c'est-à-dire sans alcalins ni sels, de sorte que leur effet était bien dû à la température seule; d'autre part, comme des bains entiers de 31 à 32 degrés R. affaiblissent beaucoup, il ne leur faisait prendre que des demi-bains. Après ces demi-bains la réaction se montre cependant sur tout le corps et dure environ trente minutes.

Il résulte des 20 observations rapportées par l'auteur, que les bains chauds, pris pendant la menstruation, n'augmentent nullement la quantité de sang perdu mais, au contraire, la diminuent souvent. En même temps, ils calment les douleurs qui accompagnent les affections inflammatoires de l'appareil génital. Ils sont donc d'une réelle utilité, aussi bien pendant la période menstruelle qu'en dehors d'elle. (*Ejendelnic*, 1895, n° 22.)

Influence du bromure de lithium sur l'albuminurie et la diurèse dans la néphrite épithéliale. — M. K. Poliakoff expérimente, depuis 1893, l'effet de ce sel chez les néphritiques; il a eu l'occasion de l'employer dans 22 cas, dont quelques-uns se rapportent à des femmes enceintes. Il prescrit cette substance d'après la formule suivante :

Bromure de lithium . . .	1 à 2 grammes.
Bicarbonate de soude. . .	4 —
Essence de menthe	II gouttes.
Eau distillée	240 grammes.

à prendre trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Les résultats obtenus par l'auteur sont analogues à ceux qu'on obtient avec le lactate de strontium.

Le bromure de lithium active la diurèse, surtout dans les néphrites aiguës; après un emploi prolongé de ce sel, l'urine devient neutre ou alcaline. Chez 9 malades sur 10 soignées à l'hôpital, et chez 3 traités à la consultation pour une néphrite aiguë, l'albuminurie a été notablement diminuée, et cela non seulement pendant la diurèse, mais pendant toute la durée de la maladie, et dès le troisième jour de son administration. Par contre, dans les cas de néphrite chronique, la diminution d'albumine était moins notable, et encore ne l'était-elle que chez 5 malades sur 9; il faut dire, cependant, que tous ces malades étaient traités à la consultation et se livraient en même temps à leurs travaux habituels. L'auteur a, en outre, constaté que la diminution de l'albuminurie ne dépasse pas un certain degré; si l'on veut voir l'albumine diminuer encore plus, il faut interrompre l'administration du médicament pendant deux ou trois jours, puis recommencer à la même dose ou à une dose un peu plus forte.

Une fois seulement le bromure de lithine a provoqué l'hématurie, et deux fois des nausées et des vomissements; tous ces phénomènes s'arrêtèrent, d'ailleurs, dès qu'on suspendit la médication.

Dans la néphrite gravidique et dans un cas d'éclampsie puerpérale, les résultats obtenus par l'administration de ce médicament, étaient, au point de vue de l'albuminurie, aussi favorables que dans la néphrite aiguë non gravidique : le régime lacté n'est pas de rigueur, ainsi que semble le prouver un cas où le malade, ne pouvant supporter le lait, mangeait du pain et des œufs (cinq par jour); malgré cela, son albuminurie, grâce à la lithine, diminua très rapidement, et au bout de quinze jours il n'en resta plus de traces. D'ailleurs, aucun des autres malades n'était au régime lacté absolu.

L'insuffisance cardiaque ne paraît pas être une contre-indication; quant au pouls, M. Poliakoff n'a pu trouver aucun rapport entre l'administration du bromure de lithine et l'état de celui-ci. On peut, en somme, tirer de ces observations la conclusion que le bromure de lithine active toujours la diurèse, et fait fortement diminuer ou disparaître l'albumine dans la néphrite aiguë; dans la néphrite chronique, il agit moins bien. (*Wratsch*, 1895, n° 29.)

Splénopexie. — Les extirpations de la rate atteinte de tumeur, d'hypertrophie palustre ou leucocytémique très considérable, ou de rate mobile, s'accompagnent générale-

ment d'hémorragies excessivement abondantes. La ligature des vaisseaux spléniques, proposée par Köster, dans le but d'amener l'atrophie de l'organe, n'a pas donné de résultat favorable. Le procédé du professeur Sneguireff (de Moscou), qui consiste à employer la vapeur pour arrêter l'hémorragie au cours des interventions sur les parenchymes, paraît donner des résultats beaucoup plus satisfaisants, et permet, en cas, par exemple, de néoplasie, de faire l'extirpation de la tumeur, tout en laissant la rate en place. Cette possibilité de ne plus priver l'organisme de rate, est très importante, étant donné le rôle, quoique encore peu clair, mais certainement, cependant, très important de cet organe dans l'hématopoièse, la formation d'hémoglobine, la phagocytose et la digestion. Néanmoins, les splénotomies se font encore assez souvent, et surtout en cas de rate mobile. M. V. Zikoff, qui s'élève contre cette tendance, trouve que la rate ne doit être complètement enlevée que : 1° lorsque l'extirpation de la tumeur de cet organe et la splénotomie partielle sont impossibles; 2° lorsque l'affection splénique n'est pas secondaire à une affection générale; 3° lorsqu'on ne peut guère espérer que la rate altérée puisse encore remplir ses fonctions. Quant à l'ablation de la rate mobile et atteinte d'hypertrophie simple et où l'organe peut très bien fonctionner, la splénectomie ne devrait jamais être faite.

Or, dans la plupart des cas, on enlève précisément une rate atteinte d'hypertrophie simple ou consécutive à une maladie générale (impaludisme, leucémie). Pour pouvoir intervenir efficacement, surtout sur la rate mobile, M. Zikoff a expérimenté, sur la proposition du professeur Levschine, un autre mode de traitement : la splénopexie. La technique est fort simple : la rate est enveloppée dans un réseau formé de catgut stérilisé, puis ensuite attirée par des sutures aux parois abdominales. L'autopsie des animaux, sacrifiés quinze jours, trois et quatre semaines après la fixation de la rate, a démontré que cet organe diminue, par suite de cette opération, notablement de volume et adhère intimement à la paroi abdominale, principalement au niveau des points où ont passé les fils de suture, et où se forment des tractus fibreux fermes, allant du péritoine pariétal à la rate; souvent l'épiploon y adhère. D'après ces expériences, l'auteur conclut que :

1° La rate peut être solidement fixée à la paroi abdominale, à l'aide d'un réseau de catgut;

2° Il suffit, à cet effet, de fixer la partie moyenne de l'organe;

3° La rate fixée diminue de volume, probablement par suite de développement de tractus fibreux qui se développent autour des fils de catgut;

4° Ces derniers jouent donc le principal rôle dans la fixation;

5° La rate fixée continue à fonctionner;

6° Les irritations superficielles et cautérisations de la rate (que l'auteur a faites chez un chien), faites pour obtenir une adhérence plus intime, sont nuisibles, car elles provoquent des adhérences avec les organes voisins. (*Wratsch*, 1895, n° 36.)

Intoxication par l'acide phénique chez un nouveau-né. — Le *Wiener medical Presse* rapporte un cas d'intoxication mortelle survenue chez un enfant auquel on a fait un pansement phéniqué à la suite d'une circoncision rituelle. La solution à 3 p. 100 a été appliquée sur du coton une première fois par l'opérateur. Bien que l'urine présentât le même jour une couleur noire, le pansement fut renouvelé le lendemain par la sage-femme. La mort survint quarante-huit heures après l'opération.

Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos lecteurs sur le danger considérable qui existe à se servir de solutions phéniquées, même à une dose très faible. Voici un autre exemple où l'intoxication survint chez un jeune enfant de quatre mois, à la suite de l'emploi de compresses imprégnées d'une solution à 1 pour 100 d'acide phénique et appliquées à la surface des téguments, sans qu'il existât de plaie pouvant augmenter le travail d'absorption.

Le lendemain de l'application, le petit malade était pâle, froid, couvert de sueurs, les urines étaient noires et rares. La cessation du pansement fit disparaître tous ces accidents alarmants.

Il résulte de ces deux faits que *jamais*, chez les nouveau-nés, il ne faut avoir recours à l'acide phénique, même employé en solutions très étendues.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pour l'examen pratique de l'urine à l'usage des médecins et des étudiants (1), par le docteur James TYSON, professeur de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie; traduction française de MM. GAUTRELET et CLARKE.

Le professeur James Tyson a écrit un traité d'urologie qui a obtenu, dans l'Amérique du Nord et en Angleterre, un succès qui semble attesté par le chiffre d'éditions qu'il a atteint. C'est, en effet, la huitième édition de ce traité que MM. Gautrelet et Clarke viennent de traduire en français. On doit leur être reconnaissant de cette traduction dans laquelle ils ont, comme ils le disent, maintenu dans toute son intégrité le texte du professeur Tyson, voulant ainsi démontrer à leurs lecteurs quelle conscience et quel soin jaloux l'auteur apportait à l'exposé de son cours, dont le présent traité n'est que la rédaction. Certes, à cet égard, la lecture du livre du professeur Tyson nous a pleinement convaincu.

Ce livre est divisé en quatre parties. L'auteur, dans la première, présentée sous forme d'introduction, expose rapidement la théorie physique de Ludwig et les recherches d'Heidenhain sur la sécrétion de l'urine; il énumère les principaux réactifs et appareils employés pour l'examen de l'urine; il étudie enfin ses caractères généraux physiques et chimiques.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des méthodes de recherche qualitative et quantitative des principaux éléments normaux ou anormaux de l'urine.

A propos de l'albumine, l'auteur examine d'abord et discute, en vrai praticien, les deux procédés classiques pour la recherche de ce composé, à savoir : l'essai par la chaleur et celui par l'acide nitrique. Il passe ensuite en revue les autres méthodes de recherche de l'albumine. Les réactifs auxquels il accorde le plus de valeur comme sensibilité sont dans l'ordre suivant : acide picrique, tungstate de soude avec acide acétique, iodure de mercure et de potassium, ferrocyanure de potassium et solution nitro-magnésienne de Roberts. Rapprochant enfin ces dernières méthodes des deux procédés classiques, il conclut que, pour le présent du moins, il est plus sûr de prendre les essais par la chaleur et l'acide nitrique combinés en vue de confirmer ou étendre les résultats obtenus par les autres méthodes. Cette conclusion de l'auteur nous autorise peut-être à regretter que, dans un guide pratique, il ne s'en soit pas tenu à l'exposé des deux méthodes classiques.

L'auteur s'occupe ensuite de la recherche de la globuline et se borne à la description des procédés bien connus d'Hammarsten, de Lehmann et de Senator. Les différents procédés de recherche et de dosage de la mucine, des peptones, de la glucose et des autres matières sucrées sont très

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

complètement exposés. Très complètement faite aussi, l'étude des méthodes de recherche de l'acétone, des matières colorantes normales ou anormales de l'urine, des pigments et des acides biliaires.

A signaler, à propos des acides biliaires, la très judicieuse observation de l'auteur, faisant remarquer que, contrairement à ce que l'on pourrait croire d'après la lecture de la presque totalité des ouvrages de physiologie et d'urologie, la recherche dans les urines des acides de la bile par l'application directe des moyens indiqués par Pettenkofer ou par tous autres réactifs est pratiquement impossible, à moins que les acides biliaires ne soient présents en grande quantité.

A propos des acides biliaires encore, l'auteur indique la réaction du docteur Oliver, réaction encore peu connue, croyons-nous, et fondée sur le fait physiologique suivant, que les produits de la digestion gastrique, peptone et parapeptone, qui s'échappent de l'estomac en solution acide, aussitôt qu'ils sont parvenus en contact avec la bile, sont précipités en une masse ténue recouvrant entièrement la membrane muqueuse du duodénum.

L'urine albumineuse acidifiée ou l'urine chargée de peptone deviendrait donc un réactif pour les acides biliaires; mais, en acidulant par un produit antiseptique une solution de peptone, on aurait, d'après le docteur Oliver, un réactif beaucoup plus sensible.

L'urée étant le composant organique le plus important de l'urine, l'élément dont la connaissance présente, pour le médecin comme pour le physiologiste, l'intérêt le plus considérable, nous espérions, étant donné la forme générale de l'ouvrage du professeur Tyson, trouver sur ce sujet les développements les plus circonstanciés. Nous n'avons trouvé mentionnés que le procédé de Liebig et ceux basés sur l'emploi de l'hypochlorite et de l'hypobromite de soude. L'auteur passe complètement sous silence, oubli peu grave, la méthode basée sur l'action de l'urée sur l'acide azoteux, et, oubli plus grave, celle basée sur la transformation de l'urée, par hydratation, en carbonate d'ammoniaque, méthode qui, entre les mains de MM. Cazeneuve et Hugounencq, a pourtant donné de bons résultats. Mais, nous en tenant aux procédés cités par l'auteur, nous ne pouvons partager son avis relativement à la méthode de Liebig, en ce qui concerne du moins la rapidité de l'opération. Que la méthode de Liebig, malgré ses nombreuses causes d'erreur, puisse, après corrections, devenir entre les mains d'un opérateur habile une excellente méthode, très précieuse dans des recherches précises sur les métamorphoses de la matière dans l'économie, nous en convenons. Mais que cette méthode soit une méthode pratique, applicable cliniquement, nous ne pouvons l'admettre. Dès lors, la place relativement considérable que l'auteur lui accorde dans son guide pratique nous semble un peu trop grande.

La place dont nous disposons ne nous permet pas de suivre l'auteur dans l'exposé des nombreux procédés basés sur l'emploi des hypochlorites ou des hypobromites alcalines. Nous relèverons cependant qu'il ne mentionne pas l'appareil de Regnard, pourtant bien pratique, cliniquement.

Enfin, nous regretterons que, dans sa longue énumération des noms d'auteurs, il ait oublié de citer celui d'un urologue français qui avait pourtant quelque droit d'y figurer : M. Yvon. La fin du premier chapitre est consacrée à l'examen de l'acide urique, de l'acide hippurique, des différents éléments inorganiques de l'urine.

La deuxième partie est consacrée presque entièrement à l'étude des sédiments urinaires, qu'il distingue en sédiments non organisés et sédiments figurés. Les uns et les autres sont parfaitement étudiés. Enfin, effort un peu prématuré peut-être, le professeur Tyson tente un diagnostic différentiel des maladies du rein, basé sur les associations plus ou moins grandes de signes correspondant aux conditions diverses d'altérations rénales. Il fait d'ailleurs à cet égard les plus grandes réserves.

Dans la troisième partie, l'auteur, en un tableau dichotomique qui nous paraît extrêmement pratique, expose la détermination qualitative des calculs urinaires.

En résumé, l'ouvrage du professeur Tyson est très complet. C'est, en même temps que l'œuvre d'un érudit, celle d'un praticien. Mais il méritait un titre moins modeste que celui sous lequel l'auteur nous l'a présenté. Par là, nous semble-t-il, se trouvent justifiées les quelques critiques que nous lui avons adressées. Remercions donc, en somme, MM. Gautrelet et Clarke de nous l'avoir fait connaître et souhaitons à leur traduction le même important et rapide succès obtenu en Angleterre et en Amérique par l'original.

La matière vivante (1), par le docteur Félix Le Dantec, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon, avec une préface de A. Giard, professeur à la Sorbonne.

Les êtres supérieurs sont composés d'un très grand nombre de plastides nucléés, mais il existe des plastides nucléés vivant isolément, savoir les Protozoaires et les Protophytes; c'est à ces êtres simples qu'il faut s'adresser d'abord pour étudier le mécanisme de la vie élémentaire. Ensuite, seulement, l'on pourra passer à l'étude des êtres dont la vie est la résultante d'un très grand nombre de vies élémentaires coordonnées.

S'abstenant avec soin, dans l'étude des plastides isolés, de toute comparaison dangereuse avec les êtres polyplastidaires, l'auteur montre que les phénomènes les plus saillants de la vie élémentaire, le mouvement, la nutrition, etc., se ramènent aux lois de la physique et de la chimie des corps bruts. Ces phénomènes sont la conséquence des réactions du protoplasma en présence de l'eau, de l'oxygène et des diverses substances nécessaires à la vie élémentaire manifestée. Ils sont indépendants du noyau, sauf l'assimilation; on doit les considérer comme les manifestations des propriétés physiques et chimiques du protoplasma qui est une substance vivante.

On est amené naturellement à admettre un protoplasma spécifique, c'est-à-dire un protoplasma chimiquement défini pour chaque espèce de plastide, et les expériences de mérotomie démontrent l'existence d'un rapport nettement établi entre la forme spécifique et la composition chimique, c'est-à-dire d'un lien entre la morphologie et la physiologie des plastides.

Les Monères de Hæckel seraient constituées par une seule substance vivante ou par un mélange intime de plusieurs substances vivantes miscibles; dans un plastide nucléé, il y aurait plusieurs substances vivantes non miscibles, ayant chacune ses propriétés particulières et ne les conservant par le phénomène d'assimilation que quand toutes les substances, composant le plastide, sont juxtaposées. Mais toutes ces substances sont vivantes, c'est-à-dire que leurs réactions physico-chimiques, en présence de l'eau, de l'oxygène, etc., déterminent les phénomènes que nous appelons les manifestations de la vie élémentaire.

---

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — JEUDI 27 FÉVRIER 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 27 FÉVRIER 1896. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** »
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 février 1896 :

M. Curtis, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à ladite Faculté.

M. Laguesse, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté.

M. Combemale, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

— *École de médecine d'Angers*. — M. le professeur Legludic est maintenu dans ses fonctions de directeur de ladite École.

— M. le docteur Maillard vient d'être élu membre du Conseil général de la Meuse.

— M. le docteur Livon, dans une étude sur l'Institut antirabique de Marseille (*Marseille médical*, 1896, p. 97), signale un desideratum utile à publier :

« Quand une personne se présente pour être traitée, nous demandons toujours un certificat d'un vétérinaire. Ce certificat nous est fourni, je dois le reconnaître, dans la grande majorité des cas; malheureusement il n'est pas suffisant pour établir scientifiquement, expérimentalement, l'existence de la rage chez l'animal mordeur. Cette preuve ne peut être fournie que par l'inoculation par trépanation sur des animaux. Aussi nous désirerions bien que, toutes les fois qu'un vétérinaire est appelé à pratiquer l'autopsie d'un animal ayant mordu une personne, il nous fasse parvenir la tête de l'animal ou, mieux encore, qu'il place le bulbe de l'animal dans un flacon de glycérine et qu'il nous l'expédie pour que nous puissions pratiquer des inoculations de contrôle. De cette façon, notre statistique gagnerait encore beaucoup en précision. »

— L' « Union médicale du Canada » nous apprend qu'un médecin de San Francisco vient de faire construire une maison occupée exclusivement par des bureaux de médecins. Au rez-de-chaussée, officine de pharmacie; en sous-sol, bains médicinaux où le public n'est reçu que sur prescription du médecin. Laboratoire, bibliothèque, salle d'opérations. Onze médecins et un dentiste sont déjà installés.

— M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau, le dimanche 1er mars 1896, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Objet du cours : Dermatoses diathésiques et pathogéniques.

— M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mercredi 4 mars 1896, à deux heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Des démonstrations pratiques, gratuites, auront lieu, avant chaque conférence, de une heure et demie à deux heures, à partir du vendredi 6 mars, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

— M. Lejars, agrégé, commencera le cours complémentaire de pathologie externe, le mercredi 4 mars 1896, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Terrier commencera le cours de médecine opératoire, le mercredi 4 mars 1896, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Achard, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne, le mercredi 4 mars 1896, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gariel commencera le cours de physique biologique, le jeudi 5 mars 1896, à midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, samedis et jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : La méthode graphique dans les sciences biologiques. Mécanique animale. Étude de l'action moléculaire, principalement dans les corps organisés. Applications de la chaleur en physiologie et en médecine. Effets des radiations, principalement sur les êtres vivants.

— M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne, le jeudi 5 mars 1896, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le jeudi 5 mars 1896, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le vendredi 6 mars 1896, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.







GOUDRON
FREYSSINGE



St RAPHAËL

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, consultée par le ministre de l'Agriculture et du Commerce, sur l'utilité de la tuberculine comme moyen de diagnostic précoce de la tuberculose chez les bovidés, a nommé une commission avec M. Weber comme rapporteur. Après la remarquable communication de M. Nocard sur la question, il était aisé de prévoir quelle serait la réponse de la commission et de l'Académie, qui a adopté, à l'unanimité, la conclusion suivante :

Les injections de tuberculine sont précieuses pour établir le diagnostic de la tuberculose des bovidés, et il y a tout avantage à en répandre l'usage. Si cette proposition était adoptée par les pouvoirs publics, cela simplifierait beaucoup la loi en préparation sur l'indemnité à allouer aux propriétaires d'animaux tuberculeux, l'emploi de la tuberculine leur permettant de consacrer ces animaux à d'autres usages qu'à la boucherie.

Voici un rapprochement assez curieux : dans la même séance, M. Straus a communiqué un travail de MM. Grasset et Vedel (de Montpellier), sur l'utilité des injections de tuberculine pour déceler les tuberculoses larvées chez l'homme. La dose à injecter serait d'un demi-milligramme.

Voilà donc cette tuberculine, dont la grandeur et la décadence, comme agent thérapeutique, se sont suivies de si près, qui tend à entrer définitivement dans la pratique comme un moyen précieux de diagnostic, et dont M. Nocard a eu le grand mérite de montrer tous les avantages à ce point de vue.

Dans un rapport sur un travail de M. Pise, relatif à l'action analgésique du gaïacol, M. Ferrand signale les dangers du collapsus lorsque la dose est trop forte.

M. Galliard a donné lecture d'une note sur le traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel. Ce traitement consiste à donner six doses de calomel de 10 centigrammes en six jours. M. Galliard aurait, par ce moyen, obtenu de bons résultats.

L'Académie a nommé un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement du baron Larrey. M. Pozzi a été élu. Ce choix sera ratifié par le corps médical tout entier.

DES APPLICATIONS DIVERSES

DU PANSEMENT PICRIQUÉ A LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Par le docteur Paul Thiéry,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Dans un premier travail inséré dans ce journal, nous avons étudié l'application du pansement picriqué au traitement des brûlures (1), et nous avons indiqué tous les avantages qu'on peut retirer de ce procédé. Nous renvoyons le lecteur à ce travail où il trouvera l'exposé des propriétés kératoplastiques et kératogéniques de l'acide picrique. C'est de ces propriétés que nous avons cherché à tirer parti en chirurgie et sur bien des points l'expérience a confirmé nos hypothèses.

Une conclusion s'impose relativement aux recherches que nous avons entreprises : chaque fois que le chirurgien s'adresse aux propriétés kératoplastiques de l'acide picrique, il peut être sûr du succès et c'est presque uniquement en nous basant sur ce fait que nous avons pu obtenir des résultats dignes d'être retenus. Si, au contraire on s'écarte de cette voie, l'acide picrique peut encore présenter des avantages, mais ces essais demandent une confirmation.

(1) P. Thiéry. *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 18 janv. 1896.

Enfin, nous avons joint à notre travail le résumé de quelques recherches contemporaines des nôtres, à propos desquelles, malgré l'autorité du nom de leurs auteurs, il y a lieu de faire quelques réserves et de nouveaux essais.

L'emploi de l'acide picrique, venons-nous de dire, ne doit pas être limité aux seules brûlures, et ce topique est susceptible de multiples applications en chirurgie : c'est à ce titre qu'il mérite de figurer sur les appareils des salles de chirurgie au même titre que l'acide phénique, le sublimé, l'acide borique, le chlorure de zinc, etc.

Nous nous proposons de faire mention dans des paragraphes distincts des principales applications du pansement picriqué.

A. Froidures; engelures. — L'anatomie pathologique des froidures est trop nettement calquée sur celle des brûlures pour que l'une et l'autre lésion ne soient pas justiciables des mêmes moyens thérapeutiques.

Nous pouvons donc appliquer aux froidures les remarques que nous avons émises à propos des brûlures sur l'efficacité, le mode d'action, la technique du pansement *trinitrophénique*.

Nous nous bornerons à faire remarquer qu'il constitue une ressource précieuse contre les *engelures*, qui ne sont somme toute qu'une modalité des froidures, et qu'il y aurait lieu d'étudier ce topique dans le traitement des crevasses et gerçures, parfois si rebelles et si douloureuses, celles du mamelon en particulier, lorsque la femme a cessé d'allaiter (1)].

Appliqué aux petites excoriations péri-unguéales dites *envies*, le pansement picriqué donne d'excellents résultats.

B. Vésicatoires. — Il est à remarquer que la thérapeutique des plaies par vésicatoire a suivi de tout temps celle des brûlures, le vésicatoire n'étant d'ailleurs qu'une brûlure thérapeutique au deuxième degré.

Tandis que les uns s'efforçaient d'entretenir les vésicatoires, les autres cherchaient à obtenir une dessiccation rapide : les corps gras et les pommades étaient communément appliqués, au grand mépris de la méthode kératoplastique méconnue ou ignorée malgré les travaux de Unna.

L'acide picrique ne peut manquer de donner les mêmes résultats que dans le traitement des brûlures : il produit rapidement l'accolement de la phlyctène et la guérison du vésicatoire. C'est là un des procédés les plus simples pour s'assurer de son action sur les brûlures, et tout praticien peut facilement se faire une opinion sans attendre d'avoir à traiter une brûlure proprement dite.

C. Plaies superficielles des téguments; excoriations; ampoules, etc. — Ce chapitre intéresse à un haut point la chirurgie d'armée. *A priori*, et l'expérience démontre bien que le raisonnement est logique, tous les petits traumatismes de la peau doivent être justiciables du pansement picriqué

(1) Il doit exister sur ce dernier sujet un travail du docteur Charier, dont nous n'avons pu trouver l'indication bibliographique.

et cela d'autant plus que les lésions qu'ils provoquent se rapprochent davantage de celles que produit la brûlure. Nous avons déjà signalé les gerçures, engelures, les « envies », pour ne parler d'abord que des lésions insignifiantes.

Mais les plaies produites par un traumatisme oblique, si je puis dire, tangeant à la peau et qui amènent, soit une « éraflure » (chutes sur la terre, sur des cailloux, éboulements; plaies légères par roues de voiture, coup de pied de cheval, etc.), soit une sorte de décollement épidermique, quelquefois avec phlyctènes, relèvent du pansement picriqué dont une seule application suffit pour amener la guérison.

Les excoriations, les plaies superficielles du pied, les ampoules, etc., produites par le frottement répété de la chaussure, trouvent encore dans l'application de ce pansement une précieuse ressource thérapeutique, et même un moyen prophylactique. Il est avéré que, dans les grandes marches dites « d'épreuve » de nos régiments, le cinquième de l'effectif se trouve immobilisé dans les chambres ou à l'infirmerie par ces lésions légères qui deviennent trop souvent le point de départ de complications infectieuses : lymphangite, adénite, etc.

Dès longtemps nous avons porté notre attention de ce côté, et nous sommes en mesure d'affirmer que le pansement picriqué guérit ces accidents parfois en quelques heures, et les empêche de se produire s'il a été appliqué préventivement : on voit l'indication pratique qui découle de ce fait (1).

Les inconvénients et les accidents dus à l'*hyperhydrose* grèvent encore largement les effectifs et peuvent être atténués et guéris par l'acide picrique.

Enfin, les *phlyctènes* des grands traumatismes (fractures du tibia en particulier), qui peuvent être aussi le point de départ d'accidents formidables, disparaîtront en quelques jours, grâce au même pansement.

D. Ongle incarné ; excoriations d'origine unguéale. — Nous ne pouvons terminer ce chapitre intéressant de la chirurgie pratique du pied, sans mentionner la rapidité de la guérison de toute lésion érosive des orteils, par contiguité du bord mince et tranchant de l'*ongle d'un orteil voisin* (2). Le *véritable* ongle incarné traumatique est donc justiciable du pansement picriqué, comme l'hyperhydrose qu'il accompagne souvent.

Quant à l'*ongle incarné* classique, dit traumatique, et qu'on ferait mieux de désigner sous le nom de « péri-onyxis des adolescents », nous nous réservons d'essayer de le traiter par le même procédé; sans oser dire que le simple pansement pourra supplanter l'opération, nous croyons que dans bon nombre de cas, les inconvénients de cette petite lésion et surtout la douleur qu'elle provoque pendant la marche deviendront très tolérables et reculeront la nécessité de l'intervention.

(1) La même application permet de remédier préventivement en art vétérinaire à ce qu'on appelle la « patte tendre » des chiens, qu'on observe après une marche prolongée sur la terre très sèche ou gelée : on peut prévenir ainsi une véritable infirmité désastreuse pour le chasseur. Qu'on nous pardonne cette digression que d'aucuns de nos confrères utiliseront peut-être !

(2) Comme cela a si souvent lieu lors des déviations arthritiques des orteils, d'orteil en marteau avec flexion ou extension de la phalangette, etc. Il s'agit ordinairement de petites plaies en lunule qui intéressent l'épiderme et la partie superficielle du derme, et qui sont assez douloureuses pour empêcher la marche.

E. Eczéma. — D'après ce que nous avons dit des propriétés de l'acide picrique, il était naturel de penser qu'il devait donner de bons résultats dans le traitement de l'eczéma et, de fait, les quelques essais que nous avons tentés dans ce sens, nous ont donné des résultats satisfaisants que nous n'avons malheureusement pas pu suivre.

Mais, dès 1889, Cerasi (1) a introduit ce topique précieux en dermatologie, et l'a surtout appliqué au traitement de l'eczéma impétigineux : les sept cas qu'il rapporte ont été suivis de guérison.

Il donne et conseille les deux formules :

1° Acide picrique. 30 à 40 centigrammes.

dissous dans l'éther et incorporé dans :

Lanoline . . . 6gr9 grammes.

2° Acide picrique. 50 cent. à 1 gramme.

dissous dans l'éther et

Eau . . . . . 150 grammes.

Nous préférons de beaucoup la deuxième formule, qui supprime l'addition d'un excipient antikératogène, la lanoline.

Les solutions alcooliques éthérées d'acide picrique nous semblent devoir être réservées au mode de pansement dit « badigeonnage », et nous les expérimentons en ce moment.

F. Gale. — C'est ici une simple hypothèse; mais nous pensons que les applications d'acide picrique ne peuvent que :

1° Calmer le prurit;

2° Tuer les acares;

3° Rendre la peau inhabitable pour les parasites, grâce à la condensation du tissu.

Il serait intéressant, pour nos confrères de Saint-Louis, de faire cette expérience logique et bénigne.

G. Herpès; pemphigus; hydroa.— Très nombreuses doivent être, en dermatologie, les indications à la fois kératopoiétiques et antiseptiques de l'acide picrique. Notre compétence n'est pas suffisante pour que nous traitions complètement ce chapitre.

Nous avons vu des *herpès* heureusement modifiés et guéris par l'application de ce topique, et s'il est peut-être exagéré de croire qu'il puisse devenir le topique de choix de la plupart des affections dermatologiques, il n'en doit pas moins être soumis à une expérimentation étendue. Les affections vésiculeuses et bulbeuses, le *pemphigus*, l'hydroa, etc..., se présentent dans les conditions anatomiques favorables au succès des kératoplastiques. Il en est de même de l'intertrigo. Le docteur Floquet en a retiré de grands avantages dans le traitement du *zona* avec vésicules d'herpès.

H. Lupus et tuberculoses osseuses (2). — Le docteur Spanocchi (de Cita del Castello) dit avoir obtenu de bons résultats du traitement suivant qu'il a institué en 1894.

a. Il pratique d'abord sur la région malade un curetage étendu et profond, puis saupoudre la surface cruentée avec de l'acide picrique porphyrisé et applique un pansement sec aseptique.

(1) Cerasi. *Gaz. med. di Roma*, avril 1889.

(2) Analysé in *Semaine méd.*, 1895, Annexes p. xiv.

L'acide picrique provoque la formation d'une eschare superficielle qui se détache au bout de deux ou trois jours, en laissant après elle une surface bourgeonnante indolente.

On panse alors avec une pommade à base de vaseline contenant d'abord 10 p. 100, puis 5 p. 100 d'acide picrique; on continue cette application jusqu'à la cicatrisation complète qui ne tarde pas.

b. Cet auteur a également recours aux applications d'acide picrique en poudre sur les *fongosités* qui se reproduisent souvent dans les cas de tuberculose osseuse après curetage et extraction de séquestres : il dit être parvenu ainsi à rendre inutile une nouvelle intervention.

I. Érysipèle. — L'érysipèle, qui fait par excellence partie des dermites, devait bénéficier de l'action élective de l'acide picrique pour les tissus dermo-épidermiques.

Calvelli (1) l'a appliqué à la cure de *l'érysipèle* par badigeonnage (solution 1gr50 pour 250 grammes); le badigeonnage, répété trois à quatre fois par jour, a une action très favorable sur l'érysipèle, si l'on en croit cet auteur, et tout récemment nous avons obtenu un succès dans un cas de lymphangite érysipélateuse du mamelon.

A notre connaissance, le traitement de l'érysipèle par l'acide picrique n'a pas subi toute l'extension qu'il mérite, mais il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ses propriétés kératoplastiques, que possède également l'ichthyol, sont encore démontrées par les succès que ce dernier topique a donnés dans le traitement de l'érysipèle entre les mains de nombreux auteurs. Nous citerons, parmi eux, Rondnew de Lubline, Unna-Schweninger, Œchsner (de Chicago), Gluck (de Berlin), Juhel-Rénoy, Hallopeau, Latteux, Voskressensky, Klein, Schwimmer, Châtelain, qui tous ont obtenu une défervescence rapide et presque constante (29 cas sur 30, Gluck) à la suite des applications de ce topique.

J. Épithéliomas. — M. le docteur Morau (2) a eu l'idée d'expérimenter l'action de l'acide picrique dans le traitement des épithéliomas. D'après cet auteur, qui a employé pour ses expériences des souris chez lesquelles il avait reproduit expérimentalement le cancer, les attouchements des masses néoplasiques par la solution picriquée amèneraient leur régression. Chez l'homme, semblable tentative, faite pour un cancer inopérable de la verge, aurait donné des résultats satisfaisants.

La question est trop grave pour que nous nous permettions actuellement de la juger, n'ayant point fait nous-même de recherches dans ce sens, et il nous faudrait une affirmation bien précise, qui n'est d'ailleurs pas dans la pensée de l'auteur, pour croire à la cure radicale du cancer. Avec Quinquaud, nous pensons qu'un épithélioma très superficiel (les épithéliomas sudoripares de Verneuil, les cancroïdes vulgaires de la face, par exemple) peut être avantageusement modifié par l'acide picrique, mais qu'il ne saurait être guéri complètement, et que, somme toute, il finit par récidiver.

L'acide picrique même pourrait bien n'avoir d'autre effet que de ralentir pour un temps la marche du néoplasme, par une sorte de condensation du tissu néoplasique avec kératinisation de ses éléments; mais ce serait tout au plus une rémission bientôt suivie de la reprise fatale de la marche gravative.

(1) Calvelli. *Gaz. degli hospit.*, 1889, p. 8.

(2) Morau. Soc. de biol., 8 juin 1893, analysé in *Bull. méd.*. 1893, p. 553.

K. Sphacèle humide. — L'acide picrique trouve encore une application heureuse dans le traitement des divers sphacèles et du sphacèle humide du pied en particulier.

Il fixe les tissus, avons-nous dit : le durcissement qui en résulte s'oppose à la végétation et à la diffusion des micro-organismes, et comme il est non seulement antiseptique, mais aussi antiputride, il devient un agent de momification aseptique qui pourra rendre de grands services.

L'absence de fermentation des pièces anatomiques journellement conservées dans la solution picrique démontre, dans chaque laboratoire, cette action antiputride.

Le membre pourra être soumis à l'immersion dans le bain picriqué ou à l'enveloppement dans des compresses imbibées de la solution : on pourra, avant d'appliquer le pansement, saupoudrer largement la région sphacelée avec de l'acide picrique pur ou mitigé par l'addition de poudres inertes ou absorbantes, talc, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, etc. On pourra également appliquer la solution éthérée.

Appliqué au traitement du sphacèle, on peut dire que cet acide est encore un des topiques applicables aux brûlures profondes (5e et 6e degrés) et aux froidures homologues.

L. Plaies bourgeonnantes. — Depuis fort longtemps, l'acide picrique a été employé dans le traitement des plaies suppurées et Chéron, Curie (1876) ont fait en faveur de cet « antiseptique » deux publications qui sont restées lettre morte. Ils avaient remarqué qu'il diminuait ou même supprimait la suppuration des plaies : il pouvait donc déjà à cette époque être considéré comme un antiseptique. Le docteur Filleul, en 1894, a eu l'idée de comparer son action à celle des autres antiseptiques habituels dans le traitement des brûlures profondes (quatrième et cinquième degré) et l'a appliqué avec nous sur ces lésions dans le but de favoriser l'épidermisation des surfaces granuleuses.

Dans ces cas l'application du pansement picriqué constitue encore une précieuse ressource favorable à l'épidermisation de la plaie; mais, comme je l'ai dit antérieurement, il faut bien avoir soin de ne pas confondre kératinisation et épidermogenèse : très kératoplastique, l'acide picrique a des propriétés épidermogénétiques beaucoup moins marquées et nous lui préférons d'autres topiques qui, tout en produisant comme lui la détersion de la plaie puis l'épidermogenèse, ne nécessitent pas les précautions qu'exige le maniement de l'acide picrique à cause de son pouvoir colorant.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, faisant remarquer d'ailleurs que les considérations précédentes s'appliquent également à la réparation des *ulcères trophiques* et à la consolidation de la cicatrice obtenue et que l'extension du traitement peut être faite à certaines variétés de *mal perforant*.

M. Ulcères de jambe. — Des plaies bourgeonnantes, nous pouvons rapprocher les ulcères de jambe dont les indications thérapeutiques sont, outre le traitement général :

1° La détersion;
2° Le bourgeonnement;
3° L'épidermisation;
4° La consolidation de la cicatrice.

On trouvera, dans la thèse du docteur Vaugrente (1894), des indications sur le rôle que l'on peut faire jouer à l'acide picrique dans le traitement de ces ulcères ; il est évident que, employé en qualité de kératoplastique, une fois l'épidermogenèse obtenue par les procédés habituels (Vigo par exemple qui fait merveille), l'acide picrique ne peut donner que de bons résultats.

Mais peut-il être appliqué plus largement et peut-on mener à bien, grâce à ce topique, la cure entière d'un ulcère de jambe ?

D'après les quelques observations que nous avons pu recueillir avec M. Bouglé, dans le service de M. le professeur Tillaux à la Charité, nous serions tenté de le croire. Il est incontestable que, sous l'influence de l'application de poudre d'acide picrique (c'est le mode de pansement que nous avons employé), l'ulcère se déterge rapidement et bourgeonne franchement. L'épidermogenèse n'est pas cependant, comme d'ailleurs dans le cas de plaie bourgeonnante, extrêmement rapide, et somme toute la détersion au chlorure de zinc, le bourgeonnement et l'épidermogenèse favorisés par le Vigo sont préférables : néanmoins, il y a là un sujet d'application nouvelle de l'acide picrique à propos duquel on décidera si nous devons ou non attribuer à ce topique le seul cas d'érythème que nous avons directement observé. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, janv. 1896.)

N. Uréthrite. — Dans son travail sur ce sujet (1), Vigneron, après avoir insisté sur la gravité et la fréquence de l'uréthrite chez la femme, surtout dans sa forme chronique, montre combien elle est rebelle au traitement ordinaire par les antiseptiques.

Il insiste sur les trois propriétés qui font de l'acide picrique un topique de choix : *Innocuité*, *Antisepsie*, *Analgésie*.

L'acide picrique amènerait la guérison de l'uréthrite de la femme, qu'elle soit aiguë ou chronique, en dix à vingt jours, sans qu'aucune complication soit à redouter.

C'est aussi l'opinion de M. Papazoglou (2) qui dit : « Nous avons eu l'occasion d'employer l'acide picrique en injections vaginales et uréthrales dans des cas de blennorragie. Les solutions faibles, 1 gramme et 1gr50 p. 1000, n'ont donné aucun résultat ; au contraire, les solutions plus fortes, 7 p. 1000, dont le titre est supérieur à celui de la solution saturée aqueuse (5 p. 1000), nous ont donné des résultats surprenants, et enfin des solutions beaucoup plus fortes encore, 10 p. 1000 (que nous obtenons en faisant dissoudre auparavant l'acide picrique dans l'alcool ou l'éther), ont produit des eschares superficielles. Nous nous trouvons en présence de quelques observations d'uréthrites qui ont guéri avec quatre ou cinq injections et nous croyons qu'il était inutile de rechercher le gonocoque après guérison, puisque le canal lui-même était absolument sec. »

O. Hydrocèle. — Nos essais personnels sont relativement trop récents et trop peu nombreux pour que nous nous étendions longuement sur ce sujet, qui n'a d'ailleurs pas directement rapport aux propriétés kératoplastiques de l'acide picrique.

Trois fois déjà nous avons pu injecter (service du professeur Tillaux, à la Charité) la solution picriquée dans deux hydrocèles vaginales, après évacuation du contenu de la séreuse. Dans ces trois cas la douleur a été presque nulle, en tout cas bien moindre qu'avec la teinture d'iode ; la réaction a été beaucoup plus faible et les malades ont quitté le service en apparence guéris : mais ils doivent être revus et nous nous réservons de revenir plus tard sur ce sujet.

(1) Vigneron. Thèse de Paris, 24 juillet 1894.
(2) Papazoglou. Th. de Paris, janv. 1896.

P. Analyse des urines. — Nous ferons une simple mention de cette application de l'acide picrique, pour bien montrer aux praticiens éloignés des centres quels immenses services il peut rendre, avantages que rendent plus grands encore la facilité de sa conservation indéfinie et le faible volume qu'il occupe dans une pharmacie d'urgence. Appliqué à la recherche de l'albumine (1), il devient, avec l'acide acétique, l'élément principal du réactif d'Esbach. Appliqué à la recherche de la glycose, il donne, comme nous l'avons déjà montré (2), une coloration rouge cerise par ébullition avec l'urine alcalinisée au préalable. Il mérite donc bien le nom de « universal test » que lui appliquent les Anglais.

Sans doute, cette liste est incomplète et nous croyons l'acide picrique susceptible d'un grand nombre d'autres applications, en dermatologie principalement.

Mais ce n'est pas d'une façon empirique qu'il doit être expérimenté, et le chirurgien qui voudra tenter une application nouvelle de ce topique doit être bien convaincu que le succès sera d'autant plus probable qu'il se sera adressé aux propriétés kératoplastiques de cet acide.

Le pansement trinitrophénique est, pourrait-on dire, *épidermophile* : toute affection, qui entraîne un trouble de nutrition de l'épiderme, peut bénéficier de son application, et comme il est en même temps antiseptique, il est applicable aux lésions infectieuses qui s'accompagnent d'un retentissement de modalité spéciale sur le tissu épidermique, et que l'on pourrait réunir sous le type « bulleux », telles que la tourniole phlycténulaire et l'érysipèle bulleux et phlycténoïde, ou que les poussées bulleuses signalées par M. Hallopeau, au niveau des cicatrices d'ulcères variqueux (3).

Comme autres sujets de recherches sur la valeur thérapeutique de ce topique nous citerons enfin :

a. *En oculistique :* l'éphydrose et les blépharites ;

b. *En otologie :* le traitement préventif des bouchons cérumineux ;

c. *En vénéréologie :* le traitement des chancres (déjà essayé je crois) ; le traitement des plaques muqueuses de l'ombilic, de l'aisselle, des pieds ;

d. *En gynécologie :* l'antisepsie utérine, les métrites, leucorrhée, etc. ;

e. *En voies urinaires :* l'antisepsie uréthro-vésicale ;

f. *En chirurgie générale :* le pansement des greffes épidermiques et le traitement des contusions ; le traitement du coup de soleil (qui n'est qu'une brûlure superficielle), tous sujets intéressants qui réclament la sanction de l'expérience.

Les conclusions de ce travail et de celui que nous avons déjà publié seront brèves :

(1) Gonçalvez Cruz. O acido picrino como reactiva da albuminia, *Brazil med.*, Rio-de-Janeiro, 1894, p. 161.
(2) Thiéry. *Prog. méd.*, 1895.
(3) Hallopeau. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, Paris 1892.

1° L'emploi de l'acide picrique est d'une innocuité absolue;

2° Ce topique mérite d'être adopté en chirurgie courante au même titre que l'acide phénique, le sublimé, etc.;

3° Son application constitue le traitement de choix des brûlures superficielles, quelle que soit leur étendue;

4° Ce topique est susceptible d'un grand nombre d'autres applications pratiques (1), qui doivent attirer l'attention des chirurgiens et nécessitent de nouvelles recherches;

5° Il agit comme agent : antiseptique, analgésique, kératoplastique.

FRACTURE DU CORPS DE L'OMOPLATE

Par le docteur Edmond METZQUER (de Montbozon), licencié en droit, médecin des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Le sujet de cette observation est un homme de soixante-cinq ans environ, de taille au-dessous de la moyenne, à muscles de développement moyen, sec et nerveux.

Dans la nuit du 3 au 4 octobre dernier, il conduisait sa voiture, chargée de 10 hectolitres de vendange, assis à l'avant sur une botte de paille. Le vent soufflait en tempête et lui enleva son chapeau. Il fit un brusque mouvement du bras droit pour le ressaisir et, perdant l'équilibre, tomba entre les deux roues de gauche de la voiture.

Il ne peut pas dire *exactement* la position dans laquelle il était, lorsque la roue de derrière lui passa sur le corps. Pourtant il pense qu'il s'est trouvé en travers, la tête en dehors et couché sur le côté droit. Les lésions semblent concorder avec cette assertion. La roue passa obliquement sur l'omoplate gauche de bas en haut et de dehors en dedans à 2 centimètres au-dessus de la pointe, au bord axillaire, et à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate, au bord spinal.

Le blessé put se relever, marcher, faire encore à pied 15 kilomètres, mais avec des douleurs atroces. Il souffrait des neuvième et dixième côtes droites, de l'épaule gauche. Il y avait impuissance absolue des mouvements de l'articulation scapulo-humérale.

Je le vois le 4 octobre au matin : après les quelques explications fournies par lui, je cherche la trace du traumatisme; pas d'emphysème, ni œdème, ni ecchymoses, pas même de rougeur de la peau.

Le bras gauche pend le long du corps, inerte, sans mouvements volontaires possibles.

Je pense à une luxation de la tête de l'humérus. Les mouvements provoqués sont très douloureux mais peuvent s'effectuer.

La tête de l'os est dans la cavité glénoïde.

La clavicule, la fosse sus-épineuse et ses apophyses sont intactes. J'examine le malade assis en donnant aux omoplates la même position.

(1) Je tiens à répéter que je n'affirme point que l'acide picrique « fasse merveille » dans tous les cas que je viens de mentionner.

A. De nos recherches, il en est qui ont déjà la sanction d'une expérience suffisante : brûlures, froidures, vésicatoires, plaies superficielles des téguments, ampoules, etc., sphacèle humide.

B. D'autres, avons-nous dit, méritent confirmation : ongle incarné, eczéma, herpès, ulcères.

C. D'autres, enfin, demandent une enquête et des expériences nouvelles, qui démontreront peut-être pour un certain nombre l'insuffisance de l'acide picrique : gale, lupus, tuberculoses osseuses, érysipèle, épithéliomas, hydrocèles.

Je dois enfin signaler, pour être complet, les communications de MM. les docteurs Vigier, Delpech et Petit, qui montrent les avantages que l'on peut retirer de l'emploi d'ouate picriquée pour la préparation extemporanée du pansement picriqué.

Immédiatement on aperçoit une énorme déformation de la fosse sous-épineuse : enfoncement oblique partant de la partie inférieure du bord axillaire de l'omoplate et se dirigeant vers la partie supérieure du bord spinal (2 centimètres au-dessus de la pointe, bord axillaire; 2 à 3 centimètres au-dessous de l'épine, bord spinal). *Le raccourcissement total en hauteur est de 5 centimètres au moins.*

Examen des fragments. — Le doigt pénètre dans une assez forte dépression oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Le fragment inférieur, élevé par l'action musculaire (grand dentelé et sous-scapulaire) a passé sous le fragment supérieur, on perçoit au toucher une crête osseuse très accidentée, antérieure, puis plus profondément un plan résistant et dur (fragment inférieur).

Je cherche à réduire la fracture : le malade lève le bras et je le lui fais porter sur la tête. Le fragment inférieur tend à regagner sa position normale.

Mon diagnostic est assuré. Le bras placé dans sa position normale, le fragment inférieur glisse, échappe, monte et se cache complètement sous le fragment supérieur.

Cette observation m'a paru présenter un certain intérêt. Les fractures de l'omoplate sont relativement rares. D'après Gurlt (1862), elles présentent une moyenne de 1 p. 100; plus tard sur une statistique de 51 938 fractures, Gurlt baisse sa moyenne à 0,818 p. 100. Mais ce qui l'est plus encore c'est le chevauchement *énorme* qui l'a suivie.

Duverney, Huguier, Krickbride n'admettent pas le déplacement des fragments. Tillaux et Couhard le croient exceptionnel. Cependant Malgaigne avait constaté des cas où le chevauchement existait. Holmes, dans un cas absolument semblable à celui que j'observe, a vu un raccourcissement de un pouce après consolidation. Mais je ne trouve *aucune* observation, où l'on relate, le lendemain de l'accident, un raccourcissement de plus de 5 centimètres. C'est le fait saillant et intéressant de ce cas.

Plus tard, aucun intérêt : immobilisation du bras, élévation du coude par une écharpe, bandage de corps portant sur la partie supérieure du thorax pour arriver à immobiliser l'omoplate. Après deux mois, consolidation complète avec raccourcissement de 2 centimètres seulement.

THÉRAPEUTIQUE

Comment traiter l'insuffisance gastrique.

Par le docteur E. LASNIÉE.

Rien de plus difficile à traiter que les affections gastriques. En effet, suivant la loi générale de la progression constante, la thérapeutique ne se contente plus aujourd'hui de formules toutes faites, mais elle pénètre fort avant dans la recherche des indications, les condense en une analyse détaillée et cherche à les synthétiser en une méthode thérapeutique appropriée. Si donc cette méthode toute moderne est appliquée à la thérapeutique gastrique, on voit immédiatement qu'elle se heurte à d'extrêmes difficultés résultant du siège même des lésions et des réactions toutes particulières qui se passent dans le viscère qu'on est appelé à soigner.

Prenons, par exemple, un cas relativement simple : voici un sujet dont la digestion est toujours lente, pénible, s'accompagnant de gonflement de l'estomac, de sensation de malaise, de pesanteur. A peine a-t-il fini son repas, qu'il est obligé de s'arrêter, somnolent, en proie à un malaise général. Tout naturellement, l'idée d'hyperchlorhydrie vient à l'esprit, et tout de suite une thérapeutique appropriée appa-

raît : remplacer chez ce sujet l'acide chlorhydrique qui lui manque.

Voici qu'alors on va lui administrer cet acide chlorhydrique en nature, et le résultat le plus clair sera de rendre ses digestions peut-être un peu moins longues, mais à coup sûr plus douloureuses. Et puis, de ce fait, l'estomac va s'irriter et, à l'asthénie de l'organe, vous allez ajouter une irritation profonde, une vraie gastrite catarrhale, et si, déjà, l'estomac est ulcéré, vous déterminerez nettement une belle hématémèse.

D'autres fois, dans la même hypothèse clinique, tout l'acide chlorhydrique du monde n'y fera rien ; le sujet n'est pas hyperchlorhydrique; il est hypopeptique. Vous voilà donc en pleins tâtonnements (car il n'est pas toujours aisé, en pratique courante, de pomper l'estomac d'un sujet pour analyser son suc gastrique). Après avoir bien erré, vous finissez par administrer de la pepsine, et quelle pepsine! Or, elle arrive dans l'estomac, corps étranger non combiné à l'hyperchlorhydrie, et se comporte comme telle, c'est-à-dire ne produit rien. Ce sera bien pis si vous y ajoutez de l'acide chlorhydrique!

Or, ce n'est là qu'un exemple entre mille, et chaque fois, même impasse thérapeutique, même impuissance médicamenteuse. Pour peu que l'estomac soit irrité, ait tendance à s'exulcérer, qu'il s'agisse d'un ulcère simple, d'un cancer ou même de ces gastrites chroniques avec vomissements et état général si grave, toujours les mêmes difficultés se produiront, les mêmes dangers surviendront si la thérapeutique cherche à devenir tant soit peu active.

Le desideratum consiste donc à avoir une substance non irritante, capable d'agir presque en n'importe quel milieu : en l'absence de tout acide, et même en milieu un peu alcalin. Si, de plus, une telle substance peut agir à dose infinitésimale, ce sera un précieux agent thérapeutique, puisqu'il sera à la fois très actif et sans danger. Or, cette substance existe, c'est la papaïne, qui jouit d'une puissance digestive extrême. Wurtz a démontré que la papaïne digère mille fois son poids de fibrine et la peptonise complètement, comme le ferait la meilleure pepsine.

L'indication thérapeutique se précise donc : chaque fois qu'il s'agit d'une dyspepsie par insuffisance gastrique, que la cause en soit dans un cancer, un ulcère, un état neurasthénique marqué, une vraie névrose avec arrêt de sécrétion, ou bien qu'il s'agisse d'entérites, de diarrhées tenant aux fermentations gastro-intestinales, suites de l'*adigestion* gastrique...; que l'on se trouve, enfin, en présence de ces si graves gastro-entérites des petits enfants, soit aiguës, soit chroniques (avec athrepsie)..., dans tous les cas, la papaïne fait merveille, rétablit la fonction gastrique sans déterminer l'ombre d'irritation et, du même coup, réveille rapidement le fonctionnement gastrique normal, si les destructions glandulaires ne se sont pas produites sur de grandes surfaces.

Chez les goutteux, les diabétiques, dans les convalescences longues et traînantes, chaque fois, en un mot, que l'estomac ne fonctionne plus avec ses ferments normaux, la papaïne rétablira la peptonisation qu'elle réalisera par une réaction *papaïnique* dont le résultat sera exactement le même que celui du mécanisme peptique ordinaire. Et ainsi, par cet intéressant procédé, la fonction gastrique sera assurée et la nutrition pourra continuer à se faire, malgré une déviation et même une absence complète du fonctionnement chimique de l'estomac.

Pour terminer, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées*, par la maison Trouette-Perret.

Le sirop de Papaïne Trouette-Perret est destiné aux enfants, à la dose d'une cuillerée à café, à dessert ou à soupe, suivant leur âge et l'effet à obtenir : on le donne après ou immédiatement avant chaque repas ou tétée.

L'élixir de Papaïne Trouette-Perret est destiné aux adultes à la dose d'un petit verre à liqueur après chaque repas : c'est une délicieuse liqueur pouvant être prise à table.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1896. — Présidence de M. Hervieux.

LECTURE

Du diagnostic de la tuberculose humaine par les faibles doses de tuberculine. — M. Straus lit un travail de MM. Grasset et Vedel sur ce sujet. La principale conclusion que les auteurs tirent des quelques faits qu'ils viennent de citer est la complète innocuité des injections hypodermiques de tuberculine, faites aux doses et dans les conditions qu'ils précisent.

Il n'a pas besoin de démontrer que la tuberculine ne risque pas de rendre tuberculeux des sujets qui ne le sont pas. C'est un poison bactérien. Ce n'est pas un virus atténué.

Le seul danger à éviter, c'est l'aggravation des symptômes pré-existants, la poussée de réaction chez les tuberculeux antérieurs.

Il lui semble qu'à ce point de vue les treize cas qu'il rapporte sont absolument démonstratifs : en employant des doses minimes, ne dépassant pas cinq dixièmes de milligramme, la réaction n'a aucune espèce d'inconvénient.

Voilà un premier point acquis.

D'autre part, déjà à ces doses minimes, on a, dans certains cas, des réactions bien nettes. Elles peuvent permettre alors de reconnaître la tuberculose chez des malades dont le diagnostic nosologique serait bien difficile, sinon impossible, sans ce moyen : tels les deux cas d'induration pulmonaire sans bacilles dans les crachats, les deux cas de méningite (l'une rachidienne, l'autre cérébrale) et le cas de maladie d'Addison.

Pour ne pas laisser passer inaperçues certaines de ces réactions, il faut se rappeler qu'elles sont parfois tardives.

A côté de ces cas à réaction bien nette et dont le diagnostic paraît certain, d'après les données actuelles sur la tuberculine, il y en a d'autres à réaction douteuse. Tels les deux cas de pleurésie qu'il a observés.

Ensuite il y a les cas sans réaction. Ici il ne faudrait pas conclure pour cela à l'absence de tuberculose. La tuberculose peut être guérie (un de ses cas, tumeur blanche) ou elle peut être, au contraire, très avancée et indiscutable avec ramollissement du poumon et nombreux bacilles dans les crachats (comme dans trois de ses cas).

Dans ces cas, on peut dire qu'il y a imprégnation naturelle, accoutumance, et, partant, pas de réaction avec les doses minimes. Ces doses sont insuffisantes dans ces cas et, du reste, l'essai est inutile pour le diagnostic. Pour agir à ces faibles doses, il semble que la tuberculine doive rencontrer des lésions encore très peu touchées par le poison bactérien.

On signale le même fait dans les instructions pour le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

Enfin on sait que, d'autre part, on a indiqué la syphilis (la lèpre et l'actinomycose) comme pouvant présenter aussi des réactions par la tuberculine. Dans un cas (ancien syphilitique non tuberculeux), on a eu, en effet, une légère réaction. Donc le signe n'aura de valeur pour le diagnostic de la tuberculose que s'il n'y a pas eu, en même temps, chez le sujet, une syphilis antérieure (de la lèpre ou de l'actinomycose).

En somme, ces recherches paraissent suffire à M. Straus

pour provoquer de nouveaux essais cliniques, de manière que l'Académie puisse un jour rédiger des instructions pour le diagnostic de la tuberculose humaine par la tuberculine, comme elle est appelée à le faire pour la tuberculose bovine.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale en remplacement de M. Larrey.

Au premier tour, M. Pozzi obtient 54 suffrages, contre 28 donnés à M. Delorme.

En conséquence, M. Pozzi est proclamé élu.

RAPPORTS

Action analgésique du gaïacol. — M. FERRAND lit un rapport sur un travail de M. Pise (de Montélimar). Cet auteur propose d'employer les badigeonnages de gaïacol avant l'application des pointes de feu qui seraient alors absolument indolores.

Il suffit pour mettre en œuvre ce procédé d'imbiber une compresse de 1 à 4 grammes de gaïacol, de l'appliquer sur la peau, de recouvrir de taffetas ciré et, au bout de quelques minutes, l'analgésie est obtenue ; elle dure plusieurs heures. Il est nécessaire d'avoir du gaïacol pur. A ce propos, M. Ferrand rappelle l'action antithermique du gaïacol chez les fébricitants, cette action ne se produisant pas chez les gens sains. Parfois, au lieu d'hypothermie, on observe de l'hyperthermie momentanée à laquelle succède l'hypothermie.

M. Ferrand signale les dangers du collapsus, lorsque la dose de gaïacol est trop forte. Il recommande de ne pas dépasser la dose de 2 grammes et de ne pas recouvrir une surface de plus d'un décimètre carré.

Diagnostic de la tuberculose des bovidés par la tuberculine. — M. WEBER lit un rapport sur ce sujet.

Chez les bœufs, dit M. Weber, on peut observer parfois la tuberculose chez un quart ou même la moitié des sujets. La tuberculine en injections permet de la reconnaître avant tout symptôme, 25 à 30 centigrammes de tuberculine injectés à un bœuf tuberculeux produisant une élévation thermique de 2 degrés à 2°5. Elle permet donc d'affirmer l'existence de la tuberculose même alors qu'il n'y a que des lésions très minimes.

On sait que, chez l'animal sain, l'injection ne produit rien. L'élévation de la température se montre de deux à quinze heures après l'injection. Elle dure plusieurs heures. La réaction est d'autant plus forte que l'animal est moins atteint.

On a objecté que la tuberculine pouvait rendre les animaux tuberculeux. Les faits sont contraires à cette affirmation ; M. Weber propose à l'Académie d'adopter la proposition suivante. (Voir au Premier-Paris.)

COMMUNICATION

Traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel. — M. GALLIARD. On rencontre souvent des personnes qui se plaignent d'un perpétuel mal de tête. Ce mal de tête ne doit pas être confondu avec la migraine. Il est continu, s'il a ses exacerbations paroxystiques, c'est sans vertiges, sans nausées, sans vomissements. Il se localise généralement au front, rarement aux tempes, au vertex, à l'occiput ; pas de point douloureux au niveau de l'émergence des nerfs craniens.

Il ne trouble pas le sommeil de la nuit ; c'est un des caractères qui le distinguent de la céphalée syphilitique.

Lorsqu'on en recherche la cause, on ne parvient à le rattacher à aucune lésion déterminée. On remarque seulement que, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, il est généralement en relation avec la neurasthénie. Mais, à côté de ce qu'il faut appeler la *céphalée persistante des neurasthéniques*, il place une série de céphalées qui sont indépendantes de la neurasthénie, dont les relations pathogéniques demeurent inconnues et qui se caractérisent, comme la première variété, par deux choses : 1° la continuité ; 2° la résistance aux médicaments dits analgésiques, et, d'une façon générale, aux médications usitées.

En attendant le jour où nous pourrons opposer à chacune de ces céphalées, provisoirement innommées, son traitement spécifique, il faut bien avoir recours à l'empirisme. M. Galliard a réussi à les guérir chez un certain nombre de malades par le calomel.

Il prescrit, chez l'adulte, six doses de calomel de 10 centigrammes pour six jours. Chacune de ces doses est prise le matin à jeun. Il surveille la bouche au point de vue de la stomatite. Il prévient qu'il y aura, le troisième ou le quatrième jour, des coliques et de la diarrhée, et, s'il met en doute la docilité des patients, il exige le repos au lit. Il met en garde contre les écarts de régime et les refroidissements. Lorsque la première cure de six jours ne donne pas un suffisant résultat, il en conseille une seconde, après quelques semaines d'intervalle. Si la seconde cure échoue, il est inutile d'insister davantage.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne (1), par C. VANLAIR, professeur à l'Université de Liège.

Ce livre vient de paraître chez Doin. Il en est à sa deuxième édition ; c'est le meilleur éloge qu'on puisse en faire. Les différentes affections qui ont trait à la médecine y sont résumées avec la plus grande simplicité. L'ouvrage est certainement original, car la bibliographie en a été bannie avec un soin jaloux. De nombreuses gravures concourent à la clarté de l'exposition ; la lecture est rendue facile par une impression soignée : les caractères très nets et bien espacés, les têtes de chapitre en italique, égyptienne, elzévir ou normande, donnent à ce manuel une élégance incontestable.

Précis d'hygiène publique et privée (2), par Paul LANGLOIS.

L'auteur a rassemblé dans ce manuel, en un volume de petites dimensions, les notions les plus importantes de l'hygiène moderne. Il expose nettement les données de physiologie ou de pathogénie sur lesquelles repose l'hygiène, et il indique non moins nettement les moyens usités pour mettre en œuvre les indications qui en dérivent.

Peut être trouvera-t-on que, pour un manuel, il a cité beaucoup de chiffres et de tableaux de chiffres ; il ne faut pas le lui reprocher. Cela permettra de retrouver facilement les données exactes relatives aux diverses questions dont s'occupe l'hygiène.

Ce livre élémentaire s'adresse surtout aux étudiants en médecine ; mais beaucoup de praticiens pourront aussi le lire avec intérêt et profit. Le temps leur manque souvent pour aborder la lecture des traités ou des encyclopédies, il leur sera donc précieux de pouvoir se mettre au courant en consultant un ouvrage dans lequel les principales notions d'hygiène théorique et pratique se trouvent clairement exposées.

---

(1) 2 vol. Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-18. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Le médecin est le conseiller naturel, non seulement des individus et des familles, mais aussi des collectivités et des municipalités qui les représentent : ils ont donc le devoir de suivre les progrès de l'hygiène tout comme ils suivent les progrès de la thérapeutique. Comme il est certain que les récents progrès des sciences biologiques et médicales ont rendu plus de services à la prophylaxie qu'au traitement, comme il vaut mieux prévoir et prévenir, que diagnostiquer et soigner, on peut même soutenir, sans paradoxe, que le médecin doit placer l'étude de l'hygiène avant celle de la thérapeutique.

Traité de thérapeutique physiologique [2ᵉ édition revue et augmentée] (1), par le docteur D. DE BUCK.

Le titre de ce volume ne donne pas une idée exacte de son contenu. L'auteur passe en revue les grandes fonctions physiologiques et les principaux troubles morbides qui leur correspondent. Il en recherche le mécanisme. Ensuite, parallèlement, il énumère les principaux médicaments susceptibles d'agir sur les différents appareils et d'en corriger le fonctionnement vicieux. C'est donc une étude d'ensemble de thérapeutique générale, basée sur la comparaison de la physiologie pathologique et de l'action pharmacologique des substances médicamenteuses ou des grandes médications. L'auteur se tient, d'une façon générale, dans les sphères élevées de la spéculation philosophique; son travail peut-il cependant avoir une utilité pratique? Oui, certainement, puisque le traitement n'est jamais que la mise en œuvre de plusieurs idées théoriques plus ou moins justes.

Les variations de la mortalité à Paris (2), par le docteur CHIAÏS, ex-médecin de l'hôpital de Menton.

Le docteur Chiaïs tend à montrer que les microbes ne sont pas seuls en jeu dans la détermination des maladies. L'étude de l'atmosphère et de ses modifications s'impose à notre attention plus que jamais.

L'atmosphère est un milieu changeant dans ses propriétés et dans sa composition. C'est par l'intermédiaire des changements de composition que les propriétés thermiques de l'atmosphère agissent sur les fonctions de l'organisme humain. L'étude sur la cause météorologique des variations de la mortalité à Paris le démontre jusqu'à l'évidence.

Tous les climats subissent dans leur atmosphère des variations analogues aux variations que subit le climat de Paris. Il résulte que la connaissance du degré et de la durée des diverses modifications de composition de l'atmosphère d'un climat donne la mesure de sa valeur pathogénique et de sa valeur prophylactique.

Des eczémas et leurs traitements (3), par le docteur ARCHAMBAULT, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, membre de la Société française de dermatologie.

La monographie du docteur P. Archambault est faite surtout dans un but pratique. Elle ne s'égare pas un seul instant dans la théorie et reste continuellement sur le terrain clinique et thérapeutique.

On y trouve une description claire de l'eczéma : celui-ci est nettement différencié de l'impetigo, de l'ecthyma, de la dysidrose, du lichen, des dermites de cause externe provoquées par les agents irritants (huile de croton, mercure, teinture d'iode, etc.), ou les parasites (poux, acare du gabox, trichophyton, achorion, etc.); il est divisé, suivant ses formes cliniques, en eczémas érythémateux, rubrum, papuleux, vésiculeux, sec, suintant, nummulaire, etc.

Le traitement est étudié avec soin. L'auteur examine d'abord quelle doit être l'hygiène de l'eczémateux, et quelles idées doivent guider la thérapeutique générale de cette affection. Il reconnaît, entre autres, que tous les eczémas doivent être soignés, mais avec cette restriction que certains d'entre eux exigent une médication prudente sous peine de nuire au malade de quelque façon. C'est l'éternelle question des métastases. Le docteur Archambault indique ensuite les modifications à apporter au traitement suivant le siège de l'affection. On sait, en effet, combien sont différentes les allures cliniques de l'eczéma suivant ses localisations; l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure d'Ernest Besnier, par exemple, a une étiologie, une symptomatologie et une évolution toutes différentes de celles de l'eczéma des jambes. Le traitement sera donc aussi différent. Le praticien trouvera sur ce sujet les renseignements strictement nécessaires et les formules simples autant que raisonnées qu'il y trouvera lui seront d'un grand secours en clientèle où l'eczéma est une chose si fréquente et si souvent mal soignée.

(1) In-8º. Prix : 7 fr. 50. — Haarlem, de Erven F. Bohn; Paris, O. Doin.

(2) In-8º. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(3) In-8º. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Par MM. les docteurs PASSANT et HAUTECŒUR.

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION

1876, première année	3616	visites de nuit
1877, deuxième année	3312	—
1878, troisième année	3572	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année	6891	—
1883, huitième année	6895	—
1884, neuvième année	8712	—
1885, dixième année	7493	—
1886, onzième année	7553	—
1887, douzième année	7168	—
1888, treizième année	7408	—
1889, quatorzième année	8544	—
1890, quinzième année	9110	—
1891, seizième année	9313	—
1892, dix-septième année	11893	—
1893, dix-huitième année	12860	—
1894, diz-neuvième année	12493	—
1895, vingtième année	14048	—

— M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie, le vendredi 6 mars 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Albert Gaudry, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, commencera le cours de paléontogie, le mercredi 11 mars 1896, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure. — Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Le Directeur-gérant : Dʳ E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON & A LA MÉDITERRANÉE

VOYAGES CIRCULAIRES

A ITINÉRAIRES FIXES

Il est délivré toute l'année, à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de *voyages circulaires à itinéraires fixes*, extrêmement variés, permettant de visiter en première ou en deuxième classe, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie, la Suisse, l'Autriche et la Bavière.

Avis important. — Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le *Livret-guide officiel* édité par la Compagnie P.-L. M. et mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares, bureaux de ville et dans les bibliothèques des gares de la Compagnie.

SERVICES DIRECTS

ENTRE PARIS, L'ALGÉRIE, TUNISIE ET MALTE, PAR MARSEILLE (PAQUEBOTS DE LA COMPAGNIE GÉNÉRALE TRANSATLANTIQUE).

Billets directs, valables 15 jours, de Paris aux ports ci-après ou vice-versâ.

Alger, Oran, Bône (par Philippeville), **Philippeville** : Première classe, 197 fr.; deuxième classe, 135 fr. 50.

Tunis : Première classe, 222 fr.; deuxième classe, 160 fr. 50.

Malte (La Valette) : Première classe, 287 fr.; deuxième classe, 200 fr. 50.

Les prix de ces billets comprennent la nourriture à bord des paquebots de la Compagnie générale transatlantique.

En ce qui concerne les jours et heures de départ de Marseille, consulter les agences de la Compagnie générale transatlantique : à Paris, 12, boulevard des Capucines (Grand-Hôtel), et à Marseille, 12, rue de la République.

N° 26. — SAMEDI 29 FÉVRIER 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 29 FÉVRIER 1896. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'actinomycose humaine. — Sa fréquence en France : nécessité et moyens de la reconnaître; données cliniques; diagnostic et traitement.

Par L. BÉRARD,
Interne des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté.

I

Dans diverses publications et communications aux Sociétés savantes, M. le professeur Poncet, en donnant la relation de 12 cas d'actinomycose, observés par lui dans son service depuis trois ans à peine, a appelé l'attention des chirurgiens français sur cette affection, considérée jusqu'à présent comme exceptionnelle dans notre pays. Il terminait une de ces études par ces conclusions :

« L'actinomycose doit être aussi fréquente en France que dans les autres pays, à l'exception de l'Autriche et du Brandebourg. A Berlin, où l'on a signalé le plus grand nombre des cas d'actinomycose, il n'y en a que cinq à six fois plus qu'à Lyon, et à Vienne seulement trois fois plus. »

Et de fait, lorsqu'on entre dans le détail des cas diagnostiqués en France, depuis la note à l'Académie de MM. Nocard et Lucet (1888), sur le premier cas d'actinomycose humaine observé chez nous avec contrôle microscopique, on arrive aux résultats suivants très significatifs :

Au 15 décembre 1895 ont été publiés en France 40 cas d'actinomycose, ainsi répartis par ordre de fréquence régionale :

Lyon : 15 cas (Poncet, Jaboulay, Dor, Rochet, Pollosson, Vallas). — Bordeaux : 7 cas (Dubreuilh, Sabrazès, Frèche). — Paris : 5 cas (Netter, Choux, Legrain, Guermonprez, Augier). — Tours : 4 cas (Meunier). — Lille : 4 cas (Monestié). — Reims : 2 cas (Doyen). — Nîmes : 1 cas (Reboul). — Orléans : 1 cas [Lucet (1)].

Et si l'on remarque que ces 40 faits, épars dans les régions les plus diverses, ont été rassemblés par moins de vingt cliniciens, qu'un seul de ces derniers possède douze observations personnelles, on arrive à cette persuasion que l'actinomycose n'a pas été trouvée pendant si longtemps en France, simplement parce qu'on n'a pas su la reconnaître.

Et cependant, les travaux originaux sur ce sujet ne manquent pas chez nous. Indépendamment des emprunts faits aux littératures médicales étrangères, et surtout aux recherches si complètes de Rivolta, Perroncito, Bollinger, Israël, Ponfick, Boström, Illich, dont les traductions furent d'abord à peu près nos seuls documents; — sans remonter à plus forte raison aux descriptions de Robin et Laboulbène (1853), Lebert (1857), qui ont donné lieu à tant de discussions de priorité avec les Italiens et les Allemands, relativement à la découverte de la maladie, — nous possédons nombre d'études d'ensemble dans lesquelles les divers points de la question sont mis en lumière. Citons seulement ici les mémoires de Jullien (1883), de Bricou, de Firket (1884), de Mathieu (1886), de Mandereau (1887), de Duprat (1888); — les thèses de Cart (Paris, 1890); Roussel (Paris, 1891); Bécue (Paris, 1892); Taburet (Bordeaux, 1893); Jirou (Lyon, 1894); Monestié (Paris, 1895); Besse et Quenet (Lyon, 1895); — les Revues générales de Plicque (*Gazette des hôpitaux*, 1890); de Nocard, de Rochet (1893); de Chrétien, de Choux (1895); les articles de traités de Gangolphe, Brodier, Roger, Blanchard, etc.; enfin, les travaux publiés par le professeur Poncet ou inspirés par lui de 1892 à 1895.

Nous ne saurions donc avoir la prétention de présenter ici un essai d'étude générale sur l'actinomycose humaine; nous voudrions seulement réunir les données cliniques et les procédés les plus simples d'investigation susceptibles d'en faire établir le diagnostic, en terminant par l'énoncé des ressources thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui pour la combattre.

La description du parasite en lui-même se bornera à celle des détails de morphologie et de biologie indispensables à son identification.

II

LE PARASITE. — La nature parasitaire de l'affection, soupçonnée d'abord par les vétérinaires qui la rencontrèrent chez le bœuf (langue de bois, sarcomes du maxillaire), avant que les médecins ne l'observent chez l'homme, fut affirmée, dès 1868, par Rivolta. Ce dernier, pourtant, avait essayé

(1) Il faut y ajouter : l'observation présentée par M. Duguet à l'Académie, le 31 décembre 1895, et deux cas de malades actuellement en traitement à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'un dans le service de M. le professeur Poncet et l'autre dans le service de M. Gangolphe. Enfin, M. Audry, à Toulouse, en a observé un cas publié par lui en janvier 1896.

vainement d'inoculer à des lapins les productions organiques, comparées par lui aux bâtonnets de la rétine qu'il avait retirés « d'une tumeur sarcomateuse à allure infectieuse » de la mâchoire d'un bœuf.

En 1877, le botaniste Harz (de Munich), consulté par Bollinger, sur la nature de petits grains trouvés aussi dans un ostéo-sarcome maxillaire du bœuf, établit leur origine mycosique, et appela l'affection déterminée par eux du nom d'actinomycose, pour indiquer la disposition en rayons des éléments les plus volumineux de ces grains. C'était la première donnée exacte et définitive, d'où l'on partit ensuite pour étudier l'évolution de l' « actinomycose ».

Mais, suivant les milieux et les époques où on l'observait, le parasite revêtait des aspects si différents; — et d'autre part, on trouvait à côté de lui des espèces pathogènes si analogues, qu'il fallut arriver aux travaux de MM. Metchnikoff, Nocard, Sauvageau et Radais (en 1892), pour être fixé sur la nature exacte de ce champignon, et sur la place qu'on devait lui assigner dans la classification botanique. Ce n'est même que dans le récent traité de pathologie générale de Bouchard (novembre 1895), que, pour la première fois, M. Blanchard établit, entre l'actinomycose vraie et les pseudo-actinomycoses (pied de Madura, etc.), la séparation déjà prévue par MM. Nocard, Sauvageau, Dor, et indiquée par Chrétien.

On sait aujourd'hui que l'*actinomycose est un champignon dont tous les caractères concordent avec ceux du genre Streptothrix* (de Cohn), *ou plutôt du genre « Oospora », dans lequel il faut intercaler les espèces constitutives de l'ancien genre Streptothrix* (Sauvageau et Radais).

On l'observe dans l'économie, au sein des tissus ou des liquides infectés, sous la forme de *grains* à contours irréguliers, dont nous ferons plus loin la description macroscopique en indiquant les méthodes rapides appropriées à leur examen. Dans chaque grain, on peut distinguer deux zones assez nettement séparées : l'une centrale, constituée par un enchevêtrement serré de filaments mycéliens; l'autre périphérique, à contours festonnés, et dont les éléments volumineux et ovoïdes, plus ou moins iréguliers (variant de 10 à 40 μ), sont disposés en couronne autour du feutrage central; ce sont les *massues*.

Sur l'une et l'autre zone se détache parfois un semis de corpuscules arrondis, de 1 à 2 μ de diamètre, distribués sans ordonnance aucune, ressemblant, à s'y méprendre, à des cocci isolés, et que l'on a pris pendant longtemps pour des microbes d'infection secondaire; en réalité, ces petits corps répondent aux *spores*.

D'ailleurs, dans le grain en évolution, *il n'y a qu'un élément constant, le mycélium central*; les spores ne s'observant que dans les milieux de culture très favorables, où la nutrition du végétal est active; et les massues, forme de dégénérescence, n'apparaissant, au contraire, que lorsque l'actinomycose se trouve en présence de cellules vivantes, susceptibles de lui opposer des réactions de défense. Il est facile, dès lors, de comprendre pourquoi, dans la plupart des cultures artificielles entretenues avec soin, on ne trouve que des filaments et des spores, et presque jamais, pour ne pas dire jamais, de massues; — tandis que ces dernières, constantes dans les grains retirés des tissus malades, peuvent les constituer presque à elles seules, lorsque le parasite, cerné de toutes parts par les phagocytes, se trouve ainsi arrêté dans son développement et altéré dans sa forme.

Pour prendre connaissance de l'évolution du parasite, il nous suffira donc de suivre le développement des filaments mycéliens : c'est sur ce point, du reste, qu'ont porté la plupart des divergences d'opinion des auteurs.

Les filaments du feutrage central d'un grain jaune apparaissent au début comme des bâtonnets enchevêtrés, larges de 1 à 2 μ sur 3 à 6 de long (donc plus volumineux que les bacilles de la tuberculose), à peu près rectilignes ou plus souvent incurvés et même tordus en spirale, presque toujours séparés les uns des autres, ou parfois en voie de fragmentation avec des intervalles clairs dans leur intérieur. Tel est leur aspect le plus constant lorsqu'on les observe après coloration au violet de gentiane (méthode de Gram) dans un grain écrasé. Mais si l'on transporte de tels filaments dans un milieu approprié (bouillon peptonisé, gélatine, agar, touraillon, etc.) à une température convenable (la plus favorable est de 37 à 40 degrés), et qu'on les examine au bout de quarante-huit heures, on les trouve soit, simplement, beaucoup plus nombreux et mélangés d'une quantité considérable de spores isolées, — soit, au contraire, excessivement allongés, atteignant parfois 50 à 100 μ de longueur, ramifiés irrégulièrement et souvent partiellement fragmentés en éléments, qui bientôt vont se séparer, et reproduire de courts filaments nouveaux. Quant à la sporulation proprement dite, on peut la suivre plus tard, dès le troisième ou quatrième jour, sur certains filaments dits reproducteurs qui se sont épaissis, et différenciés des filaments voisins simplement végétatifs en apparence; ceux-ci sont cependant susceptibles à un moment donné de fournir, eux aussi, des éléments reproducteurs par leurs ramifications. Le *filament sporifère* s'étrangle bientôt, se segmente en un chapelet de corpuscules arrondis, qui vont enfin se détacher à l'état de spores.

Ce processus de reproduction est de notion récente, et bien distinct de celui qui aboutit à la formation des *massues*. On avait cru d'abord que les massues, elles aussi, étaient analogues à des conidies et devaient mettre en liberté des spores. Mais Boström, puis Sauvageau et Radais, démontrèrent nettement que la massue correspond, au contraire, à un produit de dégénérescence hyaline de l'exoplasme condensé sur les bords du filament mycélien, et semblant lui constituer une gaine qui n'existe pas à l'état distinct. Chaque massue est d'abord appendue à un filament qui l'embroche totalement ou lui tient seulement lieu de pédicule; plus tard, le filament est détruit à l'intérieur de la massue, et celle-ci, libre désormais, apparaît striée concentriquement, à la façon d'un grain d'amidon ou d'un bulbe à écailles vitreuses. Assez régulièrement ovoïde au début, la massue est ensuite le siège d'une désintégration progressive, ce qui va lui donner des contours irréguliers avec prolongements muriformes ou digitiformes, jusqu'au moment où elle sera totalement désagrégée et disparaîtra ellemême.

L'actinomycose n'est donc pas une bactériacée analogue au cladothrix, comme on l'avait soutenu : tandis que les filaments du cladothrix possèdent tous une gaine et une fausse ramification, les filaments actinomycétiques, dépourvus de gaine, se ramifient à la manière d'un mycélium vrai, et se divisent ultérieurement comme lui en bâtonnets et granulations. Les spores, ou mieux les conidies, se forment par segmentation de filaments simples ou ramifiés (Sauvageau et Radais).

Cette incursion sur le terrain botanique était indispensable; nous en rapportons, en effet, de précieux éléments de diagnostic entre l'actinomycose et certaines maladies égale-

ment parasitaires, mais dues à d'autres champignons, ou aux cladothrix et aux bactériacées voisines.

Les caractères morphologiques de l'actinomycose étant ainsi établis, *comment arrive-t-on à déceler sa présence dans une lésion?*

En général, l'examen se fait sur des liquides provenant de collections ou d'ulcérations fistuleuses, plus rarement sur des crachats (actinomycose pleuro-pulmonaire), — quelquefois, enfin, sur les tissus malades eux-mêmes, et plus particulièrement sur des fongosités et des caillots sanguins enlevés à la curette ou sortis spontanément d'un orifice fistuleux. Presque toujours le parasite, quand il s'y trouve, se présente en agglomérations caractéristiques qui constituent les « grains jaunes ».

Il s'agit dès à présent de s'entendre au sujet de ces fameux grains. Si, dans nombre de cas, on les voit s'échapper en masses pressées sous le bistouri qui ouvre une collection mycosique, assez volumineux pour frapper l'œil le moins exercé, et assez jaunes pour donner l'impression de grains d'iodoforme finement pulvérisés, trop souvent aussi ils risqueront de passer inaperçus, si l'attention n'est pas spécialement attirée sur leur présence possible par certains caractères purement cliniques des lésions, sur lesquels il y aura lieu d'insister plus loin. Exceptionnellement ils dépassent 1/10 à 1/4 de millimètre de section; dans les foyers récents, leur nuance se rapproche du gris perle, pour devenir plus tard seulement jaune ou brun fauve, quelquefois même noirâtre, lorsqu'ils se trouvent au contact de particules organiques en putréfaction. Et dans ce dernier cas, il est très difficile souvent de reconnaître leurs éléments constitutifs, déjà notablement altérés et englobés dans des détritus cellulaires et du mucopus, puis inclus enfin au sein de petites masses calcaires provenant des parois du foyer.

Par conséquent, la première précaution à prendre pour examiner des liquides ou des tissus suspects est de les étendre sur une lame de verre polie, à l'aide d'une aiguille à cataracte ou d'une curette en écaille, qui les étalera en une couche mince sans rien écraser, et les dissociera grossièrement. De cette façon, les grains, même peu nombreux, seront mis en évidence, et surtout séparés des éléments étrangers ou inorganiques qui les enrobaient. Les grains ainsi recueillis seront ensuite transportés par groupes de trois ou quatre sur d'autres lames porte-objet, et on pourra les examiner directement au microscope. Mais pour les reconnaître sans autre préparation, il faut une grande habitude de ces recherches; et en tous cas, il est préférable d'avoir recours à l'une des nombreuses méthodes rapides de coloration qui ont été indiquées.

Le principe général de ces colorations est le suivant :

Dans le grain jaune, les filaments mycéliens et les spores prennent avec élection les couleurs d'aniline (violet de gentiane, bleu de méthyle, etc.), et résistent au Gram; tandis que les massues de la couronne périphérique, insensibles à ces colorants, sont teintées en jaune orangé par le picrocarmin, et en rouge rosé par l'éosine. La forme et la disposition des massues étant suffisamment caractéristiques par elles-mêmes, on pourra s'abstenir de pratiquer de doubles colorations, et l'on arrivera ainsi en quelques minutes à terminer un examen.

Voici la technique à laquelle nous avons été initié par M. le docteur Dor au laboratoire de M. le professeur Poncet, et dont nous avons fait l'épreuve avec succès, sur la plupart des cas observés dans le service :

Lorsque les grains sont imparfaitement dissociés, immersion rapide dans la potasse à 30 p. 100, pour détruire toutes les particules animales qui les souillent, puis lavage à l'eau qui entraîne l'excès de potasse et les substances étrangères. Cette pratique aura parfois pour effet de détruire entièrement la granulation que l'on prenait pour une masse actinomycétique et qui, en réalité, était constituée par des débris de tissus malades : elle sera donc une méthode de diagnostic, dans certains cas, précieuse, mais parfois aussi dangereuse, car si le grain jaune vrai que l'on observe a déjà été morcelé par la phagocytose, l'eau du lavage, après l'immersion à la potasse, entraînera à la fois les débris de leucocytes et les éléments fragmentés du grain.

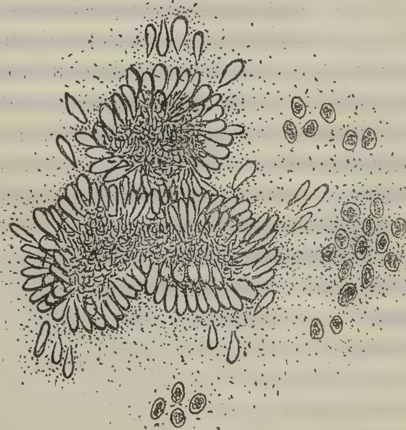


Fig. 1. — Grain jaune au microscope, *demi-schématique*; avec le mycélium central et les massues en couronne rayonnée. — Autour du grain, globules blancs, dans leurs rapports exacts de dimensions avec les massues.



Fig. 2. — Grain jaune vu au microscope (ocul. I, obj. VI) après coloration extemporanée au picrocarmin; les massues seules sont visibles dans leurs détails; centre du grain flou. — Globules blancs au voisinage.



Fig. 3. — Fragments de mycélium englobés par des leucocytes et présentant des lésions de dégénérescence analogues aux massues. [D'après Paulowsky et Maksoutow.] (Zeiss. *Immersion*, fort gross[t].)

Dans la majorité des cas donc, il sera suffisant de faire tomber sur la lame où reposent les grains isolés une goutte de picro-carmin vieilli, qu'on laissera en contact pendant cinq à dix minutes. Au bout de ce temps, et sans nouvel artifice, la préparation, recouverte délicatement d'une lamelle, sera examinée d'abord à un petit grossissement (2 Verick ou équivalent), puis à un plus considérable. Le

poids de la lamelle suffit à écraser légèrement le grain et à étaler un peu vers la périphérie la couronne festonnée irrégulièrement des massues dont les contours et la nuance orangée sont caractéristiques, tandis que le centre est teinté confusément en jaune, sans distinction de détails (1).

Pour obtenir une double coloration rapide, il suffirait de traiter préalablement le grain que l'on aurait alors écrasé, par la méthode de Gram, avant de le soumettre à l'action du picro-carmin ; mais, pour un diagnostic extemporané, la première méthode, d'une simplicité élémentaire, donne des résultats très suffisants.

Dans les coupes, la recherche du parasite n'est malheureusement pas aussi simple et n'offre des chances de succès que si l'on a d'excellents matériaux de durcissement rapide et des microtomes ou une technique de coupes à main levée, assez perfectionnée pour arriver à trancher les tissus sans les dilacérer. Le parasite, en effet, détermine autour de lui une zone de nécrose qui isole plus ou moins complètement le grain jaune des éléments voisins et lui permet d'en être détaché par la simple poussée du rasoir. A plus forte raison ne faudra-t-il pas laisser les coupes immergées longtemps dans de grands récipients avant leur coloration. Ce sont là, on le voit, des conditions réalisables lorsqu'on dispose de l'outillage d'un laboratoire, mais incompatibles avec les nécessités habituelles d'un diagnostic de pratique. Quoi qu'il en soit, la technique de la coloration du parasite dans les coupes peut être exactement la même que celle que nous avons décrite ci-dessus pour les grains isolés, moins l'immersion préalable dans la potasse qui altérerait les cellules du tissu intéressé. Avec le picro-carmin et une des couleurs d'aniline appropriées, on obtient même des colorations triples : cellules animales avec une teinte qui varie du rouge franc au rose, massues en orangé, mycélium en bleu ou violet.

Nous ne nous étendrons pas sur les méthodes de culture et les procédés d'inoculation aux animaux : ce sont là plutôt encore des expériences de laboratoire, toujours délicates à diriger et dont il importe seulement dans cet aperçu clinique d'enregistrer les résultats.

Lorsqu'on ensemence directement un grain jaune dans un bouillon à l'air asepsié, il y a de grandes chances pour que la culture qui se développe soit impure, l'actinomyces se trouvant en symbiose presque constante avec des microbes de la suppuration, qui vont se développer plus rapidement que lui et non seulement ralentir son évolution, mais souvent même le faire disparaître assez rapidement du milieu où on l'a ensemencé (six à dix jours).

Ce défaut de résistance du parasite vis-à-vis des organismes inférieurs rend compte de ce fait, que, dans certains cas d'actinomycose, revêtant toutes les allures cliniques de l'affection, mais à foyers ulcérés et suppurés, il soit impossible de retrouver un seul grain jaune, alors même que la lésion semble encore progresser et que, quelque temps auparavant, à la première ouverture des collections, on en ait recueilli des quantités. Ce fait impose aussi la nécessité d'examiner le plus tôt possible les grains et de ne pas les laisser auparavant, pendant plusieurs jours, exposés aux souillures de l'atmosphère ou d'un vase mal stérilisé.

(1) Naturellement, si l'on voulait conserver ces préparations, il faudrait, après la coloration au picro-carmin, laver à l'eau pure ou légèrement alcoolisée, puis immerger dans la glycérine picrocarminée, et luter au baume.

L'ensemencement exige donc des précautions minutieuses contre les infections associées et l'on a successivement préconisé les cultures dans le vide (O. Budgwid), ou sur plaques d'agar (V. Guermonprez et Bécue), ou dans l'œuf (Israël), ou, enfin, sous une cloche renfermant un corps avide d'oxygène [acide pyrogallique (O. Budgwid)]. Tous ces procédés sont basés sur la propriété que possède l'actinomyces de vivre comme un aérobie ou un anaérobie, suivant les nécessités du milieu, tandis que les microbes qui se trouvent avec lui sont gênés dans leur développement, soit par la privation (surtout les microbes de la suppuration), soit par l'excès d'oxygène (surtout les saprophytes).

Tous les milieux habituels de culture usités en bactériologie sont bons pour le champignon. En bouillon, il donne d'abord des granulations d'un blanc terne, dont le volume augmente progressivement sans qu'elles déterminent de trouble appréciable dans le liquide ; plus tard, elles se recouvrent d'un duvet cotonneux constitué par les spores. Sur gélatine et sur agar, au bout de huit à quinze jours, les granulations, primitivement blanchâtres, puis jaune citron, prennent des contours mûriformes et se fendillent par déshydratation en même temps qu'elles se foncent et sont tapissées par un velouté plus clair, dû également aux spores accumulées en surface (Boström, Sauvageau). Mais ce qu'il y a de remarquable surtout et de capital au point de vue étiologique, *c'est la facilité avec laquelle les cultures pures fructifient sur les céréales légèrement humides*. Boström et Israël ont étudié le développement parallèle d'une plante de blé ou d'orge et d'un champignon parasite de la plante. La description du champignon observé par Lemière dans les mêmes conditions ne correspond pas à la description des précédents auteurs. Sur les graines mûres et légèrement ramollies par l'eau, deux ou trois jours après l'ensemencement, apparaît un enduit pulvérulent jaunâtre, qui s'épaissit progressivement à la surface, en même temps qu'il pénètre dans la profondeur des enveloppes ; dans de pareilles cultures, faites avec M. Dor, nous avons obtenu des résultats positifs sur le blé, sur l'orge et sur l'avoine ; les graines séparées semblaient plus favorables que lorsqu'elles étaient recouvertes de la paille de l'épi (1).

La température de choix varie de 37 à 40 degrés. A 70 degrés, le parasite est détruit rapidement, mais les spores opposent plus de résistance.

En ce qui concerne les inoculations aux animaux, les difficultés sont encore plus nombreuses que pour les cultures. C'est en 1880 seulement, après des tentatives répétées, mais toutes malheureuses, de Bollinger, Perroncito, etc., que Johne, le premier, donna l'actinomycose à un bœuf en lui inoculant des grains parasitaires qui provenaient d'un animal de la même espèce ; les inoculations d'animal à animal purent être faites ensuite avec succès sur le veau, le chien, le lapin, le cobaye, alors que l'on essayait encore vainement de transmettre l'actinomycose de l'homme aux animaux. Israël, pourtant, réussit, en 1883, à infecter un lapin avec des grains jaunes de provenance humaine ; après lui, Hanau, Rotter, Wolff et Israël, Mandereau, Bécue, etc. obtinrent d'aussi beaux résultats. Les inoculations positives avaient été faites surtout dans les milieux transparents de l'œil et dans le péritoine, tandis que l'insertion du grain

(1) Toujours nous avons échoué avec l'ensemencement direct des grains jaunes, infectés par des associations microbiennes.

jaune dans le tissu cellulaire ou dans les os, après trépanation, échouait toujours [Gangolphe (1)].

Il ne faut pas se dissimuler cependant que les inoculations avec des matériaux fournis directement par le sujet infecté donnent encore aujourd'hui, même avec le perfectionnement des techniques, une proportion d'insuccès de beaucoup supérieure à celle des résultats heureux : insuccès soit absolus, soit partiels, les lésions obtenues guérissant parfois spontanément et trop complètement pour que l'on puisse contrôler plus tard leur étendue et même affirmer leur nature. C'est ce qui avait fait dire à Liebmann que le passage du parasite par les animaux diminue sa virulence et que, pour lui rendre ses facultés végétatives et pathogènes, il faut l'intermédiaire d'un milieu végétal.

Nous savons, en effet, que l'actinomyces se développe très facilement et abondamment sur la plupart des céréales; mais nous savons aussi qu'il lui faut pour cela l'isolement absolu des autres micro-organismes. Or dans les tissus animaux, il est exceptionnel que l'actinomyces ne se trouve pas en symbiose avec quelques espèces de bactéries, vis-à-vis desquelles il est dans une situation d'infériorité évidente. Rien d'étonnant alors qu'une culture pure sur céréales soit plus virulente qu'une culture impure sur un animal vivant, dont les cellules d'autre part vont lutter contre l'infection qui les menace et déterminer par leurs réactions de défense ces lésions des éléments du parasite qui sont traduites par la formation des massues. Sur les végétaux, au contraire, le champignon revêt, au bout d'un temps variable, des formes de résistance (Liebmann) analogues à celles des parasites animaux inférieurs (coccidies), dans leurs stades de vie libre; presque tous les filaments disparaissent après avoir donné des spores dont la vulnérabilité aux agents extérieurs est beaucoup moindre. Tandis que le développement des filaments est arrêté par un séjour de dix minutes à 70 degrés, les spores peuvent encore végéter après une ébullition de près d'un quart d'heure ou après un séjour de quatre heures à la température sèche de 140 à 150 degrés. L'acide phénique ne les altère pas, il faut pour les détruire un contact de cinq minutes avec le sublimé à 1 p. 1000 ou avec certaines couleurs d'aniline (bleu de méthylène).

III

Modes d'infection. — Autant de points sur lesquels il faudra revenir au sujet des mesures de prophylaxie à employer. Pour le moment, ils sont intéressants surtout par la lumière qu'ils projettent sur l'*étiologie* de l'affection. *La plupart des cas d'actinomycose dont l'étiologie put être établie reconnaissent, en effet, une origine végétale.* La contagion par les animaux est exceptionnelle, malgré la fréquence bien connue de la maladie chez le bœuf et malgré le nombre des faits de plus en plus nombreux où elle atteint les autres animaux domestiques. C'est de même la raison pour laquelle, parmi ces derniers, les herbivores et les rongeurs sont frappés presque exclusivement : bœuf, âne, cheval, chèvre, mouton, lapin, cobaye, rat, etc. Si le chien et le porc ont pu être infectés, c'est à titre d'omnivores et, par conséquent, ils rentrent par là dans la catégorie précédente.

Les oiseaux de basse-cour nourris de graines échappent-ils à la contagion? C'est là un point qui appelle encore des recherches. M. Dor (1893) a tenté vainement d'inoculer à des pigeons les grains retirés pourtant des lésions d'un emboqueur qui avait l'habitude de nourrir ses animaux bec à bouche (cas de M. Rochet). Ici encore, l'origine végétale est probable : les pigeons étaient sains, mais les ulcérations déterminées par leurs coups de bec sur les lèvres de l'éleveur avaient servi de voie d'entrée au champignon qui devait se trouver sur les graines (1).

Tel est d'ailleurs le mécanisme le plus habituel de la contagion et la cause de la fréquence des localisations dans le domaine des voies digestives et respiratoires supérieures ou sur les parties découvertes des téguments : tantôt c'est un épi mâchonné par un batteur en grange ou par un promeneur qui ulcère légèrement les gencives et donne naissance à une actinomycose cervico-faciale (plusieurs cas de Poncet, Boström, Reverdin, Guermonprez et Bécue) : Boström incisant un jour un foyer mycosique parotidien en vit sortir une barbe de céréales couverte des végétations caractéristiques du champignon. Tantôt ce sont des poussières de foin qui entraînent avec elles, dans la trachée, des filaments du parasite et déterminent ainsi une bronchite, avec toutes les complications de l'actinomycose pleuro-thoracique (Buzzi et Conti, Illich). Ou bien le parasite, dégluti avec des graines ou avec des poussières, ne s'arrête que dans l'intestin : Cart rapporte une observation d'actinomycose appendiculaire, à l'ouverture de laquelle on trouva dans l'appendice un grain de blé chargé de mycélium. Enfin, plus rarement, c'est au niveau d'ulcérations cutanées qu'évolue la lésion : dans les faits publiés par les professeurs Albert (de Vienne) et Wölfler (de Gratz), la porte d'entrée était constituée par des écorchures ou des « durillons forcés » sur les mains de plusieurs moissonneurs. Une malade de Braatz présentait une eschare du cubitus, dans le pus de laquelle on aperçut des grains jaunes qui furent examinés ensuite au microscope; cette femme, dépourvue de tous soins hygiéniques, couchait depuis des mois sur une paillasse moisie.

Aussi avait-on admis, même avant la connaissance du parasite et du mode d'infection, une influence saisonnière sur l'évolution de la maladie; depuis longtemps les vétérinaires savaient que la « langue de bois » et les tumeurs du maxillaire et des joues s'observent chez le bœuf, surtout d'avril en octobre, alors que les animaux sont aux pâturages (Nocard). Et Boström, sur un total de 84 cas chez l'homme, en note une proportion de 77 p. 100 qui évoluent d'août en janvier, au moment du battage des céréales.

Le champignon peut se développer aussi sur les grands végétaux et même sur le bois travaillé : certains malades nient toute ingestion de céréales crues et rapportent, au contraire, leurs lésions à une blessure par une écharde ou une épine d'arbuste (Müller, Boström, Poncet).

Tous ces faits ramènent à sa juste valeur la part qu'il faut faire au traumatisme lui-même, élément simplement occasionnel.

(1) C'est par inoculation dans la chambre postérieure de l'œil du lapin, au cours d'expériences auxquelles M. Dor avait bien voulu nous associer dans le laboratoire de M. le professeur Poncet, que nous avons pu dans un cas, avec des grains jaunes provenant d'une lésion temporo-maxillaire de l'homme, déterminer une actinomycose expérimentale mortelle, et dans un autre cas la formation, sur la membrane hyaloïde, d'un tubercule actinomycétique qui atteint le volume d'une noisette et rétrocéda ensuite. (*Province méd.*, 1893.)

(1) D'ailleurs, l'actinomycose aviaire fût-elle établie, qu'il y aurait encore lieu de se demander, comme pour la tuberculose, si c'est la même maladie et le même parasite que l'actinomycose de l'homme.

Bien que la contagion animale soit rare, elle semble pourtant indéniable, d'après des observations de Guder, Hartmann, Illich, Poncet, dont les malades, cultivateurs ou valets d'écurie, soignaient habituellement des bêtes infectées et avaient été inoculés, soit directement à la main par des ulcérations, soit par l'intermédiaire des poussières. Il n'est pas invraisemblable d'admettre que, dans ces cas, le parasite avait conservé une virulence exceptionnelle et qu'il existe chez les animaux des actinomycoses malignes d'emblée, au même titre que chez l'homme, ainsi que nous le montrera l'étude clinique.

De ce résumé étiologique, on peut déjà conclure que l'actinomycose doit être une affection facile à disséminer : l'agent causal s'adapte facilement aux nécessités des milieux et ses spores sont douées d'une résistance considérable à la destruction. Qu'elle ait été et soit encore aujourd'hui plus fréquente en Allemagne, en Autriche et en Russie, c'est un fait possible : ces pays présentent de vastes régions humides et de grands centres de culture de céréales, favorables à la conservation du parasite. Mais puisqu'on a noté sa présence à peu près partout, en Europe, en Égypte, dans l'Amérique du Nord et en Australie, on voit qu'il est légitime d'admettre une répartition moins exclusive et une délimitation moins nette des « centres d'infection », qu'on ne l'avait fait jusqu'à ces dernières années. Quand on saura diagnostiquer partout l'actinomycose, on en fera une maladie de tous les pays.

IV

Caractères généraux des lésions. — Quels qu'aient été le mode de pénétration et la localisation primitive de l'actinomycose dans l'économie, une fois fixé il détermine des lésions élémentaires dont le processus est le suivant :

Autour du parasite en prolifération, les globules blancs se groupent, attirés par les diastases ectasines qu'il sécrète, et forment une zone de protection nodulaire. Parfois, le parasite est détruit sans avoir causé d'autre désordre qu'une zone d'induration passagère ; mais s'il est assez virulent, il résiste et donne lieu à des lésions durables. Dans son voisinage immédiat, les leucocytes constituent une première couronne où ces cellules alternent avec divers éléments organiques en dégénérescence granuleuse, et à la périphérie de laquelle d'autres globules blancs affectent, en se tassant, la disposition épithélioïde habituelle aux nodules infectieux (actinomycome). Les tissus au contact du nodule réagissent eux-mêmes et opposent à l'invasion du processus une barrière de cellules embryonnaires ou fusiformes, dont la disposition complète l'analogie entre l'actinomycome et le follicule tuberculeux de Köster (Pawlowski et Maksoutow).

Cette prolifération de réaction s'étend parfois assez loin pour que la première impression, donnée par l'aspect des coupes au voisinage du nodule, soit celle d'un lymphosarcome. D'autant plus que les cellules géantes manquent ici le plus souvent, dans la zone centrale du nodule lui-même, aussi bien qu'à sa périphérie : Pawlowski insiste sur ce point ; les cellules géantes n'apparaissent, en général, que lorsque les éléments du parasite morcelés, dégénérés, hérissés de massues, vont être englobés.

Quand il a été absorbé par les leucocytes, rarement le parasite est assez résistant pour continuer son évolution à l'intérieur même de leur protoplasma. S'il survit, et cela ne doit arriver que pour les formes les plus résistantes qui correspondent aux spores, on peut constater, dans les espaces lymphatiques voisins du foyer, des globules blancs infectés par des filaments mycéliens de longueur variable et munis ou non de massues. Ce sont ces cellules qui, rentrées dans le torrent sanguin ou lymphatique, vont ensemencer à distance de nouveaux foyers dans l'économie, avec une prédilection marquée pour les grandes séreuses : méninges craniennes ou spinales, péricarde, plèvre et péritoine. Exceptionnellement se trouvent réalisées ainsi de véritables granulies actinomycosiques (1 cas de Pflüg). On n'a pas déterminé encore si la généralisation dans ces cas s'effectue plus particulièrement par la voie sanguine ou la voie lymphatique : toutefois, la constatation d'embolies parasitaires dans la rate, le foie, les reins, les capsules surrénales et même dans le cerveau, avec formation d'infarctus, plaide en faveur de la voie sanguine (Bollinger, Illich). D'autre part, les lymphangites et surtout les adénites sont ici des raretés.

Le plus souvent donc, l'évolution des lésions se poursuit uniquement sur place et l'envahissement des tissus s'opère par continuité. Autour du grain jaune s'étend une zone de nécrose ensemencée progressivement par le parasite, et qui infiltre de préférence les espaces conjonctifs ou les parenchymes à cellules délicates. Pourtant il n'est pas exceptionnel de noter l'ulcération des vaisseaux (Cart). Le processus ne s'arrête que lorsque les leucocytes, appelés constamment par les ectasines sécrétées, atténuent le pouvoir végétatif du champignon et fragmentent le mycélium en déterminant la formation des massues : alors les tissus réagissent, une coque fibreuse, et plus tard souvent crétacée, isole les portions sphacélées où le parasite reste enfermé ; telle est probablement la genèse de ces *actinomycoses néoplasiques* nettement limitées (Israël, Babes), que l'on a rapportées aussi à une atténuation primitive de l'agent infectant (Bollinger) et qui cliniquement simulent à s'y méprendre des tumeurs.

Les phénomènes congestifs à distance, en relation avec la diapédèse effectuée autour du foyer, peuvent présenter une allure aiguë, ou plus souvent chronique ; dans le premier cas, la région infectée offre les apparences extérieures d'un phlegmon en évolution (actinomycose aiguë). Mais, en général, l'infiltration périnodulaire a une évolution plus lente, et aboutit à la production de cet œdème caractéristique, qui donne au doigt une sensation intermédiaire à la dureté des tumeurs et à l'empâtement plus mou des inflammations (Poncet). Alors, au bout d'un temps variable, avec la profondeur initiale du foyer, les téguments, d'abord fixés aux plans sous-jacents, sont amincis, soulevés par des nodosités de plus en plus ramollies, qui s'ulcèrent bientôt et donnent lieu à des fistules presque toujours multiples. Par ces fistules situées au fond de dépressions, ou au sommet d'élevures à bords livides, s'écoule une sérosité louche, entraînant avec les grains jaunes des fongosités molles, chargées de sang, s'écrasant facilement sous le doigt.

Alors interviennent les *infections secondaires* et « l'aspect de la lésion initiale, formée d'une ou de plusieurs poches dures ou suppurees, mais isolées encore et distinctes, est alors profondément modifié. « Des fusées lointaines, de l'œdème inflammatoire à distance, des fistules multiples, des cicatrices à côté ou au milieu de foyers en pleine activité, donnent l'impression d'un tableau clinique complexe, au milieu duquel il serait impossible de se débrouiller, si l'on n'avait pas l'issue des actinomyces par les fistules pour se guider » (Rochet). Et malheureusement alors, les actinomyces peuvent avoir disparu.

Ici se pose tout naturellement la question du *pouvoir pyogène* du parasite ; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer au sein de foyers actinomycétiques, des collections franchement purulentes parfois considérables, alors même que des infections secondaires d'origine externe n'avaient pu se produire. Se basant sur ces faits, et sur la présence constatée par lui du parasite isolé dans une actinomycose thoracique suppurée, M. Netter admet ce pouvoir pyogène, qui n'a rien d'invraisemblable *a priori*. Mais, outre que, chez les animaux où les infections secondaires sont moins constantes, les formes suppurées restent beaucoup plus rares, il faut noter pour l'homme que presque toujours, alors même qu'il n'y a pas encore d'ulcération cutanée, l'actinomycose a entraîné à sa suite dans les tissus, les bactéries saprophytes du tube digestif et des voies respiratoires supérieures. Il est donc difficile, en pratique, de faire le départ de ce qui revient aux uns et aux autres des agents infectants dans la suppuration. Une dernière preuve, c'est qu'on obtient rarement des cultures pures avec les grains jaunes, même recueillis aseptiquement.

En résumé, tendance à la nécrose au contact immédiat du parasite, formation en général tardive et *in situ* de foyers ramollis s'ouvrant plus ou moins loin à l'extérieur par des fistules multiples, lésions de congestion chronique à distance : telles sont les caractéristiques de cette infection, qui peut se localiser à toutes les régions, mais avec une fréquence spéciale dans les alentours des voies respiratoires et digestives supérieures, ainsi qu'on le verra au cours de l'étude clinique.

Le *tissu habituellement atteint est le tissu conjonctif* ; et même, dans les formes cliniques intestinales ou pleuro-pulmonaires, les lésions parenchymateuses cèdent toujours le pas aux lésions interstitielles, qui les ont précédées. Parmi les formations conjonctives elles-mêmes, c'est le tissu cellulaire lâche qui est surtout touché ; les aponévroses résistent davantage, et les *localisations osseuses* seraient exceptionnelles à titre primitif. MM. Gangolphe, Guermonprez et Bécue *nient formellement l'actinomycose osseuse d'emblée*. Cette dernière particularité est surtout à retenir comme élément de diagnostic avec la tuberculose ; elle offre d'autant plus d'intérêt, que, chez les animaux, au contraire, c'est presque toujours dans le squelette des mâchoires que se cantonnent les désordres (1).

Lorsque les os sont envahis, ils confinent à des régions préalablement infectées : les lésions, d'abord parostales, s'étendent ensuite au périoste, et se bornent, le plus souvent, à des dénudations en surface. Alors même que le périoste est déchiqueté et détruit partiellement, l'os peut rester lisse, quoique criblé d'un piqueté hémorragique ; il est légèrement épaissi. Aussi, le stylet explorateur rencontre-t-il, en général, des surfaces résistantes et ramène-t-il exceptionnellement des sequestres. Le squelette de la cage thoracique et de la colonne vertébrale présente à l'infection une susceptibilité apparente, qu'il doit, en réalité, au voisinage des foyers cervico-faciaux et pleuro-pulmonaires.

A la longue pourtant, on a vu se produire des nécroses étendues. Il existe même des *formes térébrantes osseuses*, sur lesquelles M. le professeur Poncet vient d'attirer l'attention dans la thèse de Quenet : l'observation la plus typique a trait à une femme dont le maxillaire supérieur gauche et la moitié correspondante de la voûte palatine osseuse avaient été totalement détruits. Les désordres ressemblaient à s'y méprendre, à ceux d'une nécrose syphilitique : ce n'est que la présence des grains jaunes qui en établit la nature.

D'ailleurs, trop souvent, le diagnostic anatomo-pathologique ne reposera que sur cette constatation du parasite, les réactions du tissu osseux vis-à-vis de l'agent infectant, n'ayant chez l'homme rien que de banal. Dans un seul cas, Israël a trouvé un foyer mycosique enkysté dans le tissu spongieux de l'épiphyse inférieure d'un fémur (1). Rien d'analogue non plus à l'infiltration grise tuberculeuse. C'est plutôt avec la carie tuberculeuse qu'il y aurait lieu d'établir des rapprochements : avec cette différence, toutefois, d'après Kundrat, que la cavité de corrosion actinomycétique est couverte de stalactites osseuses, tandis que dans la tuberculose on ne trouve, dans les cavités lacunaires, que des lésions d'usure, et de l'ostéite proliférante seulement à la périphérie. En réalité, ici encore, le processus de raréfaction domine (Gangolphe) ; et la prolifération osseuse, aussi bien que la production de séquestres gothiques, revient, comme dans toute ostéite spécifique, aux infections secondaires. Ces lésions de l'os se retrouvent identiques dans les cavités articulaires lorsqu'elles ont été envahies.

Même absence de défense du côté des *muscles* et des *vaisseaux* : dans les muscles, l'infection du tissu conjonctif interfasciculaire détermine une dégénérescence vitreuse des fibres, puis une nécrose totale, ne laissant plus aucun élément reconnaissable au microscope. A la coupe macroscopique déjà l'aspect est caractéristique : à côté de faisceaux de teinte pâle, délavés et comparables à de la peau de chamois mouillée et effilochée, on note des amas de débris boueux jaunes, comme si l'on avait passé la pièce pendant quelque temps à l'acide picrique (Poncet). Ces amas sont dissociés et entraînés facilement sous un filet d'eau qui ne laisse subsister à leur place qu'une trame plus ou moins lâche, formée de fibres conjonctives et élastiques en majorité.

Les vaisseaux, même en plein putrilage, sont souvent dépourvus de lésions d'endartérite et de péri-artérite : quand la nécrose les atteint alors, leurs parois sont morcelées progressivement, sans oblitération préalable de la lumière. Ce détail, d'une importance capitale pour le diagnostic, d'après les coupes, avec la syphilis et la tuberculose, explique, d'autre part, la fréquence des hémorragies par ulcération des vaisseaux.

Voici, d'après une statistique très complète, empruntée à la thèse de Besse, les proportions dans lesquelles se rencontrent les principales localisations :

Illich, sur 421 cas (Vienne), relève pour les régions suivantes :

Tête et cou (y compris la cavité buccale et la langue)	234 cas, soit 55 p. 100.
Abdomen	89 — — 20 p. 100.
Poumon	58 — — 15 p. 100.
Peau	11 — — 2,5 p. 100.
Localisation primitive inconnue . .	29 — — 6 p. 100.

(1) La localisation osseuse presque constante, l'allure franchement néoplasique de l'actinomycose du bœuf, l'absence habituelle de sa contagiosité pour l'homme sont les arguments invoqués par les partisans de la distinction entre l'agent de l'infection bovine et celui de l'infection humaine.

(1) C'est un des rares cas connus d'actinomycose isolée des os longs des membres. Kœhler en a observé un autre chez un garçon de quatorze ans, qui portait au tiers supérieur du tibia une tuméfaction secondaire mycosique, du volume d'un œuf, localisée dans le condyle interne.

Sokolow, en Russie, analyse 61 cas et trouve :

Tête et cou.	33 cas, soit 53 p. 100.	
Intestin	7 — — 12 p. 100.	
Poumon	18 — — 30 p. 100.	
Origine douteuse	3	

Gudder (en Suisse) compulse 22 cas :

Face et cou.	11 cas, soit 50 p. 100.
Abdomen.	6 — — 21 p. 100.
Poumon	3 — — 13 p. 100.

Enfin, les 40 cas français se répartissent en :

Face et cou.	35 cas.
Thorax et poumon.	4 cas.
Membres.	1 cas.

Cette divergence considérable, entre la statistique française et celle des autres pays, s'explique par la notion encore récente de la maladie, et par les cas nombreux d'actinomycose thoracique et abdominale, à évolution souvent fruste, qui ont dû passer inaperçus chez nous.

Nous avons donc à distinguer, dans l'étude clinique, les types suivants :

Actinomycose cervico-faciale, de beaucoup la plus fréquente;

Actinomycoses thoracique et *abdominale*, encore peu connues en France, mais qui doivent compter néanmoins parmi les formes assez communes ;

Actinomycose cutanée, relativement rare à titre isolé. Ce sont là les formes primitives habituelles, ou du moins qui peuvent l'être. Elles sont susceptibles de se compliquer de localisations secondaires, dont les plus courantes sont : osseuses, cérébro-spinales ou méningées, rénales, et que nous envisagerons comme simples complications des précédentes. Nous ne voulons, en effet, insister que sur les types cliniques d'ensemble, que l'on est particulièrement exposé à rencontrer dans la pratique.

V

Forme cervico-faciale. — Le centre autour duquel rayonnent ici les lésions est l'articulation temporo-maxillaire. Presque constamment, les régions massétérine et temporale sont envahies, aussi M. le professeur Poncet distingue-t-il un type d'*actinomycose temporo-maxillaire*, dont il donne la description suivante :

« Cette actinomycose peut se diviser d'après sa marche en deux formes : actinomycose aiguë et actinomycose subaiguë, prenant bientôt une allure torpide, chronique.

L'actinomycose aiguë ne m'arrêtera pas. Elle est, en effet, plus rare. Comme siège, elle mérite souvent le nom de cervico-bucco-faciale. La maladie affecte toutes les allures d'un phlegmon septique ordinaire. L'expérience montre qu'on doit songer à une manifestation actinomycosique. L'examen histologique est naturellement nécessaire pour trancher le diagnostic, d'autant mieux que des signes cliniques un peu spéciaux me paraissent manquer, surtout dans les premiers jours.

Dans l'actinomycose subaiguë de la région temporo-maxillaire, forme plus classique de la maladie, je crois que la clinique fournit rapidement les éléments d'un bon diagnostic. Ce sont ces derniers seuls que je désire envisager. L'affection débute par une douleur plus ou moins vive, soit au niveau des dernières molaires qui peuvent être gâtées, mais qui, souvent aussi, sont saines, soit en arrière de l'angle inférieur de la mâchoire. Chez un de mes actinomycosiques, les douleurs dans cette articulation étaient telles qu'à l'hôpital Cochin, on crut, pendant plusieurs semaines, à une arthrite temporo-maxillaire (1).

L'acuité de la douleur est variable. Trois malades souffraient atrocement et se plaignaient de douleurs dans toute la région cervico-faciale correspondante. Une incision, un large débridement des foyers ramollis les soulageaient pendant un temps plus ou moins long, mais les souffrances reparaissaient, et cela, malgré l'iodure de potassium à haute dose. Cette *violence des douleurs*, que ne saurait expliquer l'intensité des phénomènes inflammatoires, qui font du reste défaut, me paraît constituer aujourd'hui une forte présomption en faveur de l'actinomycose.

Les souffrances ne sont pas habituellement continues, elles reviennent par crises, surtout pendant la nuit, et durent quelquefois des heures entières. Dans d'autres cas, la douleur initiale est moyenne, le malade la signale sans trop attirer l'attention sur ses souffrances, puis elle disparaît plus ou moins complètement (forme torpide, chronique) pour réapparaître, soit avec une nouvelle poussée inflammatoire, avec la formation d'un abcès, soit encore avec l'occlusion des fistules existantes, que la collection liquide ait été ouverte ou qu'elle se soit spontanément fait jour au dehors. Dans les deux cas, elle s'explique aisément par des accidents de rétention.

Le deuxième phénomène, d'une haute importance au point de vue du diagnostic, est un *trismus précoce*, qui s'installe d'emblée, avec des caractères tels que l'on songe immédiatement à une contracture des maxillaires, provoquée par l'éruption pathologique d'une dent de sagesse. L'histoire de ces malades est caractéristique : ils commencent par souffrir et par ne pouvoir plus écarter les dents. Jusqu'à la guérison, cette constriction permanente des mâchoires persiste. Elle subira des hausses et des baisses, suivant l'étendue, la profondeur des lésions, la production de nouveaux abcès; mais il est bien certain qu'elle n'est pas sous la dépendance de la douleur et qu'elle ne marche de pair ni avec elle, ni avec les lésions inflammatoires. J'ai, en effet, observé maintes fois une constriction très prononcée des maxillaires avec une actinomycose temporo-maxillaire presque indolente, constituée par un plastron scléreux rappelant un vieux phlegmon en voie de résolution.

Ce trismus que, dans mes leçons cliniques, j'ai donné comme pathognomonique de l'actinomycose, est, à n'en pas douter, le résultat de l'irritation plus ou moins directe du masséter, du temporal, par le parasite, qui se développe d'abord dans l'enveloppe celluleuse de ces muscles, à leur voisinage immédiat et bientôt dans leur propre tissu.

A la douleur, au trismus s'ajoute un troisième élément de diagnostic : je veux parler du gonflement de la région temporo-maxillaire. La tuméfaction, qui a débuté par l'angle inférieur de la mâchoire ou à son voisinage, soit du côté de la face, soit du côté du cou, gagne rapidement la branche montante. Elle siège au niveau du masséter, de la région parotidienne, elle s'infiltre dans la fosse temporale; transformant en saillie ce qui était méplat normal, elle gagne du côté de la joue, de l'arcade zygomatique; mais c'est dans la région temporo-maxillaire qu'elle présente surtout certains

(1) Au contraire, cette articulation reste en général indemne, même entourée de toutes parts de tissus infectés.

caractères particuliers sur lesquels j'ai maintes fois insisté. Elle donne à l'œil, au toucher, l'impression de *quelque chose qu'on n'a pas vu, de quelque chose de bizarre*, elle éveille l'idée d'un néoplasme, d'un sarcome en nappe, d'une lésion qui n'est pas, si je puis dire, classique.

Ces caractères, *de consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides, de sarcome et d'inflammation*, cette actinomycose les conserve pendant toute sa durée. Il y a là un processus essentiellement sclérogène, qui trouve d'abord dans les couches parostales du squelette, dans l'atmosphère celluleuse lâche qui entoure les masticateurs, un terrain de choix. Il envahit promptement ces tissus et se comporte au milieu d'eux comme une injection de liquide coagulant.

Le gonflement fait une saillie variable dans la cavité buccale et présente les mêmes particularités de tuméfaction dure, ligneuse, élastique et rénitente. En certains points, enfin, *quelque chose encore de non déjà senti*. La muqueuse est saine, nous l'avons vue toujours du moins telle ; elle glisse sur les tissus indurés qui la doublent et, plus tard, il en sera encore ainsi, les abcès faisant plus volontiers saillie du côté de la peau, comme si le parasite avait pénétré par une effraction cutanée.

Une autre surprise est réservée au doigt explorateur : le squelette est indemne ; pas de périostite alvéolo-dentaire, pas de périostose, pas de gonflement du maxillaire. Ce sont des lésions, dans les premiers temps, parasquelettiques. Il s'agit, comme je l'ai vu avec Rochet, de péri-maxillite. Plus tard, l'os peut devenir malade, mais au début que j'ai eu en vue, il est entouré, lui et le périoste, par une gangue fibreuse qui les capitonne et rend difficile l'exploration du maxillaire inférieur. Cette intégrité du rebord alvéolaire et du squelette sous-jacent n'est pas un des phénomènes les moins intéressants; pendant une première période de l'évolution des lésions actinomycosiques, des abcès, des fistules existent souvent depuis longtemps, sans que le stylet conduise sur un point osseux dénudé.

L'absence d'adénite est également un symptôme précieux des manifestations mycosiques. Dans la suite, si les ganglions sont pris, il s'agit d'une infection secondaire : staphylocoques, streptocoques, etc.

En résumé, la douleur temporo-maxillaire, avec les modalités que j'ai mises en relief, un trismus précoce permanent, intermittent seulement dans ses degrés et ne s'expliquant pas par l'intensité des douleurs et des lésions inflammatoires, un gonflement à siège spécial : angle inférieur de la mâchoire, région cervicale avoisinante, branche montante du maxillaire, fosse temporale, enfin l'intégrité du squelette : voilà, au début de cette forme d'actinomycose temporo-maxillaire, des éléments de diagnostic (surtout avec la périostite alvéolo-dentaire banale) qui, s'ils n'entraînent pas la conviction du clinicien, imposent la recherche des actinomyces. »

Cette description, si précise pour le détail des symptômes particuliers à la région, donne en même temps une idée nette de la séméiologie générale, sur laquelle nous pourrons désormais rester très bref.

A côté de ce type, le plus commun de beaucoup, on peut observer cependant d'autres formes dans lesquelles le parasite s'est localisé en un autre point de la face ou du cou ; et il existe des *actinomycoses labiales, bucco-linguales et pharyngo-laryngées*, sans compter celle limitée à l'un des maxillaires et qui constitue le seul type primitif en apparence de l'actinomycose osseuse.

Lèvres. — Aux lèvres et à la langue, l'allure de l'affection est chronique ; en général, elle en impose pour un cancer ulcéré ou pour de la tuberculose.

Un malade, entré récemment dans le service de M. le docteur Poncet, avait déjà subi, dans son pays, l'amputation de la lèvre inférieure pour un prétendu cancroïde qui n'était autre chose que de l'actinomycose.

L'induration nodulaire, à contours mal définis, est parfois indolore, mais parfois aussi le siège d'élancements intolérables. L'ulcération primitive qui a servi de porte d'entrée correspond presque toujours à une dent cariée ou cassée et, par conséquent, se trouve sur la face interne pour la lèvre, ou au voisinage de la pointe pour la langue : quelquefois elle est si peu apparente, au moment de l'examen, que la muqueuse semble indemne.

Langue. — Contrairement à ce qu'on observe chez les animaux, l'actinomycose *linguale* de l'homme est rare ; quelques cas seulement ont été publiés par Hachen, Fischer, Hochenegg et Maydl. Le tableau clinique est le même que chez le bœuf et la dénomination de « langue de bois » peut être appliquée encore ici à juste titre à l'organe durci par un ou plusieurs noyaux résistants, mieux limités que ceux des lèvres et inclus à l'intérieur des muscles plutôt que saillants à la périphérie : la comparaison avec la langue sléro-gommeuse syphilitique est classique, Maydl a pourtant rapporté un fait où les lésions étaient constituées par des érosions et des fissures très douloureuses à parois fongueuses, creusées de petites cavités miliaires abcédées.

Quand les premières voies digestives ou respiratoires ont été plus profondément envahies, elles deviennent quelquefois le siège d'une inflammation aiguë. Certaines formes d'angine de Ludwig reconnaissent cette origine mycosique (Roser, Kapper); elles sont accompagnées d'une infiltration œdémateuse très étendue (Illich, voir le cas de Doyen, 1891). Alors, avec tout le cortège des accidents de suffocation et de dysphagie apparaissent presque constamment des complications infectieuses secondaires; des abcès de voisinage se forment dans la loge cervicale moyenne, décollant les organes, fusant le long des vaisseaux et de l'œsophage jusque dans le médiastin (la veine jugulaire interne a été ulcérée dans un cas), parfois même dénudant la colonne et allant infecter les méninges rachidiennes. Mais c'est là l'exception ; d'habitude, les phénomènes inflammatoires restent chroniques ; après l'apparition de signes pharyngo-laryngés, sans caractère spécial et qui pourraient répondre aussi bien à la tuberculose, à la syphilis ou à une tumeur, un capitonnage résistant, parti de la profondeur, envahit progressivement les régions médianes, puis latérales du cou, jusqu'à la nuque. Au bout d'un certain temps, la tête peut être soudée au thorax par un plastron ligneux allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre et parsemé de points ramollis et de fistules ; l'exploration des fistules au stylet permet alors souvent d'arriver sur les cartilages dénudés par la périchondrite, mais restés eux-mêmes indemnes. L'examen au laryngoscope fait constater en même temps un œdème chronique des replis ary-épiglottiques congestionnés, rarement ulcérés.

Ici encore comme à la bouche, et, comme nous le verrons, pour l'intestin, les lésions de la muqueuse restent insignifiantes et c'est surtout aux poussées congestives qu'il faut attribuer les accidents de suffocation présentés par les

malades; tandis que l'aphonie et la gêne considérable de la déglutition relèvent directement de l'envahissement des organes par l'infiltration mycosique. Un malade de M. Jaboulay resta ainsi en imminence de trachéotomie durant plusieurs mois; c'est l'absence d'adénite, aussi bien que l'état stationnaire local contrastant avec ces troubles fonctionnels inquiétants, qui fit remplacer le diagnostic de cancer du larynx, porté tout d'abord, par celui d'actinomycose, que vint confirmer ensuite la constatation de grains jaunes au microscope. La propagation au médiastin, à la plèvre et à la colonne, est possible et aggrave encore le pronostic déjà très sérieux de par la localisation primitive elle-même.

Maxillaires. — Reste, pour en finir avec ce groupe cervicofacial, l'*actinomycose limitée des maxillaires.* Nous nous sommes expliqué déjà sur son origine réelle : toujours avant l'os, la muqueuse et les tissus parostaux ont été envahis. Le tableau clinique peut, à un moment donné, en imposer pour une affection primitivement osseuse, mais toutes les données pathogéniques s'opposent à cette interprétation.

Comme chez les animaux, la localisation au maxillaire peut affecter le *type néoplasique franc :* les malades voient apparaître, sans phénomènes inflammatoires, une tuméfaction portant, en général, sur un des côtés du maxillaire inférieur, adhérente à l'os et aux parties molles, qui s'accroît progressivement, lentement, englobe de plus en plus les contours de l'os et se porte aussi bien du côté du plancher buccal que vers les téguments. Cette évolution peut durer des années, comme celle d'un sarcome à myéloplaxes, sans ramollissement en aucun point; d'autres fois, des fistulettes s'ouvrent, mais pour se refermer bientôt, après avoir donné issue à quelques gouttelettes de sérosité renfermant de rares grains jaunes. Suivant que le processus est resté limité au périoste ou a envahi la substance osseuse elle-même, les dents restent intactes ou sont déchaussées et chassées de leurs alvéoles, et les névralgies du nerf maxillaire inférieur sont insignifiantes ou atteignent un degré d'acuité insupportable.

Cette évolution n'est cependant pas celle que l'on observe habituellement; en général, elle rappelle une ostéo-périostite banale.

Dans nombre de ces faits, les dents elles-mêmes restent intactes et l'inoculation se fait dans leurs interstices plutôt qu'à leur niveau. Pourtant l'influence de la carie est indéniable : Parsh a trouvé dans une dent cariée, chez un actinomycosique, le canal dentaire bourré de mycélium. D'abord les lésions se propagent en surface et causent des névralgies dentaires rebelles aux calmants habituels; puis elles peuvent ultérieurement déchausser quelques dents, dénuder le rebord alvéolaire comme une périostite banale, en décollant la muqueuse dont les contours bourgeonnants sont semés de fistules ou de fongosités exubérantes. Lorsqu'on appuie sur les dents au niveau du point malade, il n'est pas rare de faire sourdre quelques grains jaunes baignant dans de la sérosité purulente dont l'odeur peut n'être pas infecte, pourvu que des contaminations secondaires par les saprophytes ne se soient pas produites.

A côté de cette première forme, bénigne en apparence, mais redoutable néanmoins par ses complications cérébrales lorsqu'elle intéresse le maxillaire supérieur, il faut placer l'*actinomycose nécrosante* (Poncet, thèse de Quenet) de ce même maxillaire. Cette forme rare débute comme la précédente, mais envahit tout l'antre d'Hygmore et en détruit les parois par un évidement comparable à celui des nécroses syphilitiques. Lorsque la lésion a atteint toute son extension, les grains jaunes deviennent rares ou disparaissent; aussi à moins d'une attention extrême, la confusion avec la syphilis est-elle presque fatale.

Mais qu'elles soient étendues en surface ou perforantes, les lésions du maxillaire supérieur infectent trop souvent l'orbite et les méninges : aussi Quenet, dans sa thèse, relève-t-il l'énorme mortalité de 8 sur 16 chez de pareils malades. Toute actinomycose faciale peut d'ailleurs se terminer ainsi : ce n'est pas là une des moindres raisons qui imposent un traitement précoce. L'étude de ces *complications cérébroméningées* ne nous arrêtera pas longtemps. Elles évoluent de deux façons différentes : soit comme un néoplasme méningé (cancer, tuberculome, gomme), quand le parasite à l'état pur a été apporté par une embolie (cas de Bollinger) : c'est là l'exception; — soit plus habituellement, avec tous les signes des méningo-encéphalites et des abcès du cerveau. Cette infection diffuse des centres nerveux et de leurs enveloppes, soupçonnée chez le vivant, a été le plus souvent constatée seulement à l'autopsie; cependant Berger, Keller ont porté chez deux de leurs malades le diagnostic d'abcès mycosique du cerveau, et l'incision prouva qu'ils avaient raison.

Ici encore donc, le mécanisme habituel de l'infection est l'envahissement par continuité, et les agents inoculés secondairement y jouent un rôle important. Malgré deux faits discutés de Bollinger et d'Orloff, l'actinomycose cérébrale primitive est encore à démontrer.

De telles complications sont particulièrement graves; et si l'on a obtenu des améliorations temporaires par le traitement chirurgical, les cas de guérison définitive restent à trouver. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jarriand, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 26 février. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à l'église Saint-Roch, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

— M. le docteur Louis Secrétan est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie à l'Université de Lausanne.

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le vendredi 6 mars 1896, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'École pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Les élèves de première année (nouveau régime), de deuxième et de troisième année (ancien régime), sont obligés d'assister à ces démonstrations.

Ils seront divisés par séries et recevront une lettre de convocation spéciale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chabory (de Veyre), Gonne (de Posson), Gouraud (de La Roche-sur-Yon) et Jourez (de Verviers).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 27. — MARDI 3 MARS 1896. 69e ANNÉE. MARDI 3 MARS 1896. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil général des Facultés, dans sa dernière séance, a dressé sa liste de présentations pour le décanat de la Faculté de médecine de Paris : en première ligne, M. Brouardel, doyen sortant; en deuxième ligne, M. Potain.

Les cours seront suspendus dans les Facultés le jour de la Mi-Carême. Les congés de Pâques commenceront le 29 mars et finiront le 12 avril.

Sont autorisés à la Faculté de médecine de Paris les cours libres de MM. Bérillon (psychologie physiologique et pathologique), Foveau de Courmelles (électrothérapie) et Verrier (hydrothérapie rationnelle et empirique).

— Par décret, en date du 19 février 1896, la pension civile de 25000 francs, concédée à titre de récompense nationale à M. Louis Pasteur, par la loi du 2 août 1883, sera reversée en totalité sur la tête de Mme Laurent (Marie-Anne), veuve Pasteur, née le 15 janvier 1826, à Clermont-Ferrand. — Cette pension, non soumise aux lois particulières du cumul, sera ordonnancée dans le département de la Seine, et la jouissance en commencera à courir du 29 septembre 1895, lendemain du décès de M. Pasteur.

— Par décret, en date du 23 février 1896, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Boury et Bailly. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine de La Barrière, Lanteaume, Lamy, Nielsen, Thomas, Dubruel, Deschamps et Sambuc.

— Le concours de l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Poulain, Bouchard, Boirson, Siburt, Vaslet de Fontaubert et Ganière.

Internes provisoires : MM. Hitié, Gassier, Robin, Lucas, Judot de Lacombe et Lourié.

— Le concours pour trois places d'aides d'anatomie pour la Faculté de médecine de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. Delore, Gayet et Denis.

— Un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés, aura lieu à Lille, à Lyon et à Montpellier, le 5 mai prochain; à Toulouse, le 8 mai; à Paris, à Bordeaux et à Nancy, le 11 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles, est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine qui désirent subir les épreuves du concours devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, premier bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 10 avril prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après : 1° acte de naissance; 2° certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé, consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital; 3° diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'Intérieur à prendre part au prochain concours, en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (1er bureau), au ministère de l'Intérieur.

— *Service municipal de désinfection.* — Tous les intéressés peuvent demander une désinfection des vêtements, pièces de literie et autres objets contaminés par des malades, ainsi que des appartements, soit pendant le cours d'une maladie, soit après sa terminaison. Aucun certificat, aucune justification d'aucune espèce n'est exigé. Il suffit de formuler une demande. On devra s'adresser : soit à l'une des quatre stations municipales (rue du Château-des-Rentiers, 73; rue des Récollets, 6 bis; rue de Chaligny, 21; rue Stendhal, 1); soit à l'une des vingt mairies d'arrondissement; soit à l'un des cimetières du Nord, de l'Est, du Sud; soit au Refuge-Ouvroir, rue Fessart, 37; soit aux stations municipales de voitures d'ambulance, rue de Staël, 6, et rue de Chaligny, 21; soit au bureau central de la direction des affaires municipales, caserne Lobau; soit à l'inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, 5, avenue Victoria.

En outre, la direction des affaires municipales tient à la disposition de MM. les médecins de Paris des carnets contenant un certain nombre de cartes postales. Pour obtenir une désinfection, il suffit de détacher une de ces cartes et de la mettre à la poste.

Des agents munis d'une carte d'identité et revêtus d'un uniforme, une voiture spéciale hermétiquement close, se rendent à domicile aussitôt que le service le permet; après la désinfection, les objets sont reportés par une voiture et un personnel particuliers.

Traitement de la diarrhée infantile. — On donnera l'acide lactique qu'Hayem conseille comme un remède spécifique de la diarrhée verte infectieuse.

On peut prescrire :

Acide lactique.	2 grammes.
Sirop de framboises	30 —
Eau distillée.	70 —

Ou encore :

Acide lactique.	2 grammes.
Tannin	50 centigr.
Sirop de Grande Consonde . .	15 grammes.
Eau distillée	85 —

par cuillerée à café d'heure en heure (Variot).

Extrait de ratanhia	1 gramme.
Elixir parégorique.	v gouttes.
Eau de riz	40 grammes.
Sirop de coings	30 —

Une cuillerée à café d'heure en heure (West).

Extrait de bois de campêche .	4 grammes.
Teinture de cachou.	8 —
Sirop simple	10 —
Eau de fenouil.	35 —

Une cuillerée à café trois fois par jour (Archambault).

Sous-nitrate de bismuth . . .	2 grammes.
Laudanum de Sydenham . . .	I goutte.
Cognac.	10 grammes.
Sirop de ratanhia	30 —
Eau bouillie.	30 —

par cuillerée à café d'heure en heure.

Eau de menthe	40 grammes.
Eau de chaux	20 —
Sirop de cachou.	25 —
Laudanum de Sydenham . . .	I goutte.

par cuillerée à café d'heure en heure.

Eau de chaux ou de Vichy . .	90 grammes.
Sirop de coings	10 —
Sous-nitrate de bismuth . . .	2 —

(*Journ. de clin. et de thérap. infantiles.*)

Chlorose et mariage. — M. le docteur Gosset termine sa thèse inaugurale par les conclusions suivantes :

Les chlorotiques ont droit au mariage, puisque, en raison des émotions physiques et morales qu'il leur procure, elles peuvent éprouver une amélioration de leur état. La stérilité des chlorotiques, quand elle existe, n'est que temporaire, excepté dans les cas, rares d'ailleurs, d'infantilisme génital. Une chlorotique n'avorte pas en tant que chlorotique. Les enfants d'une chlorotique paraissent candidats à la chlorose, mais ils semblent devenir rarement tuberculeux.

Recherche du sucre dans l'urine. — Schreiber propose le salicylate de cuivre pour rechercher le suc dans l'urine.

A 5 centimètres cubes d'urine, on mélange 5 centimètres cubes de la solution suivante :

Sulfate de cuivre	2 grammes.
Salicylate de soude. . . .	2 —
Carbonate de soude crist. .	8 —
Eau distillée, q. s. pour . .	100 cc

Filtrer.

On chauffe, dans un tube d'essai, jusqu'à formation de précipité. Si le précipité est gris ou noir, avec le même reflet ou miroir sur les parois du tube (bioxyde de cuivre), l'urine ne renferme pas de sucre; mais si le précipité et le miroir sont jaunes (oxydule de cuivre), l'urine est sucrée.

Ce réactif peut servir approximativement au dosage du sucre.

Si 5 centimètres cubes exigent 2 centimètres cubes d'urine pour la production du miroir jaune, l'urine renferme 10 p. 100 de sucre.

2 cc 1 urine	= 8	p. 100 de sucre.
2 cc 2 —	= 6	—
2 cc 5 —	= 1	—
2 cc 6 —	= 0,8	—
2 cc 7 —	= 0,6	—
3 cc 0 —	= 0,1	—
3 cc 1 —	= 0,08	—

(*Apotheker Zeitung*, X, 1895, 782, et *Répert. de pharm.*)

REVUE DE LA PRESSE

Influence directe de la digitale sur le système nerveux central. — L'action de la digitale sur le système nerveux central est encore fort discutée et peu étudiée ; à ce point de vue, les observations relatées par M. J. Dotschevski présentent un grand intérêt. L'auteur a observé chez plusieurs de ses malades, cardiaques avec troubles de compensation, après six à dix jours d'administration de doses peu élevées de digitale (quatre cuillerées par jour d'une infusion de 40 à 50 centigrammes de feuilles de digitale dans 200 grammes d'eau), des troubles divers indiquant l'action directe de la digitale sur les centres nerveux : perte de mémoire, aussi bien pour les faits tout récents que pour les anciens, refus de prendre les médicaments et la nourriture, hallucinations, délire des actes et des paroles. Tous ces troubles existaient chez les cinq malades de l'auteur, mais chez chacun d'eux, un de ces phénomènes prédominait. Ce qui est surtout intéressant à noter, c'est que ces troubles nerveux se sont montrés déjà lorsque la compensation était rétablie et qu'il n'y avait plus à incriminer les troubles de la circulation cérébrale; il faut donc les attribuer à l'effet cumulatif de la digitale. Cependant, l'intoxication par des doses aussi faibles est peu commune; aussi M. Dotschevsky a-t-il cherché à se rendre compte de sa cause. En étudiant la digitale employée, il a remarqué qu'elle avait sur tous les malades une action plus intense que d'habitude, c'est donc que cette digitale était particulièrement active. Conservée pendant quelque temps (deux ou trois mois), elle perdait notablement ses propriétés toxiques et avait une action beaucoup moins intense. Comme les intoxications que l'auteur signale ont coïncidé avec le moment d'approvisionnement des pharmacies des hôpitaux, il est probable que ses malades avaient pris des infusions avec des feuilles d'une récolte toute récente. Ausi M. Dotschevsky a-t-il, depuis ces accidents, toujours soin d'indiquer sur l'ordonnance s'il faut employer des feuilles de digitale fraîches ou anciennes. (*Wratsch*, 1895, nos 29 et 30.)

Gastrite phlegmoneuse. — Cette affection, assez rare, puisqu'on n'en connaît jusqu'ici que 57 cas, est, dans la majorité des cas, d'un diagnostic très difficile. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de rapporter ici les observations de M. F. Derbek et de Mme Khanontina; l'observation de cette dernière présente un double intérêt : le diagnostic a pu être établi et la malade a guéri.

Dans le cas de M. Derbek, il s'agissait d'une paysanne de soixante-trois ans, entrée à l'hôpital en novembre 1894; depuis cinq ou six jours elle souffrait de céphalées, de courbature, de coryza avec toux, fièvre et frissons. A l'examen de la malade, on trouva quelques vésicules d'herpès auprès des narines et une légère amygdalo-pharyngite. Le ventre était légèrement météorisé, douloureux à la palpa-

tion; cette douleur était très peu marquée, de sorte que la malade pouvait changer de position dans son lit très facilement et supportait parfaitement le palper et la percussion. La rate était légèrement hypertrophiée, le foie l'était beaucoup plus. La température était à 39°5, 40 degrés, le pouls à 112 par minute. Langue sèche, anorexie. Les phénomènes abdominaux étaient, en somme, fort peu intenses, et en raison de la courbature, du coryza, de la fièvre et de l'existence, à cette époque, d'une épidémie de grippe, on porta le diagnostic de cette affection, et on prescrivit à la malade de la digitale et du salicylate de soude. Le surlendemain, aux symptômes précédents s'ajouta la diarrhée; la température était à 38 degrés. La digitale fut remplacée par du bismuth, de l'opium et du camphre, qui arrêta rapidement la diarrhée, mais le jour suivant, la faiblesse de la malade augmenta; il y avait 48 respirations et 124 pulsations par minute; le pouls était très faible; dans les poumons il y avait quelques râles; la température était à 37 degrés.

Malgré les stimulants, la malade succomba dans la journée, sans qu'aucun symptôme abdominal attirât l'attention par son intensité.

A l'autopsie, on ne trouva dans les poumons que de l'emphysème avec des lésions de trachéo-bronchite; le cœur était normal; mais ce qu'il y avait de particulièrement intéressant, c'est que la muqueuse de la moitié droite de l'estomac présentait plusieurs ulcérations superficielles; la paroi gastrique était à ce niveau très épaissie et infiltrée de pus venant du tissu sous-muqueux et ayant gagné la séreuse gastrique; le reste de la muqueuse gastro-intestinale était normal. Dans la cavité péritonéale, il y avait beaucoup de pus et le péritoine était trouble. L'examen microscopique a démontré la présence d'un grand nombre de streptocoques dans la couche sous-muqueuse de l'estomac. Rien dans l'histoire clinique, ni dans les antécédents de la malade, ne pouvait faire supposer l'existence de cette gastrite phlegmoneuse diffuse.

Mme Khanoutina, après avoir résumé les observations connues, jusqu'ici, de gastrite phlegmoneuse, rapporte l'observation suivante :

Une surveillante d'hôpital est entrée à l'hôpital à cause d'une hématémèse grave. Dans les antécédents de la malade il n'y a à relever qu'une pyohémie, survenue il y a un an, par suite de contamination dans un service de chirurgie. Il résulte de l'étude des commémoratifs, que le début de l'affection actuelle remonte à six semaines, époque à laquelle, à la suite d'une nourriture grossière, sont survenus des vomissements et une diarrhée dysentériforme; cette dernière ne dura pas longtemps, mais les vomissements, provoqués par les aliments chauds, par un mouvement un peu vif, etc., et des douleurs très violentes au niveau de l'épigastre, persistèrent. C'est à peine si la malade pouvait garder un verre de lait par jour; malgré cet état, elle continua encore à faire son service quand, quelques jours avant son entrée à l'hôpital (le 3 ou 4 mai 1894), survinrent des frissons, de la fièvre à 39 degrés et des sueurs. Le 7 mai, la malade rendit, en vomissant, des masses grisâtres extrêmement fétides, ressemblant d'après elle à du pus. Ce vomissement de pus fut suivi rapidement d'une hématémèse abondante, qui obligea la malade à entrer à l'hôpital.

Examen à l'entrée : ventre douloureux et rétracté; l'épigastre et l'hypocondre gauche sont tellement sensibles, que la moindre palpation est excessivement douloureuse, la pression de ces régions provoque des nausées et des vomissements. La percussion au niveau du rebord costal gauche donne une matité tympanique. Foie et rate un peu hypertrophiés. Température 36°6; pouls à 52 par minute. Constipation.

Ayant pensé qu'il s'agissait d'une affection gastrique grave, Mme Khanoutina fit l'examen microscopique des matières vomies et y trouva des globules de pus, ce qui permit de porter le diagnostic de gastrite phlegmoneuse. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, les vomissements de pus, mélangés plus ou moins de sang, se sont encore répétés tous les jours, pendant un mois environ, puis diminuèrent peu à peu; la réaction des matières vomies était au début alcaline, plus tard elle est devenue acide; la présence d'acide chlorhydrique n'a pu y être démontrée qu'une fois. L'examen bactériologique des matières vomies a démontré qu'il y avait des staphylocoques presque en culture pure et très peu de streptocoques. Les urines étaient au début rares, contenaient de l'indican, mais peu d'albumine. Quant à la température, elle n'est montée au-dessus de la normale que huit jours après le vomissement de pus pur; elle n'a jamais dépassé 38°6, et sans présenter un type bien net, était cependant intermittente. Il y avait parfois des frissons suivis de chaleur et de sueurs.

L'anorexie était très grande et d'ailleurs l'intolérance gastrique ne permettait à la malade de garder même les médicaments; la glace seule était tolérée et on fut obligé de recourir aux lavements nutritifs. En dehors de la diète, d'abord absolue, puis lactée, le traitement ne consistait qu'en l'emploi de glace intus et extra (à l'épigastre). Peu à peu les vomissements diminuèrent, les douleurs se calmèrent, mais la résistance et la matité de l'hypocondre persistèrent encore longtemps; néanmoins l'état général s'améliora, la malade fut bientôt en état de garder du lait, puis du bouillon, et après un séjour de trois mois, elle quitta l'hôpital guérie; cependant, une nourriture grossière provoquait encore pendant longtemps des douleurs vives et parfois des vomissements de matières très riches en staphylocoques. La matité de l'hypocondre persista.

Le diagnostic de gastrite phlegmoneuse primitive a été porté dans ce cas dès le début; si, en effet, le point de départ du pus avait été dans le gros intestin, l'abcès se serait produit plutôt dans le foie; d'autre part, l'examen des autres organes faisait éliminer un abcès migrateur provenant d'un autre organe quelconque. Enfin, il était difficile d'incriminer la pyohémie, puisque la malade a été ensuite parfaitement bien portante pendant toute une année. L'abondance du pus et les douleurs, assez localisées, font supposer plutôt une gastrite phlegmoneuse circonscrite; il est difficile, cependant, de l'affirmer, étant donné que le début de la maladie n'a pu être observé. Aucune autre cause que la faute de diète ne peut être incriminée (il ne paraît pas y avoir eu ni traumatisme, ni corps étranger).

Le diagnostic de la gastrite phlegmoneuse est, en général, considéré comme impossible; cependant, en se basant sur les cas de Farestus, Lewandovski, Chvostek, Kirschmann et le sien, l'auteur pense que, dans quelques cas, il peut être fait logiquement. Cette affection se caractérise, en effet, par des frissons, une fièvre élevée dépassant parfois 40 degrés (mais qui peut cependant manquer), des sueurs répétées, pouls fréquent, état typhoïde, sensibilité et douleurs violentes à l'épigastre et l'hypocondre gauche, qui est résistant au palper, vomissements bilieux et parfois de pus pur; constipation, plus rarement diarrhée. Quelques auteurs ont pu percevoir à l'examen une tumeur à l'épigastre.

Dans les cas difficiles, Mme Khanoutina conseille de faire l'examen microscopique des matières vomies, où l'on trouve, en cas de phlegmon, des globules de pus; bien entendu les commémoratifs et le début de la maladie, quand on peut les connaître, sont d'un grand secours.

Le traumatisme, l'alcoolisme, les excès de table, etc., n'agissent probablement qu'à titre de cause occasionnelle; quant à la nature véritable de la gastrite phlegmoneuse, cette affection serait, d'après l'auteur, l'expression locale d'une infection générale. Ce qui semble surtout prouver qu'il ne s'agit pas là d'une affection purement locale, c'est sa rareté chez des sujets atteints d'ulcère ou de cancer de

l'estomac; les sueurs, les fièvres, l'état général parlent également en faveur d'une infection générale. (*Wratsch*, 1895, nos 32, 33, 34 et 36.)

Influence, 1° du repos et du mouvement, 2° de l'alcool, du sucre de canne, des mucilages et des amylacés sur l'absorption de quelques substances médicamenteuses par l'estomac sain. — Ces deux questions ont été étudiées, dans le laboratoire du professeur Tschoudnovsky, sur dix surveillants âgés de vingt et un à vingt-quatre ans, bien portants et se trouvant tous à peu près dans les mêmes conditions de vie et de régime alimentaire. Les médicaments sur lesquels portaient les expériences étaient l'iodure de potassium et le salicylate de soude qu'on recherchait dans les urines toutes les trois ou quatre minutes après leur administration.

M. P. Sokanovsky a étudié l'influence du repos et du mouvement sur l'absorption; le repos était absolu (position couchée au lit ou assise sur une chaise); lorsqu'il s'agissait de déterminer l'influence des mouvements, les sujets en expérience devaient marcher rapidement (60 à 70 pas par minute), ou bien courir (180 à 200 pas par minute). Il a été fait 120 expériences sur chaque médicament; en outre, l'auteur a fait 15 expériences sur 12 sujets relativement à l'influence de la fatigue sur l'absorption des médicaments.

Les conclusions de l'auteur se résument ainsi :

1° La rapidité de l'absorption de quelques médicaments par l'estomac change avec les changements de position;

2° L'absorption est plus lente lorsque les sujets sont couchés que lorsqu'ils sont assis;

3° Le ralentissement de l'absorption ne se traduit pas seulement par l'apparition plus tardive du médicament expérimenté dans les urines, mais encore par un intervalle plus long entre le premier indice de cette apparition et une réaction très nette de ce médicament dans les urines;

4° La rapidité de l'absorption pendant les mouvements varie suivant la nature de ces derniers;

5° Pendant la marche, l'absorption des médicaments est plus rapide que pendant la course;

6° Cette rapidité se traduit par l'apparition plus rapide du premier indice de la réaction urinaire sur e médicament donné et l'intervalle moindre entre cet indice et la réaction tout à fait nette;

7° La plus grande rapidité de l'absorption s'obtient à l'aide de mouvements modérés; la rapidité de l'absorption est au minimum quand le sujet est couché tranquillement;

8° L'absorption est retardée chez les sujets fatigués.

M. P. Bezsonoff a étudié l'influence de quelques véhicules de l'iodure de potassium et du salicylate de soude sur la rapidité de l'absorption de ces médicaments. Ces véhicules étaient 30 centimètres cubes de : eau distillée, eau sucrée à 10 p. 100, alcool à 30, 50 et 65 p. 100, mucilages de gomme arabique diluée de moitié ou des deux tiers d'eau, eau de sagou (50 ou 25 centigrammes de sagou sur 30 centimètres cubes d'eau distillée). Les expériences avaient lieu le matin, à jeun. Il a été fait en tout 260 expériences sur des surveillants et 60 sur l'auteur même. Voici les résultats de ces recherches :

1° L'absorption des médicaments par l'estomac vide se fait rapidement;

2° L'alcool à 30 et à 50 p. 100 accélère l'absorption des médicaments;

3° Une solution alcoolique plus forte (65 p. 100) ralentit cette absorption;

4° Le sucre de canne (à 10 p. 100) active l'absorption gastrique;

5° Les mucilages la ralentissent;

6° Il en est de même pour les amylacées. (*Wratsch*, 1895, n° 40.)

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1896. — Présidence de M. MONOD.

RAPPORT

Traitement de l'hallus valgus. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation adressée par M. Delbet.

On sait que l'hallus valgus est une déformation du gros orteil qui se porte en dehors. C'est une difformité gênante, difficile à guérir, pour laquelle les appareils orthopédiques sont insuffisants. Voici le résumé de l'observation de M. Delbet :

Femme de trente-trois ans, atteinte de double hallus valgus congénital. Du côté gauche, il existait sur la tête du métatarsien une bourse séreuse suppurée et fistuleuse. M. Delbet pratiqua l'opération suivante : il extirpa d'abord la bourse séreuse, puis il fit une incision longitudinale sur le côté interne du premier métatarsien qui mit à nu l'exostose que recouvrait la bourse séreuse, puis la tête du premier métatarsien; il réséqua cette exostose, ouvrit l'articulation métatarso-phalangienne et réséqua une partie de la tête articulaire du premier métatarsien.

La réduction ne pouvant encore se faire, M. Delbet constata que l'irréductibilité tenait à la rétraction du tendon de l'extenseur du gros orteil; il attira alors ce tendon et le fixa à la partie interne de la plaie au moyen d'un lambeau périostique qu'il sutura par-dessus. La même opération fut faite de l'autre côté. La guérison fut rapide et s'est maintenue. Le résultat fonctionnel est satisfaisant.

M. Kirmisson passe en revue les différents procédés qui peuvent être employés pour le traitement de l'hallus valgus; ce sont les procédés de Ogston ou résection totale de la tête du premier métatarsien, de Riedel ou résection de la première phalange, de J. Reverdin ou ostéotomie cunéiforme de la tête du premier métatarsien. M. Delbet a employé un procédé intermédiaire aux précédents, en faisant une résection partielle de la tête du métatarsien. Il a eu l'ingénieuse idée d'y ajouter le déplacement du tendon de l'extenseur du gros orteil.

Dans quelques cas, M. Kirmisson a fait la ténotomie de ce tendon avec succès. Dans les cas légers, cette ténotomie peut suffire; mais quand il y a de la suppuration, le procédé de M. Delbet est indiqué.

M. POIRIER estime que la pathogénie de l'hallus valgus est complexe. Il croit qu'on doit tenir compte aussi du port de chaussures trop courtes ou trop lourdes qui portent le pied en dehors. Quant à la cause de l'irréductibilité, elle résiderait bien plutôt, selon M. Poirier, dans le chef interne du pédieux qui, s'insérant obliquement sur le gros orteil, le fait dévier en dehors.

M. ROUTIER a constaté cette double difformité chez une danseuse. Mais elle était plus accentuée du côté gauche, le seul qu'il ait opéré. Il a enlevé une bourse séreuse, ouvert l'articulation et fait une résection partielle de la tête du métatarsien, sans se préoccuper du tendon. La malade a bien guéri.

M. REYNIER a eu à traiter un certain nombre d'hallus valgus, soit chez des adultes, soit chez des sujets âgés. Tantôt il a ouvert l'articulation, tantôt il a fait la résection de la tête du métatarsien. Il croit qu'il faut distinguer les cas, suivant qu'il s'agit de gens âgés ou de jeunes gens. Chez les premiers, on a affaire surtout à des troubles articulaires et la contraction du tendon extenseur est secondaire. Chez les jeunes gens, au contraire, le rôle de la contraction du tendon est très important. Dans ces cas, la ténotomie peut suffire. Chez les gens âgés, la résection de la tête du métatarsien donne de bons résultats, mais il faut, autant que possible, ne pas ouvrir l'articulation.

M. MARCHAND a surtout constaté l'origine rhumatismale de l'hallus valgus, chez trois sujets qu'il a opérés par la résection du métatarsien, avec ouverture de l'articulation, et chez lesquels il a obtenu de très bons résultats.

M. FELIZET établit une distinction très importante entre l'adulte et l'enfant. Chez le premier, le rhumatisme joue un rôle pathogénique incontestable. Chez l'enfant, il se fait une déformation analogue à celle du genu valgum; combattue de bonne heure, cette déformation peut être corrigée par les moyens orthopédiques.

M. SCHWARTZ se rallie à l'opinion de M. Reynier. L'hallus valgus de l'enfant exige un autre traitement que celui de l'adulte. Dans quelques cas, M. Schwartz a fait la résection de la tête du métatarsien; dans d'autres, il a fait l'ostéotomie. Il n'a jamais constaté la rétraction du tendon de l'extenseur.

M. MONOD a recours à la résection oblique du métatarsien. Chez un vieillard, il a dû y ajouter la section du tendon de l'extenseur. Il a dû faire cette section jusque dans l'espace interdigital.

M. KIRMISSON reconnaît que la pathogénie de l'hallus valgus est complexe. Le rhumatisme chez l'adulte, une lésion congénitale chez l'enfant peuvent être invoqués. La contracture du tendon ne joue pas toujours un rôle primordial, mais il faut en tenir compte. Quant aux procédés opératoires, ils doivent varier suivant les cas.

COMMUNICATIONS

De la sérothérapie préventive dans le tétanos. — **M. BAZY**, dans le cours d'une seule année, a observé, à Bicêtre, 4 cas de tétanos. Ces cas ont apparu à la suite de plaies contuses, souillées de terre, ou de traumatismes graves. Une seule fois, il a été spontané. Il n'a pu trouver nulle part la porte d'entrée du bacille de Nicolaïer. Mais, la veille du jour où éclata le tétanos, le malade, au cours d'un effort, se fit une déchirure musculaire dans le dos. Ces quatre malades se sont infectés en dehors du service, et sont entrés à des dates différentes.

Partant de cette idée que la région de Bicêtre devait être favorable à l'éclosion des accidents tétaniques, M. Bazy a songé à appliquer, dans le service, le traitement préventif du tétanos à tous les blessés chez lesquels le tétanos était susceptible de se produire. Or, depuis qu'il applique ce traitement préventif, il n'a plus observé un seul cas de tétanos, quoiqu'il ait observé un grand nombre de plaies contuses et de traumatismes graves des membres. Il a fait vingt-trois inoculations préventives au moyen du sérum antitétanique. Deux malades sont morts : l'un, un vieillard, à la suite d'une fracture de côtes et de contusions multiples ; l'autre, de delirium tremens.

Donc, dès qu'un malade entre à Bicêtre avec une plaie susceptible de se compliquer de tétanos, il fait une injection avec 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Jamais il n'a observé d'accidents locaux ou généraux.

Quant à l'injection de sérum antitétanique curative, elle est toujours négative. M. Bazy l'a appliquée chez ses quatre malades sans résultat.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que les expériences de M. Bazy portent sur un trop petit nombre de cas pour être probantes. On observe un très grand nombre de traumatismes et de plaies contuses dans les hôpitaux. Or, le tétanos est très rare. Nous ne sommes donc pas autorisés à faire une injection préventive à tout blessé qui entre dans nos salles. M. Championnière a observé, à Beaujon, un cas de tétanos dans lequel le traitement antitoxique curatif a donné un excellent résultat. Il s'agit d'un écrasement du doigt d'un jeune malade qui est entré avec le tétanos. Pendant quarante-huit heures, on donna le chloral à hautes doses, sans résultat. Puis on fit des injections de sérum antitoxique, et le malade guérit. Il semble donc que le traitement curatif doive toujours être essayé.

M. BERGER dit que la question de la sérothérapie dans le tétanos est encore très obscure. En France, la sérothérapie curative ne donne que des mécomptes, à l'étranger, en Italie et en Angleterre surtout, elle semble avoir donné d'excellents résultats dans plusieurs cas. Donc, en France, au point de vue curatif, la sérothérapie donne des insuccès constants. Le cas de M. Lucas-Championnière est exceptionnel.

Dans un cas de tétanos, M. Berger fera toujours l'amputation d'une façon précoce. Dans les deux seuls cas de tétanos suivis de guérison qu'il ait observés, l'amputation avait été faite. Celle-ci pratiquée, il faut injecter du sérum antitétanique.

Quant au traitement préventif, les résultats sont probants en médecine vétérinaire. Il a donné aussi de bons résultats dans les colonies où le tétanos complique très fréquemment les plaies.

Mais en France, où le tétanos se développe rarement sur les plaies traitées antiseptiquement, il est au moins inutile de faire l'injection préventive dans tous les cas.

M. MARCHAND, depuis six ans, n'a observé à Saint-Louis qu'un seul cas de tétanos. Il lui semble donc difficile, étant donné la rareté du tétanos, de proposer son traitement préventif.

M. QUÉNU estime que, pour pouvoir discuter utilement cette question, il faudrait que chacun apportât la statistique des cas de tétanos qu'il a observés.

M. BAZY n'a pas dit qu'il fallait appliquer le traitement préventif du tétanos à tous les cas de plaies. Mais, comme Bicêtre lui semble être un terrain tétanigène, il croit être autorisé à y appliquer les injections préventives dans les traumatismes prédisposant au tétanos.

M. PEYROT demande si tous les chirurgiens ont observé des cas nombreux de tétanos à Bicêtre?

M. MICHAUX a observé récemment un cas de tétanos à Arcueil, près de Bicêtre. Et le médecin qui l'a appelé en consultation lui a affirmé avoir observé plusieurs cas de tétanos dans cette région.

La séance est levée.

— La pétition concernant les étudiants étrangers et l'exercice de la médecine en France, par les médecins étrangers, est déposée :

1° Chez le concierge de l'École pratique (entrée du musée Dupuytren);

2° Chez Fayet, libraire, 8, rue de l'Odéon;

3° Chez Chaumel, éditeur, 5, rue de Savoie (les adhésions de province doivent être envoyées à cette dernière adresse);

4° Dans toutes les salles de garde des hôpitaux de Paris.

Nous prions les étudiants que la question intéresse de se joindre à nous en nous apportant leur signature dans le plus bref délai possible.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 2000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 »
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici la liste des candidats du concours qui doit s'ouvrir le 19 mars pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris :

MM. Arrou, Benoit, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Lyot, Mauclaire, Morestin, Peraire, Reblaud, Regnauld, Rieffel, Souligoux, Thiéry, Villemin, Wassilieff.

— Nous avons la satisfaction d'annoncer que M. Reclus, heureusement rétabli, reprendra le 15 mars la direction de son service chirurgical, qu'il avait dû quitter, momentanément, pour raisons de santé.

— Par décision ministérielle, en date du 15 février 1896, ont été désignés, pour inspecter cette année les arrondissements du service de santé militaire :

Ier arrondissement, M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz. — IIe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Mathieu. — IIIe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Boisseau. — IVe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Morache. — Ve arrondissement, M. le médecin-inspecteur Kelsch. — VIe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Chauvel. — VIIe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Debaussaux. — VIIIe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses. — IXe arrondissement, M. le médecin-inspecteur Rogier.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mars 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Hocquard, pour l'emploi de médecin-chef du service médical à l'École de Saint-Cyr.

MM. les médecins-majors de première classe Dantin, pour l'hôpital militaire de Vincennes; Lafille, pour le 101e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Durand, pour le 109e d'infanterie (provis.); Vaïsse, pour le 150e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Iversenc, pour le 143e d'infanterie; Larrieu, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Cros, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Solmon, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Chanaud, pour le 18e d'artillerie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le professeur de Lapersonne est nommé doyen pour trois ans.

M. Charmeil, agrégé, est chargé d'un cours de thérapeutique.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Léger, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— Le ministre de la Guerre est autorisé à accepter les 1300 francs de rente légués par Mme Bégin, veuve du médecin-inspecteur de l'armée. Cette rente est destinée à soulager les infortunes qui peuvent atteindre les familles des médecins militaires.

— M. le docteur Sallé est nommé médecin-adjoint au lycée de Nevers (emploi vacant).

— *Conférences de pathologie externe.* — M. Ricard, agrégé, commencera son cours le vendredi 6 mars 1896, à cinq heures au petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Il traitera des affections chirurgicales de l'abdomen.

— M. Du Castel reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 7 mars, à deux heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. — Le samedi à une heure et demie, consultation externe.

— M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies infantiles, le mardi 10 mars 1896, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Les cours complémentaires continueront comme dans le semestre d'hiver.

— M. Gley, agrégé, commencera les conférences de physiologie, le samedi 7 mars 1896, à quatre heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Maygrier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements, le samedi 7 mars 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Sebileau, agrégé, commencera les conférences d'anatomie, le samedi 7 mars 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Gilbert, agrégé, commencera les conférences de thérapeutique, le samedi 7 mars 1896, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Signalons tout d'abord une très intéressante présentation qui a été faite par M. Calot (de Berck-sur-Mer). Il s'agit de deux enfants qu'il a guéris de luxations congénitales de la hanche par une heureuse intervention chirurgicale, et chez lesquels il n'existe presque pas de boiterie. Les résultats obtenus sur ces enfants sont véritablement merveilleux. M. Calot en a opéré ainsi huit, tous, paraît-il, avec le même succès. Il s'est engagé à présenter les autres à l'Académie de médecine.

Ces faits, qui ont très vivement frappé l'Académie, méritent, en effet, d'autant plus l'attention que les tentatives chirurgicales faites jusqu'ici pour remédier à la luxation congénitale de la hanche n'ont pas été très encourageantes. Ainsi, en Angleterre, les opérations pratiquées dans ce but ont donné 20 p. 100 de mortalité. Non seulement M. Calot n'a pas eu de mortalité, mais l'opération qu'il pratique, dans ces cas, paraît d'une très grande bénignité, et les résultats qu'il a obtenus jusqu'à ce jour sont absolument satisfaisants.

Il est quelque peu regrettable que M. Calot n'ait pas décrit avec détails le manuel opératoire auquel il a eu recours. Son travail a été renvoyé à une commission dont M. Monod sera le rapporteur. Espérons que M. Monod ne manquera pas de combler cette lacune.

M. Berger a présenté une malade à laquelle il a refait un nez, détruit par une lésion tertiaire, à l'aide d'une rhinoplastie par la méthode italienne, c'est-à-dire à l'aide d'un lambeau emprunté au bras. Grâce aux précautions minutieuses qu'il a prises, tant au cours de l'opération que dans ses préparatifs et dans ses suites, M. Berger a obtenu chez cette malade un résultat très favorable.

La parole a été donnée à M. Laborde pour la suite de son travail sur la prophylaxie médicamenteuse et l'action préventive et immunisante par les agents de la matière médicale. Dans cette seconde partie, M. Laborde étudie spécialement l'action préventive de la quinine dans le paludisme. Pareil travail ne saurait être résumé en quelques mots. Nous y reviendrons quand M. Laborde l'aura terminé.

Enfin, M. Le Dentu a communiqué l'observation d'une femme amenée dans son service pour une hémorragie abdominale, laparotomisée par son chef de clinique, M. Brodier, et qui était atteinte d'une double grossesse tubaire avec un sac unique.

HOPITAL NECKER.

Cure radicale de hernie inguinale chez une variqueuse; phlébite; non-élimination des fils.

Par Paul Riche,

Ex-interne lauréat des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Lorsque, à la suite d'une opération telle qu'une cure radicale de hernie, on observe de la fièvre sans cause étrangère évidente, c'est que la plaie a été infectée.

Lorsqu'une plaie infectée, même légèrement, contient des soies, ces soies sont éliminées.

Ce sont là deux propositions qui ne rencontrent guère d'incrédules.

Or voici que je retrouve dans mes cartons une observation qui va à l'encontre de l'une d'elles, et la curiosité du fait m'engage à la publier.

Observation. — B... (Marguerite), âgée de trente-cinq ans, blanchisseuse, entre le 11 mars 1895 à l'hôpital Necker, salle Lenoir, n° 19, dans le service de M. le professeur Le Dentu.

A l'âge de neuf ans, elle a eu la fièvre typhoïde; c'est la seule maladie sérieuse qu'elle ait eue.

Elle a mené à terme quatre grossesses et fait, il y a huit ans, une fausse couche de trois mois et demi.

Au cours de la première grossesse se produisirent des varices des deux membres inférieurs qui ne firent que se prononcer lors des suivantes.

Depuis le premier accouchement, le ventre est resté complètement flasque.

Au mois d'août 1894 apparut une hernie inguinale gauche.

En examinant la malade, on constate que cette hernie, du volume d'un œuf de poule, se réduit facilement, mais se reproduit de même.

Le ventre est couvert de vergetures, flasque, fripé, et retombe en besace au-devant des pubis.

Les deux jambes sont couvertes de varicosités peu volumineuses, mais excessivement abondantes; sur chacune, à face interne, au-dessous de la jarretière, quelques veines superficielles plus grosses forment un amas flexueux.

La malade est entrée à l'hôpital à cause des troubles fonctionnels qu'elle éprouvait. C'étaient surtout de la lassitude, des céphalalgies, des digestions difficiles s'accompagnant de ballonnement du ventre.

Ces phénomènes n'étaient évidemment pas dus à la hernie. C'étaient des symptômes bien caractérisés de neurasthénie, et on pouvait les rattacher à une triple cause : un état névropathique très prononcé, un léger degré d'éthylisme, enfin et surtout la ptose généralisée.

Je dis « surtout », car ces phénomènes étaient très notablement amendés par le port d'une ceinture hypogastrique. Mais cette ceinture devenait gênante elle-même, parce que son application faisait immédiatement augmenter le contenu de la hernie.

En présence de l'état déplorable de la paroi abdominale, la cure radicale ne semblait pas indiquée, car il n'était pas permis d'espérer un résultat solide. Mais la situation pouvait être envisagée à un autre point de vue. La cure radicale, tout en ne donnant probablement qu'un très médiocre résultat, néanmoins permettrait à la malade de porter sans inconvénient une ceinture hypogastrique, et le port de celle-ci faisait disparaître les symptômes fonctionnels.

Je soumis ces considérations à mon cher maître, M. le professeur Le Dentu, qui les trouva raisonnables et me chargea d'opérer la malade.

L'opération eut lieu le 16 mars; elle fut des plus simples et j'employai, comme toujours, le procédé de Bassini. Le sac fut fermé *à la soie*, les deux parois du canal furent restaurées au moyen de *surjets de grosse soie*. Température le soir, 37°2.

17 mars. Température matin, 37°1; soir, 38°4.

Le facies de la malade était bon; elle ne se plaignait pas du ventre, mais un peu des jambes.

18 mars. Selle facile après purgation saline. Le soir encore, 38 degrés.

Du 19 au 22 mars, la température ne dépassa pas 37°7 le soir.

22 mars. Le pansement est sali par l'urine; je le défais d'autant plus volontiers qu'il y avait eu élévation de température les premiers jours.

La plaie est en parfait état.

J'enlève les crins de Florence et je recouvre la ligne de

réunion de collodion en appliquant encore un pansement léger.

Le soir, 38°5. La malade accuse une douleur très vive au niveau du mollet gauche.

Les 23, 24, 25 et 26 mars, la température du soir s'éleva au-dessus de 38 degrés. En même temps, évoluait une poussée de phlébite au niveau des varices serpentines du mollet gauche. Sans qu'il y eût aucune lésion constatée à ce niveau, la région se tuméfia, rougit et devint très douloureuse.

Je fus sur le point un jour d'y faire une incision, mais la régression ne tarda pas à se dessiner.

Cependant la plaie inguinale, cachée seulement par un voile de collodion, restait blanche et indolore.

Le 29 mars au matin, la jambe était encore douloureuse (elle le resta jusqu'au 31). On sentait des points indurés dans les veines. Depuis quarante-huit heures, l'apyrexie était revenue.

Le soir, je retrouvai la malade avec 38°3 et se plaignant cette fois de la jambe droite.

De ce côté aussi, se produisit une poussée phlébitique, plus intense même. La température atteignit, le 5 avril au soir, 39°4, et ne revint à la normale que le 12 avril. Je me bornai à prescrire des enveloppements humides.

Le 12 avril, tout était définitivement terminé; on sentait dans les deux mollets des phlébolithes qui n'existaient pas à l'entrée de la malade.

Le 21 avril, elle quitta l'hôpital, *sans que, à aucun moment, il y ait eu la moindre menace d'élimination des fils.*

Je l'ai revue en juin 1895. Elle est enfin revenue me voir à la Charité en janvier 1896. Avec des bas varices et une ceinture hypogastrique, elle se trouve parfaitement bien.

La partie inguinale de sa paroi abdominale est d'une solidité remarquable. Les varices serpentines des deux mollets sont remplacées par du tissu de sclérose.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes.

On y voit tout d'abord une indication exceptionnelle de cure radicale de hernie.

Puis une plaie opératoire évoluant absolument comme une plaie aseptique, alors qu'il y eut pourtant élévation de température le second jour et complications fébriles dans la suite.

Une double phlébite se manifestant d'une façon très aiguë et se terminant néanmoins sans suppuration.

Enfin, un résultat de cure radicale remarquable comme solidité et comme durée, malgré l'état piteux de la paroi (ceci dit pour faire l'éloge du procédé et non pas celui de l'opérateur).

En somme, la plaie a-t-elle été infectée? C'est l'hypothèse qui me semble la plus probable, *mais alors un double surjet de grosse soie plate peut être toléré dans une plaie septique*, ce qui n'est pas d'observation courante.

L'autre hypothèse que l'on pourrait faire est celle-ci : nous ne connaissons pas la cause première de la phlébite chronique qui produit les varices. Peut-être est-elle microbienne? La poussée aiguë survenant dans la suite pourrait alors être spontanée par augmentation locale de virulence. Ce serait un cas de microbisme latent.

Encore une fois, c'est l'infection venue de la plaie qui me semble le plus probable. L'on ne pourra pas du moins m'accuser de torturer les faits pour mettre ma responsabilité à couvert.

DEUX CAS D'ABCÈS SOUS-CUTANÉS A PNEUMOCOQUES

DÉVELOPPÉS AU COURS DE PLEUROPNEUMONIES GRAVES (1)

Par MM. Louis Guinon et Gustave Bureau.

Parmi les déterminations extra-pulmonaires du pneumocoque, les suppurations sous-cutanées sont des moins fréquentes; elles sont extrêmement rares en dehors de la pneumonie, bien que MM. Cornil, Netter (Soc. de biol., 26 juillet 1890) en aient signalé quelques cas. Quand elles compliquent la pneumonie, elles sont rarement spontanées; il faut, en règle générale, que leur développement soit favorisé par une cause locale, comme un traumatisme; il en est des abcès sous-cutanés, comme des endocardites, arthrites, péricardites, ostéites (Banti, Vanni, Gabbi, Netter et Mariage).

Les deux observations qui suivent confirment la règle générale; elles sont en tous points comparables à celles qui ont été communiquées récemment par MM. Zuber, Méry à la Société de biologie (11 et 18 janvier 1896). Toutes deux ont trait à deux adultes peu vigoureux atteints de pneumonies d'une gravité extrême : dans les deux cas, la résolution de la pneumonie fut lente, la défervescence incomplète et interrompue par l'apparition d'une pleurésie purulente qui nécessita l'intervention opératoire; l'inefficacité des ponctions évacuatrices montra que, malgré la guérison de la pneumonie, le pneumocoque conservait encore une grande virulence; chez l'un de ces malades la pneumonie fut double, et parut favorisée dans son développement par un traumatisme violent du thorax survenu quelques semaines auparavant. Dans les deux cas, il fallut employer comme traitement le drap mouillé et les injections sous-cutanées de benzoate de caféine; c'est au niveau de ces injections (cela est certain au moins pour la plupart) que les abcès se développèrent; ils étaient peu douloureux; le premier malade ne les signala pas, ce qui explique l'état de torpeur et le collapsus dans lequel il resta plongé même après l'opération de l'empyème; le second malade souffrait plus, mais redoutant l'intervention chirurgicale, il resta huit jours sans en parler.

Chez le premier, les abcès occupèrent les membres supérieurs, ils avaient le volume d'une petite noix, allongée parallèlement à l'axe du membre; la peau, à leur niveau, était rouge, tendue, amincie. Chez le second, les abcès occupaient l'un la région antérieure de la cuisse droite, il avait la grosseur d'un œuf de poule; l'autre, la fesse gauche; il avait décollé les tissus sur une grande étendue et renfermait environ 500 grammes de pus. Le pus dans toutes les collections était épais, verdâtre dans les petits abcès, un peu rouge dans le plus vaste, il contenait des pneumocoques dont la nature fut prouvée par l'examen sur lamelles, par les cultures et par l'inoculation aux souris; tous les animaux inoculés succombèrent en un jour ou un jour et demi. Ce qui est remarquable, c'est la rapidité de guérison de ces abcès; quarante-huit heures après l'incision, les plus petits étaient cicatrisés, sans drainage; seul, celui de la fesse qui avait décollé une grande surface de tissu cellulaire exigea un drainage de huit jours. Comment peut-on expliquer le développement de ces collections? Survenant à un mois d'intervalle dans la même salle d'hôpital, on pourrait légitimement les attribuer aux propriétés irritantes de la solution de caféine employée; toutefois, cette solution injectée à d'autres malades atteints d'affections diverses n'a produit

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

rien de pareil; de plus, elle n'a pas agi comme corps septique, car nous n'avons pas trouvé d'autres microbes que le pneumocoque. Il faut donc admettre, comme nous le disions en commençant, que le traumatisme n'a agi que comme cause d'appel pour les pneumocoques contenus dans la circulation, au cours d'infections pneumoniques graves.

Nous ne voulons pas envisager quelle a été l'influence de ces abcès sur l'évolution de la pneumonie. On pourrait les comparer aux abcès provoqués dans un but thérapeutique par M. Fochier (*Lyon médical*, 23 août 1891 et *Acad. de méd.*, 26 avril 1892) dans les septicémies puerpérales, par M. Lépine (*Sem. méd.*, 1892, n° 11, p. 77) dans la pneumonie, et qu'on a nommés *abcès de fixation* pour indiquer un mode pathogénique, d'ailleurs inadmissible. La Société a déjà discuté la valeur de ce procédé, à l'occasion d'observations de MM. Dieulafoy, Gingeot, Rendu (25 mars, 13 mai 1892). M. Netter a montré que le pus de ces abcès provoqués par l'essence de térébenthine est aseptique; cette substance très antiseptique et difficilement résorbée empêche le développement du pneumocoque à son voisinage. La solution de caféine, beaucoup moins irritante, facilement absorbée, les laisse, au contraire, coloniser dans la région irritée. Dans le cas particulier, ces abcès n'ont certainement pas eu d'action notable sur la marche de la maladie; car il y avait un autre foyer de suppuration bien autrement important, nous voulons parler de la pleurésie purulente, et ils lui étaient postérieurs.

Observation I. — *Pneumonie droite très étendue, avec collapsus; pleurésie purulente consécutive à pneumocoques; empyème avec résection costale; abcès sous-cutanés multiples à pneumocoques consécutifs aux injections de caféine; guérison rapide.* — D... (Adrien), garçon de cuisine, âgé de cinquante ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 novembre 1895, salle Saint-Augustin, lit n° 23.

Le 11 novembre dernier, au matin, il fut pris d'un frisson intense et d'une douleur violente dans le côté droit de la poitrine.

Admis trois jours après, ce malade est en proie à une dyspnée violente, la face vultueuse, injectée; il est couvert d'une sueur profuse, le corps secoué de trémulations fibrillaires violentes. Langue sèche et rôtie; pouls petit, rapide, 120. L'état est, en somme, des plus graves.

L'examen de la poitrine révèle une pneumonie massive de tout le poumon droit.

Les urines sont rares, foncées, rouges, albumineuses. T. R. 39°8.

Les jours suivants, l'état reste à peu près stationnaire. Les signes d'auscultation sont les mêmes; la température oscille aux environs de 39 degrés. Pas d'excitation, pas de délire, tendance à l'adynamie. Il existe toujours des sueurs profuses. Les crachats sont visqueux, rouillés, légèrement purulents. La température oscille entre 39 et 40 degrés.

Deux injections de caféine par jour, alcool, ventouses.

Le 19 novembre, le malade est enveloppé toutes les trois heures dans le drap mouillé froid; le soir la température n'est plus que de 38°5.

Le 20 novembre. Température, le matin, 38°3; le soir, 38°7.

Le 21 novembre, la température est à 37°8; c'est le dixième jour de la maladie; mais cette apyrexie s'est faite progressivement, sans chute brusque.

Malgré cette apyrexie, la crise urinaire ne se fait pas, l'état général demeure très mauvais, le corps du malade est toujours couvert de sueurs. Les signes pulmonaires ont peu changé, le souffle est toujours très fort, les râles un peu plus gros.

Le 21 et le 22 novembre, le malade reste apyrétique, mais il ne survient aucune amélioration de l'état général.

Le 23 novembre, la température remonte le soir à 38°3 et il en est ainsi les jours suivants.

Du côté des poumons, le souffle persiste très intense au sommet droit; puis peu à peu, les jours suivants, les râles que l'on entendait à la base disparaissent, mais le murmure vésiculaire ne se rétablit pas; la matité persiste à la base; au niveau de la partie moyenne, le souffle change de caractère et prend de plus en plus le timbre pleurétique; finalement, le 1er décembre, on constate tous les signes d'un épanchement pleurétique.

Le 3 décembre, une ponction exploratrice montre sa nature purulente.

Le 4 décembre, on pratique l'empyème à la face postérieure au niveau de la septième côte qu'on résèque sur une longueur de 2 centimètres.

De la plèvre, s'échappent environ 500 grammes de pus épais, verdâtre, avec de nombreuses fausses membranes.

Ce même jour, on remarque que le malade est porteur d'abcès aux deux bras. Il en existe deux sur la face antéro-externe du bras gauche et un au niveau de la même région sur le bras droit.

C'est en ces points que, pendant la période aiguë de la pneumonie, on pratiqua des injections de caféine. Ces abcès sont très douloureux. Ils ont le volume d'une noix; ils sont très tendus, la fluctuation y est très nette; ils ont le caractère franchement inflammatoire et la peau à leur niveau présente déjà une teinte rouge violacée. Ils sont superficiels, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces trois abcès du bras sont *ponctionnés* avec la pointe du bistouri; il en sort du pus extrêmement épais et verdâtre; par la pression, on les évacue aussi complètement que possible, il s'en échappe des débris de fausses membranes. On applique à leur niveau un pansement humide au sublimé et, au bout de quarante-huit heures, la guérison de ces abcès est complète et on enlève définitivement tout pansement.

Les jours suivants, le malade se plaint de souffrir au niveau du trochanter droit. Il existe en ce point une petite escharre de la dimension d'une pièce de 1 franc consécutive à une piqûre d'éther faite au début de la maladie. Mais toute la région trochantérienne est enflammée et indurée et bientôt il se forme deux points manifestement fluctuants: l'un, un peu en avant du trochanter droit, l'autre, au niveau même du trochanter. Ces deux abcès, qui sont encore assez profonds, sont incisés le 9 décembre; ils donnent issue à du pus beaucoup plus fluide que celui des abcès du bras et de couleur chocolat. (Il n'a pas été recueilli du pus de ces abcès.)

Au lieu de guérir rapidement comme ceux des bras, ils ne se cicatrisèrent qu'en huit jours. Il existait, en effet, des décollements importants et, avec un stylet, on arrivait jusque sur le trochanter recouvert seulement par le périoste et même un peu dénudé en un point très limité.

Néanmoins, le 20 décembre, la guérison de ces deux abcès trochantériens était complète.

Quant aux suites de l'empyème, elles furent très simples. Au début, on pratiqua le pansement tous les jours, il s'écoulait peu de pus et jamais on ne fit de lavage.

Le 7 décembre, on enleva un des deux drains; le 15, le drain qui restait fut remplacé par un plus petit et, actuellement, il reste une fistule très petite et qui tend à se tarir.

Dès que l'empyème fut pratiqué, l'état général du malade se releva aussitôt, il eut seulement de la diarrhée pendant quelques jours.

Aujourd'hui, il a repris un embonpoint et une vigueur depuis longtemps inconnus.

Examen bactériologique. — *Pus de la plèvre.* — Coloré sur lamelles, il contient des diplocoques encapsulés en abon-

dance; inoculé à la souris, un quart de centimètre cube entraîne la mort en quarante-huit heures; le sang de la rate et du cœur de l'animal contient de nombreux pneumocoques.

Pus des abcès du bras. — Des préparations sur lamelles, colorées par le violet de gentiane phéniquée et par la fuchsine de Ziehl, contiennent des diplocoques encapsulés *peu nombreux*, à l'exclusion de tout autre microbe.

Ensemencé sur gélose, le pus donne uue ou deux petites colonies, transparentes.

Inoculé à la souris, il tue l'animal en moins de quarante-huit heures; le sang de la souris contient des pneumocoques. Ensemencé sur gélose, il donne de petites colonies fines et transparentes en gouttes de rosée.

Une culture sur bouillon est inoculée à une souris, mais au sixième jour après l'ensemencement, trop tard pour être virulente, l'animal ne meurt pas.

En résumé, les abcès du bras contenaient des pneumocoques purs, comme le prouvent l'examen direct du pus, les cultures et les inoculations.

Obs. II. — *Pneumonie double chez un alcoolique. Pleurésie purulente droite consécutive; double ponction évacuatrice. Empyème avec résection costale. Énormes abcès sous-cutanés à pneumocoques consécutifs aux injections de caféine.* — M... (Jean), cinquante-deux ans, journalier, entre le 15 décembre 1895, à l'Hôtel-Dieu.

Il n'a jamais été sérieusement malade jusqu'à l'âge de trente ans environ, où il contracta une pleurésie avec fluxion de poitrine, *pleurésie droite*. Il s'en guérit complètement. Il y a environ deux mois, en déchargeant des colis, il se fit une fracture de côte, mais continua à travailler les jours suivants, souffrant assez vivement.

Un mois après cet accident, après un excès de boisson, le dimanche, 7 décembre, il fut pris d'un malaise subit, qu'il chercha à dissiper en buvant davantage; le lendemain, 8, il eut beaucoup de peine à travailler et, le mardi 9, dut s'aliter, après avoir eu la veille au soir un violent frisson.

A son entrée, cinquième jour de la maladie, cet homme présente un facies très altéré, les pommettes rouges, les yeux cernés et excavés, la dyspnée est intense et les ailes du nez battent fréquemment. La langue est sèche, rôtie, la soif vive; la température est à 39°7, le pouls petit et fréquent.

On constate au côté gauche, au niveau de l'angle des cinquième et sixième côtes, des traces de l'ancienne fracture. Mais le malade se plaint de souffrir surtout du côté droit.

On trouve, en effet, une matité absolue de tout ce côté, avec augmentation des vibrations thoraciques, et à l'auscultation, un souffle tubaire extrêmement fort, s'entendant à peu près dans toute l'étendue du poumon droit.

A gauche, au niveau du point où a eu lieu la fracture de côtes, existe également un gros souffle tubaire, sur une assez grande étendue.

En somme, pneumonie double, plus étendue à droite qu'à gauche.

Les crachats sont visqueux, adhérents, mais très purulents. Pas d'albumine.

Les jours suivants, l'état reste grave, le malade a du délire, calme, tranquille, son corps est continuellement baigné de sueurs profuses. Enveloppement humide et froid. Piqûres de caféine.

Le 19 décembre au matin, la température tombe à 38°2. Mais elle reste à 38 degrés les jours suivants; l'état général est toujours mauvais, le malade est très prostré, son corps est toujours couvert de sueurs; l'examen des divers organes ne montre aucune complication pouvant expliquer cette persistance de la température. Du côté des poumons, la résolution se fait bien à gauche, mais à droite, le souffle persiste toujours et, à partir du 29 décembre, à la partie moyenne du poumon droit, le timbre du souffle commence à changer: il prend de plus en plus le caractère pleurétique. Ces mêmes signes persistent sans beaucoup s'accentuer jusqu'au 24 décembre, jour où l'on pratique une ponction exploratrice qui décèle l'existence d'une pleurésie purulente.

Le 25 décembre, après une première tentative vaine, on ponctionne à 2 centimètres plus en dedans et on évacue 300 grammes de pus verdâtre. En retirant le trocart, on voit que l'écoulement du liquide a été arrêté par une fausse membrane qui s'est engagée dans l'intérieur de la canule.

Le lendemain de cette intervention, la température tombe à 37°8.

Le pus retiré par la ponction exploratrice, examiné sur lamelles et inoculé à une souris dont il détermina la mort en quarante-huit heures, contenait uniquement des pneumocoques.

Le 29 décembre 1895, on se décide à pratiquer l'empyème. Le malade étant endormi au chloroforme, on pratique une incision de 7 centimètres au niveau du huitième espace intercostal sur la partie postéro-latérale du thorax; les côtes ont une obliquité très grande, elles sont très rapprochées, se touchent presque et les espaces intercostaux sont très étroits. Cette incision ne permet pas d'arriver sur le foyer purulent, même en décollant la plèvre assez haut, et, comme le malade est très affaibli, respire mal, se cyanose, on s'arrête et on se contente de pratiquer une ponction avec l'appareil de Potain et de retirer 250 grammes environ de pus.

Du 29 décembre 1895 au 10 janvier 1896, les signes stéthoscopiques restent les mêmes, l'état général ne se relève pas, la température oscille entre 38°5 et 38 degrés.

Le 11 janvier, on fait l'empyème au-dessus et un peu en dedans de la première tentative; on résèque 2 centimètres de côte et cette fois on arrive facilement sur la poche purulente. Il s'écoule un demi-litre au moins de pus verdâtre et de nombreuses fausses membranes; la direction et la profondeur des drains permet de penser qu'il s'agit d'un foyer interlobaire.

Dès le soir même, la température tombe à 37°2. Après être restée trois jours normale, la température monte à 37°8 (14 janvier) et les jours suivants, elle reste aux environs de 37°8, sans rémission matinale; cependant l'état général est bien meilleur, le malade s'alimente bien, ses forces se relèvent.

Le 21 janvier, en examinant le malade, on s'aperçoit qu'il présente à la partie moyenne de la face antéro-externe de la cuisse droite un volumineux abcès et un vaste phlegmon de la fesse gauche.

Vu le volume de ces collections purulentes, il est certain qu'elles existent déjà depuis longtemps et le malade qui en souffrait beaucoup ne s'en était pas plaint, de peur qu'on lui ouvrît ces abcès.

Le malade nous dit qu'il a commencé à s'en apercevoir, il y a dix à quinze jours, ce qui fait remonter le début de ces abcès au 8 ou 10 janvier.

Voici sous quel aspect se présentent ces collections purulentes:

A la partie moyenne de la face antéro-externe de la cuisse droite, on trouve une tumeur volumineuse, allongée dans le sens du membre, de la grosseur d'une orange, très nettement fluctuante, empâtée à la périphérie, et la peau qui la recouvre présente une couleur rouge violacé. En somme, on se trouve en présence d'un gros abcès sous-cutané.

A la fesse gauche, l'aspect est tout autre; ici, on se trouve en présence d'un véritable phlegmon qui s'étend transversalement, du trochanter à la rainure interfessière, et, verticalement, de la crête iliaque au pli fessier et à la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse. La peau a

tout à fait l'aspect phlegmoneux; au centre, la fluctuation est excessivement nette et l'on sent immédiatement sous la peau une vaste collection liquide; au pourtour de ce phlegmon, au contraire, on sent des noyaux indurés.

On procède immédiatement à l'ouverture de ces deux abcès; celui de la cuisse droite laisse s'écouler un bon verre de pus verdâtre et sanguinolent; du phlegmon de la fesse gauche sort au moins un demi-litre de liquide de même nature et, ce liquide évacué, reste une vaste poche, indice du décollement considérable qui s'était fait.

Ces deux collections purulentes se sont développées au niveau des points où l'on avait fait des piqûres de caféine. Les piqûres avaient été pratiquées vers le 20 décembre et, comme le malade nous dit qu'il a commencé à souffrir vers le 8 ou 10 janvier, on doit donc admettre que ces abcès se sont développés une vingtaine de jours après les piqûres et vingt-cinq à trente jours après le début de la pneumonie.

Nous avons vu qu'au niveau du phlegmon de la fesse gauche, existaient plusieurs noyaux d'induration, aussi pensons-nous que, si la collection purulente était si étendue en ce point, cela provient de la fusion de plusieurs abcès développés en ces points indurés qui correspondraient aux piqûres de caféine.

Examen bactériologique. — *Pus de la plèvre.* — Il contient des pneumocoques à l'état pur en abondance, comme le prouvent les lamelles colorées, et très virulents, comme l'a montré l'inoculation à la souris qui succomba en moins de quarante-huit heures.

Pus des abcès développés au niveau des piqûres de caféine. — Le 22 janvier, au moment de l'ouverture de ces abcès, du pus a été recueilli dans deux pipettes stérilisées.

Le pus de ces abcès a été :

1° Examiné sur lamelles ;

2° Ensemencé sur bouillon, gélatine, gélose ;

3° Inoculé à une souris.

Le résultat a été le même pour les deux abcès, aussi ne parlerons-nous que d'un seul.

1° *Examen sur lamelles* : toujours par les mêmes procédés de coloration (Ziehl, violet de gentiane, Gram), on trouve des diplocoques à capsules pas très visibles, conservant le Gram, souvent réunis par amas.

2° *Culture vingt-quatre heures après :* séjour à l'étuve à 35 degrés.

Bouillon : léger trouble; l'examen sur lamelles montre des diplocoques avec capsules assez visibles; souvent, ils sont réunis sous forme de chaînettes à cinq ou six éléments.

Gélose : rien.

Gélatine : vingt-quatre heures de chambre à 15 degrés n'a donné aucune culture.

3° *Deux souris :* un quart de centimètre cube injecté dans patte postérieure, produit la mort en moins de quarante-huit heures.

THÉRAPEUTIQUE

La goutte et la gravelle urique; leur traitement.

Par le docteur X. Delmis.

La goutte est une maladie vieille comme le monde; les poètes antiques sont là pour le démontrer. Dans le principe il y avait certainement confusion entre la podagre et les autres arthrites, mais la distinction aurait déjà été faite au premier siècle de l'ère chrétienne par Arétée de Cappadoce.

Peu à peu l'étiologie et la symptomatologie de la goutte s'éclairèrent, et, avec Sydenham, cette affection est définitivement classée comme une maladie générale, se traduisant par une alternance ou une succession d'accidents articulaires et viscéraux.

Depuis, la question a été encore plus approfondie et les acquisitions de la science moderne ne sont pas pour rendre moins sombre l'avenir des goutteux. Il est démontré qu'indépendamment des accès de goutte proprement dits, un certain nombre de goutteux versent vers l'artério-sclérose; ils font de l'artérite chronique avec scléroses viscérales. D'autres évoluent vers la stéatose viscérale; ils deviennent obèses, diabétiques et finalement albuminuriques. Chez quelques-uns, enfin, la goutte retentit spécialement sur l'appareil respiratoire, et s'établissent des bronchites tenaces, compliquées d'emphysème et d'asthme.

L'avenir de la descendance du goutteux n'est pas moins inquiétant, ainsi que l'a établi le professeur Bouchard. Dans la première enfance, c'est l'eczéma et l'impétigo; dans la seconde, ce sont les catarrhes des voies respiratoires. De la douzième à la quinzième année, on voit quelquefois une attaque de rhumatisme aigu.

Vers la quinzième année, l'enfant accuse des migraines, il a de fréquentes épistaxis. A partir de vingt-cinq ans, ce sont les dermatoses, notamment l'eczéma des doigts. Vers la trentième année, la dyspepsie fait son apparition, et puis, enfin, éclate le premier accès de goutte!

Si en France la goutte aiguë, avec ses décharges uratiques et ses dépôts tophacés, se montre moins que dans certains pays, notamment l'Angleterre, cela n'empêche pas que chez nous la goutte ne soit très fréquente. « On la retrouve dans les familles, soit sous la forme d'accidents rhumatoïdes, avec déformations de phalanges, soit sous la forme de manifestations viscérales multiples, qui, en apparence, n'ont aucun lien commun, mais en réalité appartiennent à la même série pathologique.

Telles sont les successions et les alternances, chez les mêmes sujets, ou chez les différents membres de la même famille, de l'asthme, de la lithiase biliaire, de la gravelle, des hémorroïdes, des poussées eczémateuses, de certaines céphalées tenaces, des bronchites à répétition, des congestions du foie, etc. (1). »

On peut donc dire que la goutte est un véritable fléau, dont les conséquences ont été d'autant plus graves que pendant longtemps on n'avait pour lutter contre lui que les traditions de l'empirisme.

Le jour où l'on a reconnu que la goutte était liée à l'uricémie, un grand pas a été fait, car on a pu instituer le traitement rationnel, physiologique, non seulement de la goutte, mais de sa congénère la gravelle urique.

En effet, au moment où la goutte et la gravelle sont produites par l'accumulation dans l'économie de déchets toxiques, dont l'acide urique est le plus important, le traitement préventif de ces affections doit consister dans une hygiène ne permettant pas ces oxydations insuffisantes, et le traitement curatif dans l'élimination des produits toxiques élaborés.

Les alcalins qui possèdent des propriétés diurétiques et forment, avec l'acide urique, des composés solubles, étaient rationnellement indiqués pour combattre l'uricémie. L'expérience a montré le bien-fondé de cette vue de l'esprit.

La médication alcaline, dit M. Le Gendre (2), est certainement la plus importante. Dans l'intervalle des accès de goutte en Angleterre, on emploie les sels de potasse, particulièrement le carbonate. On préfère généralement en France les sels de soude, surtout le bicarbonate.

En France, le carbonate de lithine est usuellement prescrit (Rendu). L'acide benzoïque serait également utile.

Bien supérieure à ces diverses substances s'est montrée la Pipérazine. Cette substance, découverte récemment, est une

(1) Rendu. Traitement de la goutte, *Traité de thérapeutique appliquée.*

(2) Le Gendre. Goutte, *Traité de médecine.*

base organique, cristallisée, très soluble dans l'eau, et dont l'urate est sept fois plus soluble que celui de la lithine :

Dans les expériences *in vitro*, elle dissout, dans la proportion de moitié de son volume, l'acide urique et les concrétions uratiques.

« Sur le terrain clinique également, on lui a reconnu des propriétés lithontriptiques très nettes : c'est ainsi que, fort de 450 observations, Biesenthal a pu affirmer son efficacité dans la goutte et la lithiase rénale, et divers cliniciens ont constaté que, à la suite de son emploi pendant deux ou trois semaines, on assiste à l'expulsion des graviers uratiques (1). »

De nombreux médecins, tels que Bardet, Heubac et Hush, Brik, Biesenthal et Schmidt, Pfeifer ont constaté dès les premières doses de Pipérazine une expulsion abondante de sable, de petits graviers, en même temps qu'un soulagement manifeste de la douleur. Dans la goutte aiguë, la Pipérazine amène une atténuation rapide de la douleur, une diminution progressive de la tuméfaction et de la rougeur. Dans la goutte chronique, elle paraît avoir une action élective sur les tophus et les raideurs articulaires. On a vu, grâce à son usage persistant, rendu possible par son innocuité sur l'organisme, disparaître de volumineux tophus et des membres difformes reprendre une apparence presque normale.

Mais pour obtenir ces résultats, il faut une Pipérazine telle que celle de Midy, dont la valeur n'est plus à démontrer. Présentée sous la forme granulée effervescente, elle est très facile à prendre. Elle est dosée à raison de 20 centigrammes pour le volume de la petite mesure qui accompagne chaque flacon. Le médecin peut donc prescrire ce médicament en toute sûreté, et il ne tardera pas à en constater les heureux effets.

REVUE DE LA PRESSE

Origine et signification probable des cellules géantes du placenta. — Mme K. Oulezko-Stroganoff a rapporté à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg les résultats des études qu'elle fait depuis trois ans sur ce sujet. Ces résultats peuvent se résumer de la façon suivante :

Les cellules géantes qu'on trouve dans l'espace intervilleux sont des épaississements arrachés du syncytium ; ces cellules rencontrées à différentes périodes de la grossesse, dans l'enveloppe tardivement formée, viennent des éléments de la couche cellulaire profonde des villosités. Ces faits confirment l'hypothèse sur l'origine fœtale du syncytium ; ce dernier peut être considéré comme une cellule énorme qui enveloppe les villosités d'une couche continue du côté de l'espace intervilleux. Il est très probable que le rapport des cellules géantes aux vaisseaux de l'enveloppe constitue le premier stade de ce processus qui, à son degré ultime, est représenté par le rapport du syncytium, laissant l'espace intervilleux aux vaisseaux utérins qui arrivent dans ce même espace. A l'appui de cette hypothèse, l'auteur a présenté des dessins et des préparations qui paraissent la confirmer.

Fœtus aseptique. — M. Stroganoff a fait, à la même séance, une communication au sujet du fœtus aseptique pour les manipulations sur le mannequin. Depuis que l'auteur est chargé à l'Institut clinique de Saint-Pétersbourg, de diriger ces manipulations, il a toujours exprimé les desirata suivants : 1° se servir d'un petit cadavre de fœtus mort au moment du travail, et n'ayant pas encore subi de décomposition, de macération et surtout de putréfaction, il ne doit pas non plus provenir d'une parturiente infectée ; 2° le petit cadavre doit être conservé de façon à ce que tout développement de bactéries septiques soit impossible. Les meilleurs moyens pour atteindre ce but seraient, d'après le rapporteur, de conserver le fœtus dans une solution alcoolique (à 75 p. 1000), de sublimé (5 p. 1000) et d'acide phénique (2 p. 100) et à une basse température (0°).

Il est cependant difficile de faire pendant des heures des manipulations sur un cadavre presque congelé, et on est souvent obligé de le mettre, dix ou douze heures avant les travaux, dans une pièce à température de 15 à 16 degrés ; d'autre part, pendant la manipulation même, le cadavre peut être infecté. Il était donc important de savoir si les parties et organes profonds du petit cadavre restent dans ces conditions aseptiques (la superficie devenant forcément aseptique après le séjour de deux ou trois jours dans la solution antiseptique). Pour pouvoir résoudre cette question, le rapporteur a examiné bactériologiquement des petits cadavres qui avaient déjà servi pendant quatre à six semaines aux manipulations. Les cultures faites immédiatement après une de ces séances, et provenant de la bouche ou de la cavité thoraco-abdominale des petits cadavres, ont démontré la présence d'une très faible quantité de saprophytes ; ces fœtus sont donc fort peu à craindre au point de vue de la contagion, et d'ailleurs, cette dernière n'a jamais eu lieu malgré le nombre considérable de manipulations faites et l'existence, parfois, d'écorchures sur les mains de ceux qui s'exerçaient.

Il en est autrement si, pour ces manipulations, on se sert d'un cadavre d'enfant qui a *vécu* : les poumons et l'intestin de ce cadavre peuvent contenir un grand nombre de bactéries auxquelles le liquide antiseptique peut ne pas étendre son action. Ces cadavres se putréfient rapidement et facilement.

Enfin, les recherches bactériologiques sur un fœtus provenant d'une femme dont les eaux furent écoulées quelques jours avant l'expulsion du fœtus, et atteinte ensuite d'endométrite puerpérale, ont démontré la présence de bactéries dans les viscères du petit cadavre. Il en était tout autrement pour le fœtus macéré, mais l'accouchement ayant été normal, et d'un autre fœtus obtenu par laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine ayant duré quinze mois D'après M. Stroganoff, des recherches analogues n'ont encore été faites par personne, et pourtant la question est d'une haute importance, car elle indique comment il faut se comporter vis-à-vis d'une parturiente accouchée d'un fœtus macéré.

La granulie et la méningite tuberculeuse consécutives à la contamination par des tuberculeux. — La question de la possibilité d'une granulie *primitive* et d'une méningite tuberculeuse, développées chez des sujets bien portants à la suite de leur infection par des tuberculeux, est encore fort discutée ; aussi chaque nouvelle preuve de la possibilité de ces faits doit-elle être signalée : c'est pourquoi nous rapportons ici deux séries de faits de cette nature, observés par M. A. Botmanoff ; malheureusement l'absence de preuves anatomo-pathologiques diminue quelque peu leur valeur absolue.

Une famille, dont les membres étaient tous très bien portants et ne semblaient pas être prédisposés à la tuberculose, a emménagé dans un appartement où, deux mois avant, une femme avait succombé à la tuberculose pulmonaire. La chambre à coucher de la morte fut précisément choisie comme chambre d'enfants par les nouveaux habitants de l'appartement. Trois mois après, un de ces enfants succomba au bout de quelques semaines à la granulie ; un mois plus tard, le second enfant tomba malade à son tour et mourut

(1) Dreyfus-Brisac. Traitement de la lithiase rénale, *Traité de thérapeutique appliquée.*

au bout de trois semaines de méningite tuberculeuse très probable.

Le troisième enfant de la famille mourut aussi peu de temps après, mais l'auteur n'a pu le voir; la cause de cette mort est donc restée inconnue.

Une jeune fille, bonne d'enfants dans une maison, devint tuberculeuse; après une tuberculose osseuse survint la tuberculose pulmonaire. La malade quitta alors sa place et s'installa dans une famille d'ouvriers, où elle mourut bientôt. Quelques mois après qu'elle eut quitté sa place, un enfant de ses anciens maîtres tomba malade et succomba au bout d'un mois à une méningite tuberculeuse; d'autre part, quelques semaines après la mort de la jeune fille, l'enfant de la famille où elle vint habiter fut à son tour atteint de méningite, à laquelle il succomba au bout de quinze jours.

Comme, d'une part, il n'y avait dans la localité aucune épidémie de fièvre typhoïde, ni de méningite cérébro-spinale, ni autre épidémie pouvant prêter à la confusion, et comme, d'autre part, l'auteur connaissait parfaitement tous les enfants contaminés qui, jusque-là, étaient tous en parfaite santé, il est enclin de voir la cause de leur infection dans la contamination par des tuberculeux, d'autant plus qu'il s'agissait de personnes de classe peu aisée et où les moindres notions d'hygiène sont inconnues, où les crachats sont projetés par terre; les enfants, jouant d'autre part souvent par terre, et remuant ainsi la poussière, sont plus à même de s'infecter par les bacilles disséminés à droite et à gauche et mêlés à la poussière. (*Wratsch*, n° 38.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1896. — Présidence de M. Hervieux.

PRÉSENTATIONS

Rhinoplastie par la méthode italienne. — M. Berger présente une personne qui était atteinte d'une destruction de la pointe, d'une partie de la face dorsale, des ailes et de la sous-cloison du nez, et chez laquelle il a eu recours à la rhinoplastie par la méthode italienne.

La destruction, due à une lésion tertiaire, avait débuté il y a dix-huit mois; ce ne fut qu'au mois de mai dernier que la malade fut mise au traitement; quand M. Berger entreprit la réparation, le 4 décembre 1895, la guérison était complète depuis plusieurs mois.

La première opération consista dans l'avivement du moignon nasal et dans la fixation sur ce moignon d'un lambeau pédiculé, emprunté au bras. Le bras fut fixé à la tête au moyen de l'appareil dont M. Berger se sert pour ces opérations et qu'il présente à l'Académie. La fixation fut maintenue pendant dix jours complets, et fut très bien supportée par la malade.

Le pédicule du lambeau fut coupé le 14 décembre; l'adhésion et la vitalité de celui-ci étaient parfaites et le 7 janvier 1896, M. Berger put procéder à la restauration de la pointe du nez, des ailes et de la sous-cloison. Celle-ci réussit très bien, et a donné un résultat sinon esthétique parfait, du moins très présentable.

M. Berger insiste sur les principales conditions d'application de cette méthode, qu'il a été le premier à remettre en honneur il y a près de vingt ans, et à laquelle il a, depuis lors, eu recours dans un fort grand nombre de cas.

La condition essentielle du succès est la détermination minutieuse de tous les détails de la réparation avant l'opération elle-même : la forme, la direction, les dimensions des incisions doivent être rigoureusement fixées d'avance. Le lambeau doit recouvrir exactement la surface d'avivement, sans plissement ni traction. Il faut conserver tous les vestiges du nez détruit pour les faire servir à la réparation.

La fixation du membre supérieur à la tête est assurée par un appareil dont M. Berger donne la description : grâce à cet appareil, l'immobilité rigoureuse est obtenue sans beaucoup de fatigue; il permet les soins de propreté, l'alimentation : les opérés peuvent se lever et même marcher avec le bras fixé sur la tête.

La section du pédicule du lambeau pourrait, s'il était besoin, être faite bien avant le dixième jour. Quant à la seconde opération qui consiste à reconstituer la pointe, les ailes du nez et la sous-cloison au moyen du pédicule du lambeau, elle doit être entreprise quinze jours environ après la section du pédicule; c'est une opération délicate qui demande une certaine habitude des restaurations faciales.

Il est utile, pendant un temps très long, de maintenir la béance des narines au moyen de tuyaux métalliques introduits dans ces cavités. Un dispositif spécial permet de faire servir le même appareil, à maintenir la saillie de la pointe du nez jusqu'à ce que toute tendance à la rétraction du lambeau ait disparu.

Hématocèle rompue dans le ventre. — M. Le Dentu communique l'observation d'une femme qui entra dans son service avec tous les signes d'une grave hémorragie intra-abdominale. Quinze jours auparavant, elle avait présenté tous les symptômes de la rupture d'une hématocèle. Lorsque cette femme fut apportée à l'hôpital, M. Brodier, chef de clinique de M. Le Dentu, lui fit d'urgence la laparotomie. Le ventre ouvert, il se trouva en présence d'une hémorragie diffuse. En cherchant le point de départ de cette hémorragie, il trouva un premier petit embryon, puis un second embryon. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que, dans ce cas, il s'agissait d'une grossesse tubaire double avec un seul sac. Ce sont là des cas extrêmement rares. M. Brodier, dans les recherches qu'il a faites sur ce sujet, a pu à peine en réunir trois ou quatre semblables. Le cas qui s'en rapproche le plus est celui qu'a présenté, à l'Académie, M. Follet (de Lille). Dans ce cas de M. Follet, il y avait une grossesse arrêtée dans son cours, puis une grossesse à terme. Mais il était identique à celui de M. Brodier au point de vue de l'unicité du sac.

M. Le Dentu met sous les yeux de l'Académie les deux embryons de sept à huit semaines et les débris placentaires extirpés par M. Brodier.

La malade a très bien guéri.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1896. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Vallin, Nocard et Kelsch.

Prix Alvarenga. — MM. Planchon, Guyon et Straus.

Prix Amussat. — MM. Rochard, Labbé et Lannelongue.

Prix Baillarger. — MM. Le Roy de Méricourt, Worms et Motet.

Prix Barbier. — MM. Riche, Weber et Laveran.

Prix Boullard. — MM. Perier, Hallopeau et Magnan.

Prix Bourceret. — MM. Ranvier, Berger et Marey.

Prix Buignet. — MM. Bourgoin, Jungfleisch et Joannès Chatin.

Prix Capuron. — MM. Tarnier, Pinard et Porak.

Prix Chevillon. — MM. Polaillon, Duval et Lucas-Championnière.

Prix Civrieux. — MM. Dumontpallier, Blanchard et Mesnet.

Prix Daudet. — MM. Empis, Lancereaux et Reclus.

Prix Desportes. — MM. C. Paul, Hayem et Landouzy.

Prix Falret. — MM. Hérard, Gautier et Motet.

Prix Godard. — MM. Fournier, Bucquoy et Dieulafoy.

Prix Herpin (de Genève). — MM. Jaccoud, Potain et Brouardel.

Prix Hugo. — MM. Sappey, Ch. Monod et Laboulbène.
Prix Laborie. — MM. Péan, Chauvel et Terrier.
Prix du baron Larrey. — MM. Lagneau, Proust et d'Arsonval.
Prix Laval. — MM. Gariel, Bouchardat et Brouardel.
Prix Lefèvre. — MM. Bouchard, Duguet et Ferrand.
Prix Meynot. — MM. Duplay, Le Dentu et Nicaise.
Prix Monbinne. — MM. Milne-Edwards, Grancher et Cadet de Gassicourt.
Prix Nativelle. — MM. Prunier, Marty et Moissan.
Prix Orfila. — MM. Schützenberger, Robin et Duclaux.
Prix Portal. — MM. Leblanc, Cornil et Magitot.
Prix Pourat. — MM. Chauveau, Laborde et François-Franck.
Prix Saintour. — MM. Guéniot, Mégnin et Blache.
Prix Saint-Paul. — MM. Javal, Trasbot et Debove.
Prix Stanski. — MM. Besnier, Panas et Budin.
Prix Vernois. — MM. Léon Colin, Regnard et Lereboullet.

LECTURES

Traitement chirurgical des luxations congénitales de la hanche. — M. CALOT (de Berck-sur-Mer), s'appuyant sur huit observations personnelles, vient soutenir que, par l'intervention sanglante, on peut arriver à la guérison de cette déplorable infirmité, contre laquelle tous les efforts des orthopédistes étaient jusqu'alors demeurés impuissants.

Cette intervention, qui consiste à refaire une cavité cotyloïde, de capacité suffisante, à y ramener la tête fémorale déplacée et à l'y maintenir en lui laissant une certaine mobilité, n'est pas encore entrée dans la pratique courante; il faut même avouer qu'elle est nettement condamnée par bon nombre de chirurgiens et non des moindres.

On lui reproche : 1° d'être grave ; 2° de ne pas supprimer la boiterie.

M. Calot convient parfaitement que, si l'on devait juger la méthode d'après les premières opérations osseuses faites dans notre pays, l'on devrait la proscrire. Mais les résultats médiocres obtenus par les premiers opérateurs sont exclusivement imputables à une mauvaise technique.

Ce qu'il appelle une mauvaise technique, c'est de vouloir arriver sur la jointure par l'incision de Langenbeck à travers les faisceaux charnus des fessiers et des pelvi-trochantériens; c'est de désinsérer les muscles du trochanter ou de séparer du reste de l'os ce trochanter avec les muscles qui s'y attachent; c'est de perforer la cavité cotyloïde; c'est de faire, pour faciliter la réduction, la section des tendons et des muscles qui résistent; c'est de laisser dans la plaie de gros fils de soie qui peuvent l'infecter, quoi qu'on fasse; c'est de se borner, pour assurer le maintien de la réduction, à faire de l'extension continue du membre opéré.

Une opération ainsi conduite n'est plus bénigne. Elle est longue, cause un schock considérable, une hémorragie parfois très grave, et entraîne de très grands risques d'infection.

Il n'est donc pas étonnant qu'avec cette mauvaise technique, les opérateurs aient eu une sérieuse mortalité.

Quant aux résultats orthopédiques, l'on conçoit également qu'ils soient très gravement compromis par cette contention imparfaite de la hanche qui expose à la récidive ; et encore par ces multiples sections musculaires tendineuses et nerveuses qui amènent fatalement une faiblesse et une parésie notables du côté opéré, laissant persister la claudication.

Au contraire, avec la technique qu'il a adoptée, l'opération devient absolument bénigne et conduit à la guérison de la boiterie.

Grâce à l'incision antéro-externe qui lui servait déjà pour la résection de la hanche dans le cas de coxalgie, incision allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu de la face externe du grand trochanter et passant dans l'interstice du moyen fessier et du tenseur du fascia lata, l'opération peut être très rapidement faite; il n'y a pas de perte de sang, pas de section musculaire, ou tendineuse, ou nerveuse, et grâce à la contention du membre opéré par l'appareil plâtré de la coxalgie, la récidive n'est pas à craindre.

Les huit opérations de l'auteur sont là pour démontrer ce qu'il avance.

Dans ces huit cas, non seulement il n'a pas eu un seul décès, mais encore les suites opératoires ont été d'une bénignité absolue. Il est si convaincu de la bénignité de l'intervention, qu'il répond devant les parents de la vie des enfants qu'il va opérer.

Quant aux résultats orthopédiques, il demande à l'Académie de les apprécier en lui présentant ses deux premiers opérés; il les présente dès maintenant parce qu'ils sont à la veille de quitter Berck pour retourner à Lille et à Nancy dont ils sont originaires; mais, il présentera les autres dans quelques mois, lorsque leur traitement gymnastique post-opératoire sera terminé.

M. Calot attache à ce traitement post-opératoire une grande importance : il doit être continué pendant au moins six mois.

Au vingt-cinquième jour, les malades sont laissés sans pansement, et l'on commence à les masser. Au trentième jour, ils se lèvent et marchent sans appareil, ni béquilles, soutenus par des infirmières ; au quarantième jour, les opérés sont généralement en état de marcher seuls.

A partir de ce moment, M. Calot les électrise, les masse, leur fait faire des exercices de gymnastique actifs et passifs, jusqu'à ce que l'enfant puisse marcher toute la journée sans fatigue et que la boiterie ait disparu.

Il ne connaît que deux contre-indications à l'opération : 1° dans le cas de luxation double, si le sujet à plus de dix à douze ans, il vaut mieux ne pas opérer, car l'ankylose bilatérale de la hanche serait désastreuse pour la marche; 2° si la tête fémorale est par trop atrophiée et en antéversion trop marquée, ce qui est, du reste, extrêmement rare, et peut être déterminé d'avance, il vaut mieux également ne pas opérer, car l'on ne peut guère espérer, dans ce cas, éviter la récidive.

Dans tous les autres cas, l'intervention sanglante est indiquée. M. Calot invite l'Académie à dire, après avoir vu ses opérés, si l'intervention bénigne, qui supprime aussi parfaitement une boiterie réputée jusqu'alors incurable, mérite vraiment d'être conservée.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME

M. LABORDE, dans la seconde partie de son travail, étudie l'action préventive de la quinine dans le paludisme.

La séance est levée.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 278.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 29. — SAMEDI 7 MARS 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 7 MARS 1896. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'actinomycose humaine. — Sa fréquence en France : nécessité et moyens de la reconnaître; données cliniques; diagnostic et traitement (1).

Par L. Bérard,
Interne des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté.

VI

Actinomycoses thoraciques. — De même que dans l'actinomycose cervico-faciale, il y a dans ce groupe un type clinique habituel, capable de servir à une description schématique : c'est *la forme pleuro-pulmonaire*.

L'infection est primitive, par inhalation de poussières chargées de parasites, qui ont pénétré jusqu'aux bronches sans laisser plus haut de traces de leur passage; — ou bien, elle est consécutive à une lésion mycosique de voisinage, qui peut évoluer encore, ou être déjà guérie. Presque toujours alors, c'est d'un foyer buccal, ou pharyngo-laryngé, ou cutané-cervical que vient le champignon, et la route suivie par lui peut être le médiastin et le tissu cellulaire péribronchique, exceptionnellement la voie sanguine.

L'allure clinique, excessivement variable, peut faire penser à toutes les affections aiguës ou chroniques du poumon, jusqu'à ce que des grains jaunes aient été constatés dans les crachats ou dans le liquide des épanchements pleuraux.

Le début simule parfois celui d'une pneumonie franche, avec frisson violent, point de côté, et crachats rouillés au bout de trois ou quatre jours; mais le plus souvent, il est particulièrement insidieux, et tous les signes se bornent à de l'oppression modérée, quelques quintes de toux, des sueurs et de l'amaigrissement comme dans la tuberculose chronique : pourtant les hémoptysies précoces sont notées bien moins souvent ici.

Une fois les lésions établies, le malade rappelle encore davantage un phtisique à localisation pulmonaire compliquée de pleurésie. La pleurésie est sèche ou à épanchement séreux, qui devient ordinairement louche et purulent, parfois gangréneux (infections associées). Exceptionnellement, l'affection reste localisée pendant des années à la paroi des bronches, sans retentissement apparent sur le parenchyme pulmonaire : sept ans chez un malade de Canali, avec recrudescence des accidents en été (*forme superficielle* d'Israël).

Les seuls points à relever dans ce tableau banal sont : la *localisation plus fréquente des foyers indurés et plus tard des cavernes aux lobes moyen et inférieur du poumon*. Mais ce siège n'a rien de fixe, les ulcérations cavitaires mycosiques se rencontrent parfaitement aux sommets ; et, d'autre part, il faut se rappeler que les ectasies bronchiques et les foyers de gangrène pulmonaire ont une distribution analogue. La confusion avec ces dernières affections sera d'autant plus facile que, sauf exceptions rares, les crachats de l'actinomycose ont une odeur aussi nauséabonde que ceux des gangrènes, à cause des affections secondaires par les saprophytes. Un signe de diagnostic plus sérieux serait la *coexistence avec les symptômes pleuro-pulmonaires de phénomènes de médiastinite ou de tumeur du médiastin*, rétrocédant parfois avec une rapidité anormale par la médication iodurée, alors que toute autre thérapeutique était restée inefficace (Netter).

Plus tard, les foyers profonds diffusent de tous côtés ; ils gagnent de préférence la paroi thoracique. Les espaces intercostaux correspondant aux côtes moyennes sont soulevés, distendus, œdématiés; la consistance de leurs tissus augmente progressivement, jusqu'à atteindre l'induration ligneuse qui masque le squelette sous-jacent. Cette cuirasse modifie à un tel point les signes d'auscultation, qu'on peut avoir une matité de bois à la percussion, alors que les autres signes d'examen indiquent un épanchement pleural insignifiant.

Puis des points se ramollissent et s'ulcèrent. Après la formation des fistules, le stylet arrive rarement sur une surface costale dénudée; il s'enfonce, par contre, dans les parties molles à une profondeur et dans des directions telles que l'on peut soupçonner déjà des modifications considérables de la topographie des organes infectés. A ce moment, en effet, et sauf quelques exceptions où le parasite avait été déjà détruit dans la profondeur lorsqu'il arrivait à ulcérer les téguments, la plupart des viscères intra-thoraciques sont envahis à des titres divers. A l'autopsie d'un de ces malades on trouve, après section de la paroi, sillonnée par des traînées putrilagineuses jaunâtres, une masse baignant

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 253.

dans un liquide séro-sanguinolent ou purulent, et qu'il est difficile de détacher de ses adhérences multiples avec la plèvre pariétale épaissie. Cette masse est constituée par les poumons, le péricarde et les organes du médiastin, le tout encastré dans une coque sphacélée et creusé de cavernes à parois grisâtres. Il n'est pas exceptionnel de voir le myocarde lui-même infiltré par ces traînées ramollies, et en symphyse avec le péricarde, dont le séparent, par places, des épanchements enkystés; si bien qu'à détailler ces désordres, on ne peut croire à la tolérance relative de l'organe qui avait été constatée pendant la vie (Münch, König, Poncet).

A ces lésions si diverses, correspondront, naturellement, des symptômes essentiellement protéiformes. Et l'ensemble clinique sera encore plus compliqué lorsque le parasite sortira des limites du thorax. Il peut franchir le diaphragme, gagner le foie ou la rate préalablement fixés à ce muscle par des adhérences de péritonite chronique (Illich), descendre de là dans la loge rénale, et, comme l'a noté Israël, former des abcès intra-musculaires et sous-cutanés jusque dans la cuisse (forme dite pyohémique). Dans d'autres faits, l'envahissement s'opère vers le médiastin postérieur et la colonne; le surtout ligamenteux antérieur est ulcéré, les corps vertébraux dénudés et érodés. Parfois même, les lésions (souvent secondaires) creusent davantage, évident les vertèbres et détruisent les surfaces articulaires costo-vertébrales, sans toutefois aller jamais assez profond pour compromettre la solidité de la tige rachidienne et amener des déformations comparables à la cyphose pottique. C'est là la principale différence avec la tuberculose vertébrale, car les lésions méningées se retrouvent dans les deux affections; et divers chirurgiens ont relevé dans leurs autopsies de véritables pachyméningites externes actinomycosiques.

Aucun obstacle n'arrêtant la propagation des lésions le long des méninges et des parties molles prévertébrales, elles atteignent parfois, à travers la loge profonde du cou, la base du crâne; et l'actinomycose cérébrale peut constituer une complication, assez rare cependant, de l'actinomycose thoracique. Chez un malade de Schlange, les lésions progressèrent, au contraire, jusque dans les deux hanches, et l'on dut pratiquer une double résection.

Comment donc le clinicien s'orientera-t-il dans ce dédale? Le seul critérium pour lui est la constatation des grains jaunes : dans les crachats, dans les liquides pleuraux et dans les fongosités des fistules.

Dans les crachats, heureusement, leur apparition est précoce et leur recherche facile; de même que les bacilles tuberculeux, ils sont plus constants et en nombre plus considérable aux périodes du début, alors que l'expectoration est simplement catarrhale ou rouillée, et peu ou pas purulente. On ne confondra pas alors les éléments du parasite avec les fines bulles d'air qui les entourent, ou avec les concrétions muqueuses détachées des bronches : pour cela, les crachats seront examinés à contre-jour, dans un récipient transparent, reposant sur une surface noire, ou étalés d'emblée sur des lames de verre.

Le pronostic de cette actinomycose thoracique n'a rien de constant en ce qui regarde la durée. Quant à la gravité, les différences d'évolution entre les cas aigus et chroniques ont assez peu d'influence sur l'issue terminale : l'avenir de tous ces malades reste très sombre, malgré les faits publiés d'amélioration spontanée (Illich), ou des guérisons obtenues par l'iodure de potassium (Netter). S'ils ne sont pas emportés brusquement par des accidents pleuro-pulmonaires, ou par des hémorragies foudroyantes, dues à l'ulcération des vaisseaux du poumon et du médiastin, ils meurent de généralisation ou de cachexie. En effet, à part les formes nettement secondaires où la présence d'ulcérations cutanées et la connaissance préalable d'autres localisations viennent donner l'éveil, les lésions ont le temps d'envahir profondément les organes essentiels avant que le diagnostic ne soit posé et qu'on ne songe à les enrayer : alors le chirurgien peut encore inciser les trajets fistuleux des parois thoraciques et évacuer les épanchements pleuraux, mais il ne saurait poursuivre à la curette les fongosités qui infiltrent le médiastin et les viscères; aussi la maladie évolue-t-elle à peu près fatalement, si l'on n'est pas intervenu rapidement. L'iodure de potassium, à la rigueur, tuera l'actinomyces, quoiqu'il soit impuissant contre lui in vitro; mais il sera sans action sur les microbes des infections surajoutées, et ces infections entraîneront la mort par septicémie chronique.

VII

Formes abdominales. — Nous avons vu que, suivant les auteurs, leur fréquence était diversement appréciée, de 12 (Sokolow) à 37 p. 100 (Gudder). On ne l'a pas encore décrite spécialement en France; Grill, en Allemagne, vient d'en publier (1895) une étude d'ensemble d'après 111 cas recueillis à diverses sources. D'après lui, parmi tous les organes de l'abdomen, ceux qui entrent dans la constitution de l'appareil digestif sont à peu près exclusivement les seuls touchés (c'était à prévoir par l'étiologie), mais avec une prédominance très remarquable pour le cæcum et l'appendice, où stagnent toujours plus ou moins longtemps les matières, et où s'arrêtent si souvent les corps étrangers ingérés (1). L'œsophage, l'intestin grêle, le côlon et le rectum ont été atteints exceptionnellement (Ponfick, Soltmann, Rotter, Illich, Wassilieff); et l'une des quatre observations personnelles de Grill est précisément la première publiée d'actinomycose de l'estomac, avec autopsie. Par contre, *les typhlites, pérityphlites et appendicites mycosiques* ne se comptent plus; on doit les connaître aujourd'hui aussi bien que les typhlites ou appendicites tuberculeuses.

Quel que soit le point de l'intestin qui est lésé, les désordres peuvent se cantonner à la muqueuse et à la sous-muqueuse ulcérées, décollées de la couche musculaire par des traînées de sphacèle où l'on trouve des grains purs au milieu des débris des tuniques; ces lésions se traduisent par des symptômes d'entérite avec coliques, diarrhée, et, en général, de péritonite subaiguë, localisée autour des foyers. Ces accidents sont rarement très aigus; habituellement, ils restent latents ou mal définis pendant plusieurs semaines, et, à cause de l'état général souvent mauvais, et de la localisation des douleurs et du ballonnement, surtout autour du cæcum, on croit à une poussée appendiculaire ou à une fièvre typhoïde de type anormal. Pendant ce temps, le parasite a forcé les parois de l'intestin et cheminé dans les adhérences qu'il avait déterminées tout autour : alors apparaît en un point de l'abdomen un empâtement œdémateux, douloureux et dur, trahissant un phlegmon né autour des

(1) Cart rapporte, dans les *Archives générales de médecine* (1894), un cas d'actinomycose appendiculaire, où l'on trouva à l'incison de l'appendice un grain de blé enchâssé dans la muqueuse et garni de filaments du parasite.

tuniques intestinales, adhérentes entre elles ou à la paroi. Pourtant, l'actinomycose limitée aux parois de l'intestin, quoique rare, peut s'observer.

Ces phlegmons, dus probablement à des infections mixtes par association à l'actinomycose des nombreuses bactéries de l'intestin, sont susceptibles d'évoluer vers les régions les plus diverses : si le plus souvent ils viennent pointer à l'ombilic ou au-dessus de l'arcade de Fallope droite, on les a pourtant vus décoller en arrière le péritoine, envahir la loge du psoas, la loge rénale, le médiastin. Ou bien, ils fusent au contraire dans les régions déclives du bassin [cas de Rotter (1886), actinomycose du tissu cellulaire pelvien ayant débuté probablement par le rectum], y simulant des collections pelviennes, qui vont s'ouvrir dans la vessie, le rectum ou le vagin, et quelquefois descendent dans la fesse et la cuisse.

A ces envahissements secondaires doivent être, sans doute, rapportées les prétendues localisations primitives dans les organes urinaires (Samter, Zemann). Cependant on a vu à la surface du rein des noyaux jaunes simulant des infarctus, et sans aucun rapport de contiguité avec les autres foyers (Illich) : lorsque des coupes furent faites, on n'y trouva pas toujours d'actinomyces (Poncet). Au contraire, Birsch Hirschfeld, dès 1882, figure, dans son traité d'anatomie pathologique, un rein envahi secondairement et dont la presque totalité est transformée en cavernes, tapissées de grains jaunes : dans de telles formes, *le parasite sera constaté dans les urines*. Le plus souvent, quand il s'y trouve, il a pénétré directement dans la vessie par ulcération (Illich).

Jusqu'ici donc, rien de particulier ; le diagnostic de nature ne sera possible qu'après l'examen du pus des collections ; quant au diagnostic d'origine, il restera souvent en suspens, que l'on ait affaire à une simple entérite subaiguë ou à un plegmon appendiculaire.

Les cas chroniques sont beaucoup plus fréquents; le point de départ des accidents reste encore cæcal ou appendiculaire. Grill distingue dans leur évolution trois périodes : début, formation de la tumeur, ulcération et fistules. Ici plus de signes orageux pendant la période initiale, mais des malaises si peu nets que, souvent, l'attention du médecin n'est éveillée que par l'infiltration diffuse, indolore ou non, de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque. Pourtant Lemann, Ransom, ont établi la possibilité d'un diagnostic plus précoce par la *constatation du parasite dans les selles*.

La tuméfaction, au début, présente la dureté d'un néoplasme et en imposera pour un fibrome de la paroi (voisinage de la crête iliaque) ou plutôt pour un cancer du cæcum infecté avec phlegmon chronique, jusqu'à ce que la suppuration ramollisse certains points et détermine l'ouverture de fistules, d'où s'écoulera un pus fétide chargé de grains jaunes. L'erreur sera d'autant plus facile que la masse inflammatoire qui circonscrit le foyer peut, comme une tumeur, déterminer des accidents graves de compression nerveuse et de stase sanguine dans le membre inférieur correspondant; l'ulcération des vaisseaux iliaques ou de leurs rameaux est possible. Pour augmenter l'embarras, il arrive que le pus des fistules ne renferme plus d'actinomyces, mais seulement des saprophytes de l'intestin (surtout le bacterium coli) : il faut alors, pour trouver des grains jaunes, recueillir et dissocier soigneusement les fongosités qui tapissent les fistules, sans garantie certaine de réussite d'ailleurs.

L'envahissement des organes voisins, quoique plus lent que dans la forme subaiguë, s'observe aussi fréquemment. Enfin des poussées inflammatoires franches peuvent se produire au cours de l'évolution. Il est inutile d'insister sur la grande ressemblance de ces faits avec les prétendues tumeurs chroniques du cæcum infectées, dans lesquelles on a récemment reconnu de la tuberculose pour la plupart des cas (Pilliet).

L'actinomycose abdominale avait été considérée d'abord comme d'un pronostic particulièrement grave, avec mort presque fatale par péritonite ou cachexie septicémique. C'est que tous les faits où la guérison des lésions intestinales s'était produite sans ulcération extérieure étaient passés inaperçus; Grill, sur les 111 cas réunis par lui, compte 45 morts, 22 guérisons définitives et 10 améliorations nettes sur des malades suivis pendant plusieurs mois, qui n'avaient pas été tous traités à l'iodure.

Il est remarquable que ces phlegmons chroniques péricæcaux, d'origine mycosique, soient assez rarement suivis de fistules pyosternales, même quand la peau à leur niveau est criblée en pomme d'arrosoir par les ulcérations superficielles : souvent l'évacuation du foyer par incision et curetage suffit à amener la guérison. Cette évolution favorable trouve sa raison dans une disposition des lésions constatée à l'autopsie; la muqueuse intestinale, après avoir été infectée par le parasite et ulcérée, se cicatrise après le passage de ce dernier, sinon totalement, du moins assez pour qu'il n'existe plus entre la collection et l'intestin qu'une communication du diamètre d'une tête d'épingle. Ce fait est à rapprocher de l'intégrité habituelle de la muqueuse buccale dans les actinomycoses temporo-péri-maxillaires.

VIII

Formes cutanées. — Il est très difficile de délimiter exactement ce qui leur revient parmi les faits d'ulcérations de la peau dues à l'actinomyces. La majorité des observations rangées sous ce titre ont trait à des lésions cutanées secondaires à des foyers profonds et n'ont de valeur qu'au point de vue anatomo-pathologique. Les vraies formes cutanées évoluent au niveau même du point où le parasite a été inséré sous les téguments, comme dans les faits de Braatz (ulcérations du sacrum par une paillasse moisie), de Bertha et Kœhler (ulcérations de la main chez des batteurs de blé), de Partsch (inoculation par les instruments dans la plaie opératoire d'un cancer du sein : actinomycose développée sur la cicatrice), enfin de Majocchi et Taburet. Plus souvent encore le parasite pénètre immédiatement dans le tissu cellulaire sous-cutané et y évolue (Illich) : tel le cas de MM. Nocard et Lucet, où un phlegmon mycosique de la cuisse était apparu consécutivement à un coup de pied de cheval.

Naturellement, c'est la peau du visage, des mains et des régions découvertes qui sera le siège habituel des lésions, consécutives à une piqûre ou à une contusion par outils infectés, etc.

Dans les cas les plus simples, il peut se former seulement une tourniole ou un petit abcès sous-épidermique, au point inoculé, avec des grains jaunes dans le pus; mais presque toujours autour de la collection primitive proéminent d'autres nodules, d'abord résistants, plus tard ramollis et

suppurés et parsemant de fistules la zone d'induration qui infiltre les téguments voisins : *forme anthracoïde* de Majocchi. La peau, avant de s'ulcérer au sommet des nodules, est amincie et violacée, décollée des surfaces voisines qui s'inoculent progressivement : si bien que Leser a *admis un lupus actinomycosique*, à tendances envahissantes, continues, non seulement périphériques, mais aussi en profondeur. D'autres fois, la petite collection primitive est insignifiante, mais elle laisse après son évacuation des ulcérations d'une chronicité désespérante, à bords décollés, livides, et dont le fond gris rougeâtre, putrilagineux, est atone et semé de granulations à éléments jaunes caractéristiques : *forme ulcéreuse de Leser*.

Tous ces malades guérissent, en général, rapidement après une intervention locale (incision, grattage). Pourtant, avec Leser, dans deux cas, Kœhler a constaté des cordons sous-cutanés suppurés, qui se prolongeaient jusqu'aux muscles et au squelette ; le même auteur a noté la terminaison par septicémie suraiguë. Lorsque les lésions sont guéries, la cicatrice cutanée a conservé un aspect lisse et une sécheresse spéciale dus à l'atrophie du derme et surtout à la disparition des glandes sudoripares, des glandes sébacées et de leurs poils (Kaposi). ....

IX

Diagnostic. — Cette description clinique, forcément si peu homogène, fait pressentir toutes les difficultés dont peut être entouré le *diagnostic*, à cause de la présence possible des lésions dans toutes les régions de l'organisme, de leur évolution insidieuse tant qu'elles restent profondes et de leur hybridité lorsqu'elles apparaissent à l'extérieur : « Mélange de lésions inflammatoires et néoplasiques qui, souvent, fait penser à de la scrofulo-tuberculose, mais surtout donne l'apparence de maladies qu'on n'a pas l'habitude de voir » (Poncet).

Presque toujours des lésions en évolution sur des points cicatrisés viennent encore ajouter à la complexité de la maladie : heureusement c'est cette complexité même qui, parfois, met sur la voie du diagnostic. Quand un malade, sans antécédents tuberculeux ni syphilitiques, vigoureux jusque-là, présente en quelque région ces masses indurées qui semblent fixer toutes les parties molles au squelette, comme un capiton semé irrégulièrement de points ramollis et de fistules nombreuses, d'où partent des fusées pour déformer et raviner comme à plaisir les contours voisins, c'est à l'actinomycose qu'il faut immédiatement penser, même avant la constatation des grains jaunes. Et cette éducation de l'œil ne saurait être trop recommandée ; car, nous l'avons vu, le contrôle par le grain jaune peut faire défaut et il peut être impossible de retrouver aucun élément parasitaire ; dans ces cas, la pierre de touche parfois sera la réaction du malade à l'iodure de potassium, lorsque les antécédents sont suffisamment connus pour que la vérole soit mise hors de cause.

Nous ne reviendrons pas sur chacune des formes cliniques, ni sur les confusions auxquelles elles peuvent donner lieu et qui ont été envisagées au cours de l'étude des symptômes. Dans cet aperçu d'un diagnostic général, il importe surtout de discuter les questions fondamentales, que le médecin se posera dans l'examen d'un malade soupçonné d'actinomycose :

A-t-on affaire à une tumeur ? Est-ce au contraire de l'inflammation chronique ? Les produits qui s'écoulent des fistules sont-ils de vrais grains jaunes ? ...

Les tumeurs que simule l'actinomycose seraient, d'après leur aspect, des tumeurs malignes surtout : limitation diffuse, englobement des organes voisins, envahissement des téguments. Exceptionnellement seulement une de ces actinomycoses, dites néoplasiques limitées, pourra en imposer pour un fibrome ou un fibro-sarcome à évolution très lente et alors il faut absolument la découverte du grain jaune pour trancher la difficulté. Mais dans les cas habituels, l'évolution toute spéciale de cette apparente tumeur maligne doit donner l'éveil : avant l'ulcération des téguments, et alors que l'on hésiterait en faveur du sarcome dans les tissus parostaux des régions massétérines, costales ou iliaques, la diffusion exagérée des limites du processus, l'empâtement trop considérable à distance, la prise rapide des téguments et la présence fréquente d'indurations cicatricielles au voisinage seront autant de signes anormaux.

Dès que l'ulcération s'est produite, elle donne plutôt l'impression d'un épithéliome : mais les malades sont souvent jeunes, l'adénite exceptionnelle, les ulcérations rarement uniques et sans tendance envahissante par elles-mêmes ; elles gardent les mêmes dimensions pendant des semaines ; on en voit qui se ferment, tandis que d'autres s'ouvrent à côté, sans que l'état général semble toujours très affecté par ces désordres locaux. Cette amélioration possible et cette tolérance de l'organisme sont inconnus dans le cancer.

Si, au contraire, ce sont les accidents inflammatoires qui dominent la scène, le diagnostic se discute avec la tuberculose ou la syphilis et les phlegmons chroniques. Alors les antécédents et les troubles concomitants auront une importance capitale : dans la vérole et surtout dans la tuberculose, les lésions ganglionnaires ou osseuses antérieures sont presque constantes et laissent, après elles, des cicatrices vicieuses, des hyperostoses ou d'autres déformations squelettiques. Avant l'ulcération de la peau, les gommes mycosiques ne sont pas aussi nettement circonscrites et elles sont plus indurées dans leur ensemble que les gommes syphilitiques ; elles ne présentent pas à distance, comme les nodosités lupiques, un piqueté de tubercules cutanés, séparés des lésions principales par des intervalles parfois considérables de tissus absolument sains. Ici les points ramollis reposent, en général, sur des plastrons résistants. Les ulcérations ont une disposition et des formes essentiellement capricieuses et quand elles débutent par les téguments, elles gagnent en profondeur beaucoup plus vite encore que vers la périphérie (Leser). Que les fistules s'ouvrent au fond de cratères ou, au contraire, au sommet d'élevures, elles auront des bords moins à pic que les ulcérations syphilitiques, moins décollés que les tuberculeuses ; leur trajet diffère de celui de ces dernières en ce que, même très profondes, elles conduisent rarement sur un os raréfié, avec séquestres.

Mais, en dernière analyse, après que ces caractères ont été établis par l'observation purement clinique, c'est la recherche du vrai grain jaune qui importe et sa distinction d'avec les produits organiques analogues que l'on rencontre si souvent dans les phlegmons chroniques. Or cette recherche peut donner lieu à deux sortes d'erreurs : ou bien *on laisse passer inaperçu le grain quand il existe*, ou *on prend pour des grains diverses agglomérations d'éléments organisés ou non.*

On risque de méconnaître le parasite quand on s'attend à

trouver un grain volumineux, toujours facilement visible à l'œil nu, d'une couleur jaune intense, et qu'on le recherche dans du pus ou des crachats exposés à la putréfaction depuis plusieurs jours. Il faut savoir que le grain actinomycosique est essentiellement variable dans ses dimensions et sa coloration : il peut être aussi fin qu'une pointe d'épingle ou égaler en grosseur une graine de pavot ; sa nuance va du gris à peine teinté au brun presque noir, en passant par le jaune et le roux, suivant qu'il a été plus ou moins altéré par les produits de réaction cellulaire ou d'infection secondaire. La désintégration, commencée dans les tissus infectés, peut se terminer rapidement dans les liquides et les fongosités avec lesquels il a été expulsé. Donc, pour réunir toutes les chances de succès dans un tel examen, on devra le pratiquer tôt et soumettre au microscope tous les éléments suspects, en portant surtout son attention sur les caillots formés autour des fongosités et dus à l'hémorragie presque constante lorsqu'on ouvre au bistouri les foyers en voie d'ulcération (Dor).

On évitera ainsi l'autre erreur, qui consiste à prendre, pour des actinomyces, différents produits organiques et d'autres champignons pathogènes.

Les produits organiques qui ont donné lieu surtout à des confusions sont, dans les crachats, les cristaux de leucine (Lösch), les fragments de fibres élastiques et les débris cellulaires (Copen Jones) chez les tuberculeux ou les malades atteints de gangrène du poumon ; les concrétions muqueuses en grain de semoule, provenant des bronches des asthmatiques ou des glandes laryngées enflammées. Tous ces produits se déposent rapidement dans les couches inférieures du crachoir, comme les grains, et autour des grains trop souvent, lorsque ceux-ci existent.

Dans le pus, quelle que soit sa provenance, il y a presque constamment des granulations ; surtout dans le pus de lésions suspectes : toutes les anciennes périostites alvéolodentaires, où les concrétions buccales (aliments, tartre) s'ajoutent au produit des fistules muqueuses ; la plupart des abcès ossifluents à séquestres parcellaires et à magma caséeux plus ou moins grumeleux ; enfin les suppurations des cancers ulcérés cutanés ou profonds (surtout dans les épithéliomas sébacés à noyaux multiples et vermiotes des épithéliomes pavimenteux lobulés), ou de tumeurs kystiques anciennes et en voie de dégénérescence [vieux goitres à noyaux calcaires, kystes dermoïdes, loupes, etc. (1)].

Nous ne faisons que signaler les petits grains nacrés et résistants des tumeurs perlées, surtout notés dans le testicule et le sein, localisations exceptionnelles pour l'actinomycose, et les éléments analogues des tumeurs à tissus multiples.

Deux sortes d'épreuves pourront être utilisées pour ce diagnostic : la dissociation et l'étalement du grain jaune, l'examen microscopique après coloration.

La dissociation à elle seule suffit souvent (Dor). Si l'on peut isoler à l'anse de platine ou au bistouri, dans des crachats, des caillots ou du pus, des grains à contours assez nets, qui se dépouillent de leur enveloppe muco-purulente sans s'écraser, malgré des frictions assez fortes et qui ne donnent pas sur la lamelle de verre ces contacts durs et la sensation désagréable des particules osseuses ou calcaires, il y a de grandes chances pour qu'on trouve là des éléments mycosiques. La plupart des autres granulations, en effet, se réduisent alors en une bouillie ou en filaments muqueux sans structure reconnaissable.

(1) V. Dor. Les grains jaunes, en cours de publication in *Lyon méd.*, 1896.

S'il reste des doutes, une immersion rapide dans la potasse, suivie de la coloration extemporanée au picrocarmin et du contrôle au microscope, les dissipera. La théorie et la technique ont été exposées plus haut.

Mais il n'est pas aussi simple de se prononcer quand le grain est constitué par d'autres moisissures. Nous sommes amenés ainsi à parler des *pseudo-actinomycoses*, groupe dans lequel on a rangé les lésions les plus diverses et par leur élément causal, et par leur évolution.

Certains de ces agents ont été rencontrés exceptionnellement à titre isolé, au cours d'affections pulmonaires. Aussi, suivant les besoins de la cause, les avait-on incriminés également dans les pseudo-tuberculoses. Tel l'aspergillus niger (Wheaton) ; le leptothrix (Affanasseff, Coppen, Jones) ; le cladothrix, etc..., et tous les autres hôtes habituels de la bouche et du pharynx, dont l'intervention est si importante dans les accidents d'infections secondaires. Ces diagnostics de laboratoire n'ont qu'un intérêt relatif en pratique, à cause de leur rareté. Pourtant on arrive à les établir rapidement, d'après les grands caractères morphologiques de l'actinomycose, qui est le seul de ces organismes à posséder des massues, et qui se distingue, en outre (coloration au Gram) : du leptothrix par un mycélium à éléments plus épais et moins longs, ramifiés ou non, — du cladothrix, par ce fait que, lorsqu'il est ramifié, ce qui est rare au sein du grain jaune, il possède une ramification vraie, et non pas seulement une apparence de ramification, par simple accolement de bâtonnets. Pour l'aspergillus, il ne peut y avoir ni au microscoque, ni en cultures, de confusion possible.

Où l'on est vraiment embarrassé, c'est lorsque le parasite pathogène appartient au même groupe que l'actinomycose, c'est-à-dire aux *Oosporées*. Sauvageau et Radais (1892), puis Sabrazès et Rivière (1895), ont ainsi trouvé dans des abcès du cerveau et des foyers broncho-pleuro-pulmonaires, l'*Oospora asteroïdes*, que l'on différencie seulement par l'aspect des cultures sur milieu solide : cultures à contours étoilés, tandis que celles d'actinomycose sont des masses granuleuses irrégulières.

A côté de cette curiosité pathologique, se place une affection beaucoup plus commune, due, elle aussi, à une Oosporée, classée encore par Guermonprez et Bécue dans l'actinomycose vraie, et qui a en été définitivement distraite par M. Blanchard, dans le *Traité de pathologie générale*, de Bouchard : c'est le *Pied de Madura* (Streptothrix Maduræ, ou Nocardia Maduræ).

Ainsi dénommée parce qu'elle est surtout fréquente aux Indes, elle a pourtant été observée dans les possessions françaises du Sénégal, de la Cochinchine et de l'Algérie (Gémy et Vincent).

Elle débute par les téguments du pied, d'abord sous la plante, puis se propage à la face dorsale. La peau est le siège d'un gonflement diffus et indolore ; puis apparaissent des nodosités dont le développement est précédé de vives douleurs : dures, plus tard ramollies, elles s'ulcèrent enfin et donnent écoulement à un liquide sanieux et fétide, pauvre en globules de pus, mais où se trouvent constamment des corpuscules jaunes ou noirs. Au bout d'un temps variable, le squelette du pied est pris, les muscles de la jambe atrophiés, et on a pu voir le genou, et même la main, envahis : c'est l'exception, car presque toujours la lésion reste locale, quelque gravité qu'elle présente. L'engorgement ganglion-

naire est habituel. L'évolution, très lente, s'accomplit en plusieurs années.

L'absence d'adénite déjà distingue l'actinomycose, de même que la diffusion. Mais où les différences sont plus nettes, c'est dans la biologie de l'élément parasitaire. Le Pied de Madura peut être causé par deux variétés de champignons, l'une à grains jaunes, l'autre à grains noirs. Ces deux variétés n'évoluent jamais chez un même malade, et ne se transforment pas l'une dans l'autre. C'est la jaune que Kanthack, après Carter (1886), avaient identifié à l'actinomycose : pourtant les grains sont plus gros, le réseau mycélien plus volumineux, et les massues plus rares; les filaments, ramifiés habituellement, ne sont pas cloisonnés par des espaces clairs. Enfin, les cultures sur bouillon auraient des caractères macroscopiques différents.

N'oublions pas, pour en finir avec les pseudo-actinomycoses, ou plutôt avec les actinomycoses à type anormal, que le champignon peut se greffer sur des lésions déjà préexistantes, soit ulcéreuses simples, soit tuberculeuses : dans ce dernier cas, la constatation simultanée du bacille de Koch et de l'actinomyces peut seule éclairer le diagnostic. Et encore pas toujours : Fischel n'a-t-il pas démontré que les cultures de tuberculose, soit humaine, soit aviaire (Prague, 1893), présentent parfois des éléments ramifiés et même des massues, en tout comparables à l'actinomyces?

X

A propos de chaque forme, le *pronostic* spécial a été envisagé; quant au pronostic général, ainsi que le fait remarquer Chrétien, le courant des opinions à ce sujet s'est modifié : les premiers cliniciens qui observèrent la maladie furent très sévères, car ils étaient frappés surtout par les formes graves; de nombreux cas bénins échappaient à leur diagnostic.

Lorsque les différentes formes eurent été mieux étudiées, et que Thomassen eut établi l'efficacité de la thérapeutique à l'iodure (1885), on revint de cette première impression fâcheuse, et au Congrès allemand de chirurgie, de 1892, Schlange et Garré basaient leur pronostic très optimiste sur deux séries, l'une de 30 observations, sans morts; l'autre de 20, avec 2 morts.

Il faut pourtant en revenir de cette sécurité trompeuse; Jirou, dans sa thèse (1894), arrive à une mortalité générale de 44 p. 100, avec une gravité décroissante, en allant de l'actinomycose du cerveau à l'actinomycose cutanée :

Forme	cérébro-méningée,	mortalité	100 p. 100.
—	broncho-pulmonaire,	—	83 p. 100.
—	abdominale,	—	71 p. 100 (1).
—	des membres,	—	33 p. 100.
—	cervico-faciale,	—	11 p. 100.
—	cutanée,	—	3 p. 100.

Il y a lieu d'établir des distinctions, surtout relativement au siège, à la diffusion des lésions, et surtout aux infections secondaires. Sans parler de ces actinomycoses cutanées, dont la guérison spontanée est fréquente, et la récidive exceptionnelle après ouverture des foyers, on sait, aujourd'hui, que l'actinomycose abdominale n'est pas excessivement grave si le parasite, sorti de l'intestin, limite son action au tissu cellulaire voisin et aux couches sous-cutanées. Ce qui fait, au contraire, la gravité de la plupart des localisations thoraciques, c'est qu'elles débutent dans le poumon, dont elles envahissent rapidement de vastes surfaces, pour englober plus tard les plèvres et le cœur; c'est de même le voisinage des méninges et du cerveau qui explique l'énorme proportion de morts relevées (8 sur 16 cas), dans l'actinomycose de la région maxillaire supérieure.

Dans les propagations, il y a lieu de redouter, autant que le parasite, tous les micro-organismes auxquels il a ouvert la voie et qui poursuivent leurs désordres, même après sa disparition : à l'autopsie d'un malade de M. Poncet, mort d'actinomycose thoracique, il fut impossible de retrouver un seul grain jaune dans les foyers de pleurésie, de péricardite et de broncho-pneumonie.

Un dernier élément à considérer enfin, c'est la *virulence variable de l'agent infectant.* Israël avait indiqué l'importance de ce facteur dans la description de la « forme pyohémique ». Plus tard, Pflüg, à son tour, publia un cas d'actinomycose miliaire aiguë. Enfin, c est par cette différence de virulence, sinon par la différence de nature que l'évolution de la maladie chez le bœuf, est si peu comparable à ce que l'on voit chez l'homme. A côté du pouvoir infectant absolu du parasite intervient la réceptivité spéciale du milieu. Une dernière preuve à l'appui de cette idée est fournie par les résultats si peu comparables, suivant les cas, obtenus par le traitement à l'iodure de potassium. A côté des formes curables ainsi, il en est qui résistent indéfiniment à cet agent, alors même qu'elles intéressent des régions superficielles et qu'elles restent limitées; aussi, *peut-on légitimement distinguer des actinomycoses malignes et des actinomycoses bénignes d'emblée* (Poncet).

XI

Traitement. — Malgré l'efficacité de la thérapeutique actuelle dans nombre de cas d'actinomycose réputés autrefois incurables, le pronostic de cette affection, même traitée, reste néanmoins encore trop grave pour qu'on ne cherche à s'en prémunir par une *prophylaxie* sévère.

D'après les renseignements étiologiques que nous possédons, nous devons nous mettre en garde surtout : contre les inhalations de poussières chargées de débris végétaux, contre l'ingestion de céréales ou de viande d'animaux infectés, contre l'inoculation cutanée directe, enfin, par un corps chargé de parasite. De ces trois modes d'infection les plus habituels, le second est le plus fréquent de beaucoup; aussi, est-ce du côté de l'hygiène alimentaire, et surtout du côté de l'hygiène de la bouche que portera l'attention.

Contre les inhalations de poussières, souvent nous sommes désarmés. On sait combien est relativement élevée la proportion des actinomycoses pleuro-pulmonaires au moment du battage des céréales (Boström); or, si les graines sont contaminées, l'infection sera presque fatale, lorsque cette opération sera pratiquée pendant un temps assez long dans une atmosphère confinée. Aussi, est-ce un argument à ajouter aux nombreuses autres raisons d'hygiène, pour préconiser le battage et surtout le vannage au grand air; ou, quand cela est impossible, pour recommander le port du masque grillagé, protecteur de la bouche et des narines. Ces précautions s'étendraient aux diverses industries où l'on utilise les pailles brutes, et où l'on trie mécaniquement les graines.

Contre l'inoculation cutanée, les prescriptions sont celles

(1) Seulement 41 p. 100 pour Grill.

qui concernent toute blessure par un corps suspect. Il faudra se méfier des contusions et des écorchures par contact prolongé avec les bestiaux malades, ou avec les objets contaminés par eux : pièces de harnachement, outils. Ce mode de contagion est surtout à redouter après des contacts durables, journaliers, et ne s'exerce guère que sur les cultivateurs, valets d'écurie, etc.; pourtant, le malade de MM. Nocard et Lucet avait été inoculé par un simple coup de pied de cheval. Dans ces conditions, toute érosion des téguments devra être lavée au sublimé, le plus efficace des antiseptiques courants contre le parasite, et pansée soigneusement.

Reste la contagion par la voie buccale, d'autant plus à redouter qu'elle est inconsciente, surtout pour l'ingestion des céréales : c'est un brin d'herbe ou une graine mâchonnés distraitement, qui éroderont la muqueuse et ouvriront le chemin au champignon contenu dans leur intérieur, ou iront se loger dans une dent cariée, dans l'interstice de dents saines, dans les sillons alvéolaires, dans les cryptes amygdaliennes. Les précautions les plus élémentaires, et la pratique habituelle de la toilette des dents et de la bouche, sont ici d'utilité première. Elles ne préviendront pas toujours, pourtant, l'infection par des viandes contaminées, puisqu'elle peut porter primitivement sur l'intestin.

Heureusement, ce deuxième type d'infection d'origine animale, par les viandes de boucherie, est aussi rare que le premier, par contact avec les animaux vivants malades : c'est que les parties destinées à l'alimentation sont, en général, saines, sauf la langue. Aussi, M. Nocard conseille-t-il de détruire seulement les tissus infectés; on réserverait l'interdiction absolue de la vente, recommandée par M. Arloing, ici comme dans la tuberculose, pour les cas particulièrement graves, où les lésions se sont étendues par continuité ou par embolie, aux viscères et aux masses musculaires. En tous cas, toute viande suspecte sera soumise à une cuisson parfaite : il faut une température prolongée de 70 degrés, pour arrêter définitivement la végétation du mycélium, et plus de 140 degrés pour détruire les spores.

Une constatation rassurante pour nous, Français, est la faible proportion des animaux de boucherie de provenance indigène infectés; le résumé des statistiques de M. Choux, dans sa Revue générale, l'amène à cette conclusion que, parmi le bétail qui peut être destiné aux abattoirs, en France, le nombre des cas d'actinomycose ne dépasserait pas 2 à 3 p. 1000. Il y a loin de ce compte aux résultats obtenus à l'étranger; Ivanow a relevé 2000 cas aux abattoirs de Moscou, dans l'espace de deux ans, et Crookshanck admet une proportion de 8 p. 100 dans certains districts de l'Angleterre. Au Hanovre, enfin, Jensen rapporte que l'affection a déterminé de véritables épizooties. C'est à juste titre que M. Lereboullet a signalé le danger de l'importation des viandes étrangères, surtout américaines, insuffisamment contrôlées.

Il faudrait sortir du cadre de cette étude, pour indiquer les principaux signes présentés par les animaux actinomycosiques; la description parfaite se trouve aujourd'hui dans tous les traités de médecine vétérinaire. Là encore la découverte du grain jaune sera le criterium habituel du diagnostic.

Si, malgré les soins prophylactiques, ou faute de les avoir pris, un cas d'actinomycose est constaté chez un malade, quelles que soient la forme et la localisation, il faut immédiatement *instituer le traitement de l'iodure de potassium*. Depuis que Thomassen (d'Utrecht), en 1885, eut constaté les effets merveilleux de ce médicament, absorbé à l'intérieur et associé ou non aux frictions de teinture d'iode, sur le bétail infecté, de nombreuses statistiques, en Europe et en Amérique, confirmèrent l'efficacité de la méthode, avec des proportions de 71 à 80 p. 100 de guérison. C'est de même en Hollande qu'elle fut introduite définitivement dans la thérapeutique humaine, par Van Iterson et Salzer, en 1892, bien que, dès 1891, en France, MM. Darier et Gauthier aient utilisé la pénétration électro-chimique des éléments de l'iodure de potassium dans les tissus, pour un cas d'actinomycose faciale.

Généralisée aujourd'hui, cette administration méthodique de l'iodure se pratique d'après les mêmes règles que dans la syphilis; début par des doses de 2 à 3 grammes, portées progressivement jusqu'à 6 ou 8 et maintenues à ce taux pendant quinze à vingt jours, malgré les légers accidents d'hypersécrétion ou d'irritation muqueuses possibles. Puis suspension définitive, ou pour reprendre au bout d'une semaine si les lésions continuent à évoluer. En général, les cas moyens sont guéris après cinq ou sept semaines du traitement, souvent moins, exceptionnellement plus. Comme chez les animaux, on voit peu à peu les fistules se circonscrire puis se tarir, les nodosités s'affaisser sans se ramollir et les plastrons indurés diminuer d'étendue pour revenir à la consistance des parties voisines saines; les œdèmes de voisinage sont souvent les premiers à disparaître. Les ulcérations guéries laissent après elles une cicatrice blanchâtre, parfois difforme, mais qui n'est pas forcément adhérente aux plans profonds; les grains jaunes disparaissent bien avant les fongosités (Nocard, Netter, etc.).

Quel est donc le mécanisme par lequel agit ce médicament? Toutes les hypothèses ont été faites, aucune confirmée absolument. Ce qu'il y a de singulier, c'est que *in vitro* l'iodure, même à des proportions de 1 p. 100, reste sans influence aucune sur la végétabilité et la virulence des cultures de l'actinomyces dans ses différents milieux; gélatine [Nocard, Dubreuilh et Bérard (Bordeaux)], bouillon et céréales (Dor).

Il ne faut donc pas s'étonner que, dans les cas où le parasite est doué dans les tissus d'une virulence suffisante, le précieux remède lui aussi soit impuissant. M. Poncet surtout a insisté sur cette résistance à l'iodure de ces actinomycoses « malignes d'emblée »; dans les seuls 16 cas lyonnais, 6 fois la mort est survenue malgré l'institution du traitement à l'iodure dès le diagnostic posé. Les localisations étaient : laryngée, 1 fois; thoracique pleuro-pulmonaire, 2 fois; temporo-maxillaire, 2 fois; nécrosante maxillaire, 1 fois. La mort eut pour cause trois fois des accidents cérébro-méningés et 3 fois des phénomènes pulmonaires et septicémiques.

Jusqu'à présent donc, d'après l'ensemble des observations lyonnaises, il ne semble pas que l'iodure de potassium donne des résultats aussi satisfaisants dans l'actinomycose humaine que dans l'actinomycose animale. Dans plusieurs observations de M. Poncet, où les malades ont succombé, le foyer initial de la maladie, après un traitement ioduré prolongé, a paru plus ou moins guéri. Mais ici il est difficile de faire la part qui revient au traitement local (incision, abrasion des tissus malades, etc.), et cependant les malades ont succombé avec des foyers actinomycosiques métastatiques, dont la marche n'avait pu être enrayée par la médication iodurée.

Le médecin n'est donc pas autorisé, comme le prétendent MM. Guermonprez et Bécue, à rester simple spectateur de

l'évolution de la maladie, en s'en remettant aux propriétés de l'iodure. Il doit au contraire intervenir localement toutes les fois que les lésions peuvent être atteintes par lui; les beaux résultats de MM. Schlange et Garré le prouvent. A ce point de vue, on peut distinguer des *formes limitées et diffuses*, *superficielles et profondes*.

Dans les *formes limitées superficielles*, s'il n'y a *pas encore d'ulcération*, ni de signes de suppuration (actinomycoses néoplasiques rares) la masse indurée doit fondre rapidement par l'iodure à l'intérieur, au même titre que les gommes syphilitiques à cette période. Localement pourtant les injections interstitielles dans les tissus malades peuvent trouver leur indication : sublimé 1 p. 1000 à 1 p. 100 (Illich, Linden), teinture d'iode (Israël), naphtol camphré iodé (Reboul), chlorure de zinc (8 p. 100), etc., mais surtout injections de solutions concentrées d'iodure de potassium, moins caustiques et moins douloureuses que les précédentes, et dont on pourra assurer si l'on veut la pénétration plus intime par la méthode électro-chimique (Darier et Gautier). Le grand défaut de toutes ces injections est de diffuser souvent trop loin.

S'il y a des collections en voie de formation et des *fistules*, on évacuera au bistouri tous les foyers ramollis, pour cureter ensuite les parois et le trajet des fistules et modifier les tissus sous-jacents le plus énergiquement possible. Aux attouchements par le nitrate d'argent (Kœttnitz) ou l'introduction de crayons d'iodoforme, M. le professeur Poncet préfère les crayons d'iodure de potassium laissés à demeure après les pansements. Mais au préalable, il cautérise largement tous les points dénudés, et pour cela se sert, au lieu du thermocautère à rayonnement faible, des gros cautères rougis au feu et dont l'action à distance est considérable.

Le traitement chirurgical de la lésion locale, surtout lorsqu'elle est facilement abordable, comme dans les actinomycoses cervico-faciales, a certainement une grande importance. Dans la forme plutôt inflammatoire que néoplasique, c'est aux larges incisions, avec destruction des tissus malades, qu'il faut avoir recours. La fréquence relative, comme dans quelques-unes de nos observations, d'infections à distance, doit, d'après M. Poncet, mettre en garde contre des manœuvres chirurgicales incomplètes, telles que curetage des trajets fistuleux non incisés, débridements insuffisants, etc. On court, en effet, le risque, en pareil cas, d'ensemencer des tissus sains, et probablement aussi d'ouvrir des voies vasculaires d'absorption pouvant transporter au loin les actinomyces.

L'indication thérapeutique locale, de première importance, nous semble donc être, dans ces formes d'actinomycose mi-phlegmoneuses, mi-néoplasiques, la mise au jour des tissus malades qui, découverts, doivent être toujours pansés à plat, de telle façon que l'on se mette à l'abri d'accidents à distance, et que l'on puisse surveiller les réinoculations. Il en est des foyers actinomycosiques comme de tous les foyers infectieux : la porte doit rester, après l'intervention chirurgicale, largement ouverte jusqu'à la complète guérison.

S'agit-il d'une forme néoplasique limitée, le traitement de choix, lorsqu'on n'a pas à redouter une cicatrice ou quelques troubles fonctionnels consécutifs, doit être l'excision des tissus malades, comme si l'on avait affaire à un véritable néoplasme. N'est-ce pas là, du reste, aussi la thérapeutique par excellence de toute lésion infectieuse qui peut être enlevée sans danger? Il est telles circonstances également beaucoup plus rares, il est vrai, mais que l'on observe cependant, où l'actinomycose humaine affecte les mêmes allures que l'actynomycose animale : on se trouve alors en présence d'une véritable tumeur, d'un sarcome périostique-osseux limité (forme circonscrite d'Israël du maxillaire inférieur); et, dans ces cas, surtout lorsque la lésion est ancienne, elle doit être considérée comme un véritable néoplasme, et exige l'ablation complète du tissu malade, comme si l'on se trouvait en présence d'un ostéo-sarcome. Récemment, à Paris, chez une malade de M. Ducor, M. Poncet a rencontré cette forme bovine de la maladie localisée à la moitié droite du maxillaire inférieur. L'affection remontait à plus de dix ans; et les désordres du côté du squelette étaient tels que le seul traitement à conseiller était la résection de toute la moitié correspondante du maxillaire inférieur, comme s'il se fût agi d'un véritable ostéo-sarcome, tumeur avec laquelle l'actinomycose avait du reste été confondue jusqu'à ces derniers temps, où le docteur Ducor précisa le diagnostic par l'examen des liquides sécrétés par une ulcération buccale, et dans lesquels se trouvaient des actinomyces.

Au point de vue thérapeutique donc, un fait nous paraît certain : c'est la nécessité d'instituer dès le début un traitement méthodique par l'iodure de potassium; et aussi, suivant les cas, par une intervention chirurgicale énergique appropriée à la diversité des formes.

Si l'on a affaire à des tissus plus particulièrement délicats tels que le cerveau, les viscères thoraciques ou abdominaux dont les lésions malheureusement sont souvent secondaires, le chirurgien n'interviendra que lorsque le traitement interne à l'iodure aura donné tout ce qu'on peut en attendre, à moins d'accidents imminents, de suppuration certaine ou de localisation absolument précise des points intéressés : dans les appendicites primitives, le succès de la laparotomie est fréquent (Grill) ; dans les foyers cérébro-méningés limités, Bollinger n'a eu par la trépanation que des améliorations passagères; quant à l'actinomycose thoracique, les seuls cas qui paraissent bénéficier de l'intervention chirurgicale sont ceux limités à la plèvre et aux parties molles de la paroi; tel le fait publié récemment par MM. Reboul et Lafon. Le foyer mis à découvert et évacué, la poche est lavée aux antiseptiques faibles, curetée si possible, puis tamponnée à la gaze iodoformée ou avec de la gaze aseptique imprégnée d'iodure de potassium (Poncet). M. Reboul s'était servi de mèches de gaze imbibée de naphtol camphré iodé.

Les règles générales de l'intervention du traitement sont les mêmes pour les *formes diffuses* ; mais outre qu'il est plus difficile d'aller atteindre le parasite, partout où il se trouve, c'est ici surtout qu'il faut faire la part des infections secondaires, lutter contre elles et chercher par tous les moyens à relever l'état général du malade, avant d'agir directement sur les tissus. Souvent l'iodure, associé aux toniques, limitera les désordres avant toute opération. Les antiseptiques intestinaux (benzo-naphtol, salicylate de bismuth) ont été recommandés dans les formes abdominales secondaires. Mais surtout les balsamiques (térébenthine, créosote, etc.) supprimeront parfois les crachats infectés des malades atteints d'actinomycose pleuro-pulmonaire avec association de saphrophytes. De même, contre ces infections, peuvent agir les différents vaccins et sérums immunisés ; Billroth et Wolff avaient fondé sur la tuberculine de Koch des espérances qui ne furent pas réalisées. Peut-être le *sérum antistreptococcique* se montrera-t-il plus efficace. Cette dernière

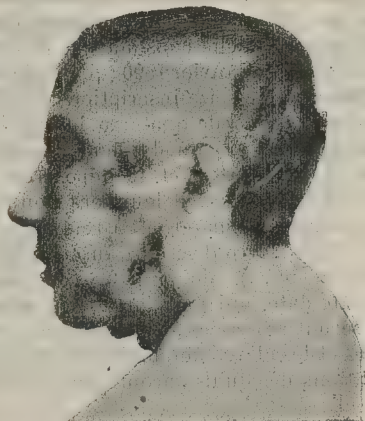
hypothèse qui s'était de prime abord présentée à notre esprit, en tenant compte de ces actinomycoses anciennes avec associations microbiennes multiples, nous paraît avoir reçu déjà une sanction expérimentale, d'après une communication orale récente de M. Nocard à M. Poncet. Chez une vache, en effet, atteinte de phlegmasie actinomycosique des mâchoires, M. Nocard aurait vu la lésion, qui, jusqu'alors, avait résisté à un traitement ioduré, se résoudre après des injections de sérum antistreptococcique.

Mais, malgré tous les remèdes qu'on peut leur opposer, ces actinomycoses diffuses conservent leur pronostic grave chez les sujets malades depuis longtemps, affaiblis par des suppurations d'origines multiples, qui en sont habituellement porteurs : même après disparition de tous parasites, les organes dégénérés ne sont généralement pas capables de faire les frais de leur réparation.

Deux types d'actinomycose cervico-faciale ulcérée (hommes jeunes).



LOCALISATION TEMPORO-MAXILLAIRE



LOCALISATION TEMPORO-FACIALE ET CERVICALE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

OUVRAGES CITÉS : *Travaux français*. — ROBIN et LABOULBÈNE. Mémoire sur trois productions morbides non décrites, in Soc. de Biol., 1853. — LEBERT. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I, p. 54 et atlas, 1857. — JULLIEN. De l'actinomycose humaine, *Revue de chir.*, 1883. — BRICON. De l'actinomycose, *Progr. méd.*, 1884. — FIRKET. Actinomycose de l'homme et des animaux, *Rev. de méd.*. 1884. — MATHIEU. De l'actinomycose, *Rev. des sc. méd.*, 1886. — MANDEREAU. De l'actinomycose, Mém. à l'Acad., 1887. — NOCARD et LUCET. Note à l'Acad., 1888. — CART. *De l'actinomycose*, Th. de Paris, 1890. — DOYEN. Trois cas d'actinomycose humaine en France, Congrès d'hyg. et de démogr., Londres, 1891. — LEREBOULLET. Danger d'importation des viandes, *Gaz. hebd.*, 1891. — DARIER et GAUTIER. Un cas d'actinomycose de la face, Soc. de Dermat., 1891. — PLICQUE. L'actinomycose chez les hommes et chez les animaux, *Gaz. des hôp.*, 1890. — ROUSSEL. *Actinomycose de l'homme en France*, Th. de Paris, 1891. — BÉCUE. *De l'actinomycose*, Th. de Paris, 1892. — GÉMY et VINCENT. Sur une affection parasitaire du pied, analogue à la maladie de Madura, *Sem. méd.*, 1892. — GUERMONPREZ et AUGIER. L'actinomycose en Flandre, *Gaz. des hôp.*, 1892. — NOCARD. Notice sur l'actinomycose des animaux, Soc. centr. de méd. vétér., mars 1892. — SAUVAGEAU et RADAIS. Sur le genre Oospore, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892. — LEMIÈRE et BÉCUE, Soc. anat. de Lille, 1892. — PONCET et DOR. *Lyon médical*, nov. 1892. — DOMEC. Contribution à la morphologie de l'actinomycose, *Arch. de méd. expérim.*, 1892. — TABURET. *Actinomycose cutanée*, Th. de Bordeaux, 1893. — NOCARD. Traitement de l'actinomycose par l'iodure de potassium, *Rec. de méd. vétér.* 1893. — ROCHET. De l'actinomycose humaine, *Gaz. hebd.*, 1893. — NETTER. De l'actinomycose pulmonaire, Soc. méd. des hôp., 1893. — PAWLOWSKY et MAKSOUTOW. Sur la phagocytose dans l'actinomycose, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893. — DUBREUILH et SABRAZÈS. Actinomycose cutanée, Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1893. — MEUNIER. Un nouveau cas d'actinomycose, Acad. de méd., 1893. — ROGER. Actinomycose, *Traité de méd. Charcot-Bouchard.* — PONCET, ROCHET, DOR, POLLOSSON, ROLLET, ARLOING, DOR et BÉRARD. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1893. — DOR. Un cas d'actinomycose humaine à Lyon, *Gaz. hebd.*, 1894. — GANGOLPHE. *Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894. — CART. De l'actinomycose, *Arch. gén. de méd.*, mars 1894. — BÉRARD (de Bordeaux). *Traitement de l'actinomycose par l'iodure de potassium*, Th. de Bordeaux, 1894. — GAUBE. Actinomycose de la face guérie par iodure de potassium, *Union méd. du N.-E.*, 1894. — GUERMONPREZ et BÉCUE. *Actinomycose*, Bibl. Charcot-Debove, Paris, 1894. — JIROU. *Contribution à l'étude de l'actinomycose en France*, Th. de Lyon, 1894. — VINCENT. Etude sur le pied de Madura, *Ann. de l'inst. Pasteur*, 1894. — LECLAINCHE. Actinomycose et botryomycose, *Méd. mod.*, 1894. — PONCET, DOR, JABOULAY. *Lyon méd.* 1894. — CHRÉTIEN. De l'actinomycose humaine, *Semaine méd.*, janv. 1895. — CHOUX. Etude clinique et thérapeutique de l'actinomycose, *Arch. gén de méd.*, avril, mai et juin 1895. — FOLET. *Nord méd.*, juin 1895. — PONCET. Actinomycose humaine à Lyon, *Gaz. hebd.* et *Merc. méd.*, avril, juin, juillet 1895; Acad. de méd., 1895. — LEGRAIN. Un cas d'actinomycose, *Ann. de derm.*, juillet 1895. — MONESTIÉ. *Actinomycose cutanée*, Th. de Paris, 1895. — DUBREUILH et FRÈCHE. Sept cas d'actinomycose dans le sud-ouest, *Ann. de derm.*, sept. 1895. — REBOUL. Un cas d'actinomycose thoracique, *Gaz. des hôp.*, nov. 1895. — BESSE. *Actinomycose cervico-faciale*, Th. de Lyon, nov. 1895, — QUENET. *Actinomycose du maxillaire supérieur*, Th. de Lyon, déc. 1895. — DUGUET. Un cas d'actinomycose, Acad. de méd., déc. 1895. — BLANCHARD. Actinomycose, *Traité de pathologie générale* de Bouchard, 1895. — PONCET, JABOULAY, DOR, ROCHET. POLLOSSON, VALLAS, BÉRARD, BERT. *Province médicale*, *Lyon médical*, Soc. des sc. méd., Soc. de méd. de Lyon, 1895. — AUDRY. *Gaz. hebd.*, 1896.

Auteurs étrangers. — Bibliographie complète dans la thèse classique d'ILLICH : *Beitr. zür klin. der Actinomyc.*, Th. de Vienne, 1892 ; pour l'Allemagne et les pays de langue allemande, consulter également : *Berliner Med. Wochen.*, *Mün-*

chener Med. Wochen., *Prager Med. Wochen.*, de 1886 à 1895. — Linden. Th. de Bonn, 1892. — Guder. Actinomycose en Suisse, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1891. — Kanthack. Etude générale sur l'actinomycose. Actinomycose et Pied de Madura, *Journ. of Pathology and Bacteriology*, 1888-1893-1894. — Kaufmann. *Ein Fall von actinomycose in Cairo*, 1894. — Fischel. *Actinomycose et tuberculose*, Prague, 1894. — Hümmel, Jurinka et Grill. Contribution à l'étude de l'actinomycose humaine, *Beitr. zür klin. Chirurg.*, XIII.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1896. — Présidence de M. Monod.

COMMUNICATION

Luxation du nerf cubital. — **M. SCHWARTZ** communique un cas de luxation traumatique du nerf cubital en avant de l'épitrochlée. Il s'agit d'un ouvrier mécanicien, âgé de dix-huit ans, qui, pendant son travail, eut le bras saisi en flexion dans un étau. Dégagé à temps, il ne montra tout d'abord qu'une plaie du pli du coude; mais, quelques instants après, il se plaignit d'une certaine lourdeur dans l'avant-bras, avec sensation de brûlure sur le trajet du cubital, principalement sur les deux doigts de la main, sans aucune paralysie. La plaie fut rapidement guérie, mais uue douleur légère persistait dans le petit doigt et l'annulaire. Lorsqu'il voulut travailler à l'enclume, la secousse occasionnée par le marteau provoquait une douleur fulgurante traversant le bras de haut en bas et rendant le travail impossible. Il lui semblait de plus qu'une corde se déplaçait au coude dans le mouvement de flexion brusque.

M. Schwartz vit ce malade en novembre 1895, deux mois après l'accident, la gouttière rétro-épitrochléenne était vide; en avant de l'épitrochlée, on sentait un cordon volumineux, se déplaçant facilement, fusiforme et très douloureux à la pression. Il s'agissait évidemment d'une luxation du nerf cubital, consécutivement doublé de volume et atteint de névrite. Il n'existait, en outre, pas d'atrophie musculaire, ni d'hyperesthésie ou d'anesthésie.

Une intervention était devenue nécessaire; après avoir mis le nerf à nu, constaté sa luxation et la vacuité de la gouttière rétro-épitrochléenne, M. Schwartz le replaça dans cette gouttière qu'il ferma ensuite à l'aide d'un lambeau de l'aponévrose de l'avant-bras suturé au triceps brachial au niveau de son insertion sur l'olécrâne. Les suites immédiates de cette opération furent simples; dix jours après, la plaie était cicatrisée, le nerf cubital restait en place; mais les phénomènes douloureux persistaient dans l'avant-bras atténués, mais entretenus par la présence du névrome développé sur le trajet du cubital. Tous les mouvements du coude sont faciles, toutefois la flexion provoque les douleurs.

Les luxations traumatiques du cubital sont relativement rares; cependant Poncet, Hennequin et plusieurs auteurs étrangers en ont rapporté des exemples. Le mécanisme de cette lésion s'explique par une atrophie de l'épitrochlée et par une contraction violente du triceps, lorsque l'avant-bras est en flexion, contraction qui chasserait le nerf hors de sa gouttière.

Consécutivement, celui-ci peut être atteint de névrite : le pronostic devient alors réservé, car la réduction n'a pas d'influence bien marquée sur la régression de la névrite. On a rapporté des exemples de réduction de cette luxation par l'immobilisation du membre et l'application de compresses graduées, mais les succès obtenus par des moyens simples sont rares. La réduction directe, après mise à découvert du cubital, est le procédé le plus souvent employé.

M. QUÉNU fait observer que le déplacement et la névrite secondaire sont deux facteurs importants à considérer dans cette luxation; car, dans le cas de névrite, la réduction n'enraye pas la maladie et ne fait pas cesser complètement les douleurs, toutefois il est bon d'y avoir recours.

Si, au contraire, le déplacement du nerf est congénital, les sujets qui en sont atteints peuvent ne ressentir aucun trouble, et, dans ce cas, il est préférable de ne pas intervenir.

RAPPORT

Des adhérences du cul-de-sac péritonéal à la symphyse pubienne dans la taille sus-pubienne. — **M. PICQUÉ** fait un rapport sur trois observations de M. Rollet (de Lyon), dans lesquelles cet auteur dut pratiquer la taille chez deux prostatiques et un rétréci du canal, et chez lesquelles il constata des adhérences du cul-de-sac péritonéal à la symphyse pubienne. Il conclut de ces observations que ces adhérences rendent la ponction de la vessie particulièrement délicate, parce qu'elles permettent l'infiltration d'urine et la formation d'abcès urineux, mais qu'elles ne s'opposent pas à la taille qui, malgré cette situation anormale du péritoine, peut être pratiquée sans danger pour les malades.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris est, provisoirement, composé de : MM. Cruveilhier, Déjerine, Gérard-Martin, Guéniot, Le Dentu, Péan et P. Reclus.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront : 1° à l'Ecole pratique de la Faculté, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, le lundi 16 mars 1896; 2° à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), sous la direction de M. Quénu, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit amphithéâtre, le mardi 10 mars 1896. — Ils auront lieu tous les jours, à une heure.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année, qui ne pourront prendre la seizième inscription qu'après les avoir accomplis.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1896 (quatorzième inscription);

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir;

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, jusqu'au 5 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 février 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lévêque, dont la démission de sous-lieutenant de réserve est acceptée; Floch, Malherbe, Chauvière, Biet, Benoît, Milloux, Cure, Pétouraud, Tassard, Brunet, Garnier, Monestié, Mante, Coste, Guilloz, Croustel, Haffner, Grandclément, Pambrun, Gallice, Bouchère, Dutoya, Derrien, Quelmé, Bucquet, Chompret, Delisle, Lapeyre, Quincien, Deglaire, Lévy, Goinard, Fayet et Bousquet.

— Par décision du 25 février 1896, ont été décernées les médailles d'honneur ci-après :

Médaille d'or. — M. Dormier, médecin-major de première classe; attaché à l'hôpital militaire Villemanzy depuis 1890; a fait preuve, lors d'épidémies de grippe infectieuse, de fièvre typhoïde et de diphtérie, d'un zèle et d'un dévouement de tous les instants.

Médaille d'argent. — Mme Delobre, supérieure des filles de la Charité, hôpital militaire Desgenettes : 37 ans de services non interrompus dans les hôpitaux militaires; exerce les fonctions de supérieure depuis plus de 15 ans ; a toujours fait preuve du plus grand zèle et du plus complet dévouement.

Médaille d'or. — Mme Gayte (sœur Julie) et Mme Dehu (sœur Joséphine), religieuses de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, hôpital militaire de Marseille : 40 ans de services ; ont fait preuve du plus grand dévouement au cours de nombreuses épidémies (choléra, fièvre typhoïde, etc.).

Médaille d'argent. — MM. Phily et Verchot, sergents à la 15e section d'infirmerie militaire, hôpital militaire de Nice : infirmiers très méritants et très dévoués, qui ont rendu des services signalés pendant diverses épidémies.

— La troisième session du Congrès français de médecine doit s'ouvrir à Nancy, le 6 août 1896, sous la présidence de M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les trois questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Bordeaux, et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° *Pronostic des albuminuries.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Talamon, médecin des hôpitaux de Paris, et Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

2° *Coagulations sanguines intra-vasculaires.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Vaquez, médecin des hôpitaux de Paris;

3° *Des applications des sérums sanguins au traitement des malalies.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et Haushalter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites, avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (docteur Paul Simon, 15, rue de la Ravinelle, Nancy).

Les adhésions peuvent être envoyées, soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (docteur Stoeber, 66, rue Stanislas, Nancy).

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

— Nous recevons le premier numéro de la « Gynécologie », portant la date du 15 février 1896. Ce journal est la transformation des « Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, 11e année ». Il paraîtra tous les deux mois et reste sous la direction de M. J.-A. Doléris, accoucheur de la Pitié.

— M. Gastou, chef de clinique adjoint de la Faculté, commencera, à l'hôpital Saint-Louis (salle Henri IV), des conférences théoriques et pratiques de dermatologie et de syphiligraphie, le samedi 14 mars, à deux heures, et les continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gabriel Pouchet commencera les conférences pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie, le jeudi 19 mars 1896, à cinq heures (amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — MM. les étudiants seront exercés, individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *La Semaine sainte et les Fêtes de Pâques à Rome.* — Excursion en Italie, organisée avec le concours des « Indicateurs Duchemin », du 24 mars au 21 avril 1896. — Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin, Paris.

Prix : 1re classe, 925 fr.; 2e classe, 825 fr.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer; le transport en voitures, en bateaux, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité des « Indicateurs Duchemin ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux succursales de cette Compagnie, à Paris.

Paris, le 9 mars 1896.

Aimez-vous les statistiques médicales? La séance du 6 mars à la Société médicale des hôpitaux leur a été presque exclusivement consacrée.

M. Galliard ouvre le feu avec une statistique sur la fréquence du **pneumothorax chez les tuberculeux**. Il a fait une enquête auprès de tous les médecins des hôpitaux de France, leur demandant de lui dire combien, à une date donnée, ils avaient de tuberculeux en traitement dans leurs salles et, parmi eux, combien étaient atteints de pneumothorax.

Sur 1970 hommes, il y avait 24 pneumothorax, soit 1,218 p. 100; sur 872 femmes, 7 pneumothorax, soit 0,80 p. 100. Sur 573 enfants ou adolescents, il y avait 5 cas de pneumothorax; ce qui fait un total de 3415 cas de tuberculose, avec 36 cas de pneumothorax, soit sensiblement 1 p. 100.

Vient ensuite M. Comby avec une statistique sur la **mortalité** dans le service de **rougeole**, qu'il dirige à l'hôpital Trousseau.

Sur 715 cas, il a eu 103 morts, soit 14 p. 100. C'est là une excellente proportion. En effet, pendant les cinq années précédentes, la mortalité avait toujours été supérieure à 25 p. 100. Elle a pu atteindre, à certaines époques, 40 p. 100 à l'hôpital des Enfants-Malades, et même 50 p. 100 aux Enfants-Assistés.

Il est possible que M. Comby se soit trouvé en présence d'une série particulièrement heureuse; mais il paraît certain, en tous cas, que les mesures d'hygiène qu'il a mises en œuvre, ont été pour beaucoup dans cet excellent résultat.

Les malades ont été soignés dans un vaste pavillon; tous ceux qui ont présenté des affections contagieuses ont été isolés dans de petites chambres. On a, en particulier, séparé des autres, ceux qui ont eu de la broncho-pneumonie. Les petits malades ont été, aussi tôt que possible, rendus à leur famille; il n'y a aucun inconvénient à le faire, puisque la rougeole n'est plus contagieuse dès que l'éruption a disparu.

Les malades ont été baignés, on a fait des irrigations antiseptiques de la bouche et du nez.

La mortalité par rougeole simple, non compliquée, a été de 1,8 p. 100. Celle de la rougeole compliquée a été beaucoup plus chargée, surtout lorsqu'il s'agissait de broncho-pneumonie.

Il paraît donc bien démontré que ce qu'il faut éviter avant tout, c'est la survenue d'une complication due, le plus souvent, à la contagion : il en est certainement ainsi de la broncho-pneumonie. De là le nombre énorme de ses victimes, lorsque les malheureux petits malades étaient accumulés les uns sur les autres, comme cela se voyait aux Enfants-Malades, où ils étaient relégués sous les combles, dans une salle petite, mal ventilée, éclairée seulement par des fenêtres mansardées !

M. Chantemesse a pris à cœur de démontrer que les **éruptions observées à la suite de l'emploi des sérums thérapeutiques** sont dues, en réalité, au streptocoque. C'est, on se le rappelle, l'idée qu'il a soutenue à propos du sérum antidiphtérique, lors d'une récente discussion. Il a donc relevé les érythèmes qui se sont produits dans le service des érysipélateux qu'il dirige, par conséquent, au cours ou à la suite d'une maladie due au pur streptocoque.

Il a relevé 28 cas d'érythème sur 579 cas d'érysipèle de la face ou du corps. Le plus souvent, il s'agissait d'un érythème léger, sans gravité, mais il a pu observer aussi des cas beaucoup plus graves, et même mortels, d'érythème scarlatinoïde ou de purpura infectieux. Dans tous ces cas, il y avait des streptocoques dans le sang et les urines.

Notre impression, c'est que les faits observés par M. Chantemesse, chez les érysipélateux, ne sont pas identiques aux faits d'érythèmes observés chez les malades qui avaient reçu des injections de sérum médicamenteux, et, en particulier, de sérum antidiphtérique. Chez ces derniers, les éruptions ortiées paraissent plus fréquentes, ainsi que les arthropathies. M. Chantemesse, il est vrai, répondait à M. Sevestre, qui l'interrogeait à propos de ces dernières manifestations, que, s'il n'en a pas vu coïncider avec les érythèmes, il en a vu survenir au cours de l'érysipèle simple.

M. Joffroy, qui a employé un sérum antisyphilitique (?) et, par comparaison, un sérum simple dans le traitement de la paralysie générale, a vu parfois des érythèmes survenir. A cela, M. Chantemesse répond que le sérum pouvait être impur et contenir des microbes. Attendons, si la lumière peut jaillir de la discussion, elle jaillit encore beaucoup mieux d'une observation suffisamment prolongée !

HOSPICE DE BICÊTRE

Neuro-fibromatose généralisée (1).

Par MM. Pierre Marie et Albert Bernard.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, H..., que j'avais eu l'occasion d'examiner, en 1893, à l'Hôtel-Dieu, pendant un remplacement de quelques jours dans le service de M. le professeur Sée. Depuis lors, ce malade a été observé par M. Landowski, dans la thèse duquel il figure, et par M. Barié. C'est à l'obligeance de notre collègue que je dois de le voir actuellement à l'infirmerie de Bicêtre.

Cet homme est porteur d'une affection singulière, dont la connaissance n'est peut-être pas aussi répandue qu'elle mériterait de l'être, et si je me permets de le présenter à notre Société, c'est parce qu'il offre, à un degré fort prononcé, les principaux caractères de la neuro-fibromatose généralisée.

J'ai fait déshabiller H...; si vous voulez bien jeter les yeux sur lui, vous constaterez l'existence d'innombrables taches pigmentaires sur toute l'étendue de la peau. Ces taches sont d'ailleurs de dimensions très variables, tantôt punctiformes, tantôt du volume d'une pièce de 2 francs environ, ces dernières sont d'ailleurs de beaucoup les plus rares. La configuration de ces taches est parfois arrondie, souvent irrégulière. La plupart ne font pas saillie au-dessus de la peau, quelques-unes cependant sont gaufrées, quelques-unes enfin portent des poils plus ou moins longs et abondants; l'aspect de ces taches répond bien, en un mot, à la description des nævi pigmentaires et pilaires. Il faut noter que ces taches ne se rencontrent ni à la paume des mains, ni à la plante des pieds.

En outre de ces taches, le malade porte encore un très grand nombre de petites tumeurs faisant corps avec la peau et présentant des dimensions variant du volume d'une tête

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

d'épingle à celui d'une petite noix. Ces tumeurs ont une consistance molle, elles sont situées dans l'épaisseur même du derme. Mais, au cours de la palpation effectuée pour se rendre compte de leurs caractères, on constate qu'au-dessous de la peau il existe encore d'autres tumeurs, celles-là disposées en séries linéaires, et siégeant sur l'aponévrose d'enveloppe des membres (elles sont surtout apparentes à la face antéro-interne des avant-bras). Les premières de ces tumeurs peuvent être désignées très justement du nom de molluscum.

Enfin, en outre des tumeurs cutanées et sous-cutanées et des taches pigmentaires, je dois signaler, au niveau de la clavicule gauche, quelques petits nævi vasculaires de coloration rouge vif, dont le volume ne dépasse guère le volume d'une tête d'épingle.

Tels sont les éléments qui donnent à la peau de ce malade un aspect si particulier.

Il s'agit là d'un type morbide spécial étudié par différents auteurs, et surtout par von Recklinghausen. C'est à lui surtout que nous devons de connaître, dans son ensemble et avec ses diverses connexions, la neuro-fibromatose généralisée.

Pour Recklinghausen, cette affection consisterait, au point de vue anatomo-pathologique, dans la production, sur le trajet des différents nerfs, de fibromes multiples (neuro-fibromes), se développant aux dépens des gaines de ces nerfs.

Nous avons cherché, M. Alb. Bernard et moi, à vérifier les faits avancés par von Recklinghausen, et pour cela nous avons examiné au microscope une petite tumeur enlevée sur l'avant-bras de H..., ainsi que différents grains de molluscum provenant de l'autopsie d'un autre malade tout à fait analogue. Ni chez l'un ni chez l'autre nous n'avons pu retrouver au sein des tumeurs l'existence de fibres nerveuses. C'est tout au plus si, chez H..., nous avons constaté en un point de la tumeur un pinceau d'apparence fibrillaire qui à première vue pouvait faire croire à l'existence d'un faisceau de fibres nerveuses, mais à un plus fort grossissement nous n'avons rencontré dans ce faisceau que des sortes de noyaux allongés sans aucune des apparences qui constituent une fibre nerveuse. Nous devons avouer d'ailleurs que, si les tumeurs que nous avons examinées ne semblent avoir aucune connexion avec les nerfs, nous sommes hors d'état de dire aux dépens de quels organes elles se sont développées; dans quelques coupes, en effet, on pourrait supposer que c'est au voisinage d'une glande, dans d'autres au voisinage d'un vaisseau sanguin ou lymphatique.

Nous avons pensé cependant que, quelque négatif que soit le résultat de nos examens, il n'était pas inutile de vous le communiquer, pour montrer tout au moins que les faits sur lesquels von Recklinghausen a appuyé sa conception de la neuro-fibromatose généralisée, ne se présentent pas toujours d'une façon aussi probante que sa description pourrait le faire supposer.

Dans l'incertitude où nous laisse l'examen direct des tumeurs, on serait peut-être en droit de se demander s'il n'y aurait pas lieu de faire un rapprochement entre le manque de tumeurs et de taches pigmentaires à la plante des pieds et à la paume des mains et l'absence de glandes sébacées dans les mêmes régions. Mais, nous tenons à le répéter, nos examens ne nous permettent pas de fixer soit aux tumeurs, soit aux taches pigmentaires, une origine glandulo-sébacée.

Un autre point sur lequel nous désirons insister est le suivant : notre malade affirme, de la manière la plus formelle, qu'à sa naissance, non plus que pendant son enfance ou son adolescence, il n'a présenté ni taches pigmentaires, ni grains de molluscum. Les uns et les autres seraient apparus seulement à partir de l'âge de vingt-sept ans.

Bien que des faits du même genre aient été déjà publiés par différents auteurs et que ce mode de début semble bien établi, il n'en est pas moins intéressant de noter combien il diffère de celui que l'on constate le plus souvent. En effet, dans la majorité des cas, l'existence des taches pigmentaires et des grains de molluscum serait congénitale ou du moins daterait de la première enfance. Faut-il donc, chez notre malade, regarder la neuro-fibromatose comme « acquise », ou la considérer seulement comme l'évolution retardée d'un vice congénital jusqu'alors non apparent?

La question mérite d'autant plus d'être posée qu'elle touche intimement à la nature même de cette affection, et qu'on connaît un certain nombre de cas dans lesquels l'influence héréditaire est indiscutable, plusieurs individus d'une même famille ayant été atteints de neuro-fibromatose généralisée. D'autre part, l'influence héréditaire apporte aux partisans de l'origine nerveuse de cette affection des arguments de grande valeur, car elle nous montre, par exemple dans le cas de Herczel, qu'une fille atteinte de névrome plexiforme peut avoir une mère affectée de neuro-fibromatose généralisée à forme molluscoïde (1).

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Villeneuve.

Volumineuse hernie inguinale gauche contenant le cæcum.

Par G. Pujol, interne des hôpitaux.

La littérature médicale ne renferme que quelques observations de hernies du côté gauche, dans lesquelles on ait trouvé le cæcum : observations de Lebert (2), de Pfister (3), [trois cas], de Vogt (4), de Von Arx (5), de Hedrich (6), de Broca (7), de Josserand (8), de Guérin (9), d'Esprit (10).

Toutes ces observations ont trait à des hernies inguinales. Il n'existe, à notre connaissance, qu'une seule observation de hernie crurale gauche contenant le cæcum et qui est mentionnée par Tuffier (11).

---

(1) M. Albert Mathieu a observé l'an dernier, à l'hôpital Tenon, un tuberculeux atteint de lésions cutanées absolument semblables à celles que présente le malade de M. Marie. Il lui a dit qu'un de ses frères, que M. Mathieu n'a pas vu du reste, portait sur la peau des tumeurs et des macules analogues à celles qu'il avait lui-même depuis son enfance. Ce serait donc un cas de neuro-fibromatose familiale, très favorable à cette idée qu'il y a chez ces malades une prédisposition congénitale.

(2) Lebert. *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1838.

(3) J. Pfister. Th. inaug., Zurich 1883.

(4) Vogt. *Münch. Ærzt. Intelligenzblatt*, 1884, n° 26.

(5) Von Arx. Cæcum in einer Scrotalhernie, *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 1er déc. 1887, p. 652.

(6) Hedrich. Étude sur la hernie du cæcum à gauche, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er nov. 1889, t. XLVIII, p. 121.

(7) Broca. Hernie du cæcum à gauche, Soc. anat., 8 oct. 1891.

(8) Josserand. Tumeur de l'appendice vermiforme développée dans un sac herniaire inguinal gauche, contenant le cæcum, *Lyon méd.*, 3 janv. 1892.

(9) Guérin. Hernie inguinale gauche contenant le cæcum; résection du cæcum; guérison, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 janv. 1894.

(10) Esprit. Hernie congénitale du cæcum à gauche; cure radicale; guérison, *Dauphiné méd.*, déc. 1885, p. 277.

(11) Tuffier. Étude sur le cæcum et ses hernies, *Arch. gén. de méd.*, 1887, p. 641.

Dans les cas de Lebert et de Von Arx, le cæcum était hernié à gauche, malgré la coexistence d'une hernie droite.

Pour Broca, qui a particulièrement étudié cette curieuse variété de hernie, voici comment les choses se passeraient : la hernie serait d'abord formée par la dernière portion de l'intestin grêle, en connexion directe avec le cæcum, lequel est peu à peu entraîné à sa suite. L'intestin grêle pouvant demeurer longtemps réductible, alors que le côlon perd rapidement cette propriété, on comprend comment, à un moment donné, il arrive de trouver le cæcum isolément hernié à gauche.

Esprit pense qu'il faut voir, dans ces cas, la conséquence d'une inversion du cæcum, qui siégerait alors dans la fosse iliaque gauche.

Broca a de plus attiré l'attention sur l'existence dans le sac herniaire d'un repli valvulaire, formé par la séreuse, repli qui affecte la forme d'un nid, au-dessous duquel glisse l'intestin.

Notre maître, M. le professeur Villeneuve, a pu, en 1893, dans son service, à l'Hôtel-Dieu, observer un cas de ce genre, dont nous rapportons ici l'observation, à plus d'un point de vue intéressante.

X..., âgé de soixante-dix ans, est un ancien sous-officier d'Afrique, alcoolique et emphysémateux. Ce qui l'amène actuellement à l'hôpital, c'est une volumineuse hernie inguinale du côté gauche, qu'il porte depuis douze ans. Cette hernie est irréductible et descend à mi-cuisse. Elle occasionne à ce malheureux de telles douleurs, qu'il vient réclamer une intervention à tout prix, menaçant de se suicider, si on la lui refuse.

M. le professeur Villeneuve n'entreprit une intervention, qui lui paraissait, à juste titre, devoir être des plus pénibles et des plus graves, qu'après avoir, au préalable, essayé, pendant un mois et sans succès aucun, la compression élastique méthodique, avec repos au lit et purgations fréquentes.

Quelques jours avant l'opération, le malade est mis au régime lacté et prend du naphtol et du salol à l'intérieur, pour assurer son antisepsie intestinale.

L'opération est pratiquée le 21 avril 1893.

Vu l'état du poumon, l'anesthésie est faite localement à la cocaïne : on injecte cinq seringues d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100.

L'incision de la peau est absolument indolore.

La recherche de l'orifice inguinal externe est assez difficile, car il se trouve notablement élevé au-dessus de l'arcade crurale, presque au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le trajet inguinal est incisé entre deux pinces; le sac est ouvert; l'épiploon est attiré au-dehors. Il est bosselé, induré et adhérent par places à l'intestin, du reste facilement libéré. Il est divisé en quatre faisceaux, lié et sectionné au thermocautère. Le paquet d'épiploon enlevé pèse environ 360 grammes.

La hernie est constituée par cet épiploon et par le gros intestin presque en entier.

Le sac, libre, sauf en quelques points, manque en bas et en arrière.

Le cæcum prolabé a entraîné avec lui le péritoine pariétal postérieur, lequel forme en arrière un sinus descendant jusqu'au fond des bourses et distinct du sac proprement dit, dont le feuillet antérieur adhère au gros intestin.

Au cours des recherches pénibles qui ont conduit à reconnaître cette disposition exceptionnelle, le méso-côlon ascendant est déchiré sur une étendue de 8 centimètres environ. Ses deux feuillets sont immédiatement suturés à la soie.

Le malade n'a jusqu'alors accusé aucune souffrance, mais à partir de ce moment, il se plaint et se débat vivement. Il faut lutter avec lui, pour le maintenir.

Ce taxis est très long, particulièrement difficile et fort douloureux. Malgré les purgatifs qui ont été administrés, le rectum est plein de scybales dures. Il est entouré de grosses franges adipeuses trop volumineuses et trop nombreuses pour pouvoir être enlevées. On arrive enfin, avec beaucoup de peine, à réintégrer dans l'abdomen toute la masse herniée.

Le canal est soigneusement refermé par cinq anses doubles de fil de soie fort.

Le sac a été, au préalable, repoussé en masse dans l'abdomen, vu l'impossibilité absolue où l'on se trouvait de le disséquer correctement, et le cordon mis à part, avec la partie correspondante du sac.

Points de suture superficiels aux crins de Florence; gros drain à la partie inférieure de la plaie.

La durée totale de l'opération a été de une heure vingt minutes, dont vingt minutes pour la réduction seule et vingt-cinq minutes pour les sutures et le pansement.

A noter que les sutures de la peau, faites plus d'une heure après l'injection de cocaïne, n'ont pas été senties par le patient. Il n'en a pas été de même, ainsi qu'on l'a vu, pour la section des parties profondes et pour le taxis.

Le soir, un peu de dépression; température 37 degrés; pouls 100.

Le 22 avril, même état;

Le 23, l'opéré n'étant pas allé à la selle, on lui administre, sans résultat, du calomel et du jalap;

Le 24, état stationnaire;

Le 25, lavement purgatif rendu tel quel;

Le 26, on constate un peu de congestion pulmonaire; application de ventouses sèches;

Le 27, température 36°8; pouls 112; pas de selles, malgré un lavage d'estomac et un lavement d'eau de Seltz;

Le 28, la congestion pulmonaire a disparu;

Les 29 et 30, pas de changement; le malade ne prend toujours que du lait;

Le 1er mai, lavement électrique, sans succès;

Le 2, mort dans le coma.

L'autopsie n'a pu être faite.

Outre la rareté de la présence du cæcum dans une hernie du côté gauche, nous relèverons dans cette observation plusieurs points qui doivent attirer l'attention.

Notons en passant l'efficacité relative de l'anesthésie locale à la cocaïne, anesthésie qui, pour la peau, s'est maintenue complète pendant une heure et demie, mais qui ne s'est pas étendue aux parties profondes.

Nous ferons remarquer aussi le volume anormal de la hernie, ainsi que la hauteur insolite de l'anneau inguinal externe.

Relativement à la constitution anatomique de cette hernie, nous mentionnerons l'existence de ce repli péritonéal décrit par Broca et formant une sorte de double sac [Aldibert (1)], et l'absence totale de sac à la partie postérieure, disposition assez rare pour la hernie crurale, quoi qu'on en ait dit [Trèves (2), Bennett et Cuningham (3), Alti (4)], en

(1) Aldibert. Hernie du cæcum à sacs multiples, *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 436.

(2) Trèves. Mémoire sur les hernies du cæcum, *Brit. Med. Journ.*, 19 fév. 1887.

(3) Bennett et Cuningham. *Anatomie de la hernie cæcale congénitale*, Londres 1888.

(4) Alti. *Hernie iléo-cæcale*, Th. de Paris, 1891.

contradiction même avec l'opinion de Tuffier, pour lequel « toute hernie cæcale à un sac ».

L'hypertrophie lipomateuse des appendices graisseux du gros intestin et des masses adipeuses de l'épiploon ne sont pas pour surprendre, ce sont là des lésions banales, que l'on rencontre presque toujours dans les hernies anciennes et volumineuses, et qui s'expliquent, ainsi que l'épaississement des tuniques intestinales, par les irritations continuelles et les froissements multiples que subit la tumeur herniaire, d'autant plus exposée qu'elle est plus volumineuse.

Les troubles fonctionnels déterminés par cette énorme hernie sont aussi le fait habituel et ordinaire des hernies volumineuses, qui occasionnent souvent de vives douleurs et portent quelquefois le malheureux malade à l'hypocondrie et au suicide.

Ce sont ces douleurs et l'influence fâcheuse qu'elles exerçaient sur le moral du hernieux, qui décidèrent notre maître à intervenir dans ce cas difficile. Car, ainsi que l'a dit Berger (1), « la gravité de la cure radicale, la mortalité qu'elle entraîne, dépendent avant tout du volume de la hernie, de son irréductibilité, de la durée et de la difficulté de l'opération que l'on est obligé de pratiquer ».

Ce qui rend encore la cure radicale des hernies volumineuses si dangereuse, c'est l'âge des malades qui sont presque tous des vieillards.

Les plus mauvaises conditions se trouvaient donc ici réunies. Il y avait contre l'intervention : l'ancienneté, le volume et l'irréductibilité de la hernie, ainsi que l'âge avancé de son porteur. Mais les douleurs qu'endurait ce malheureux et sa propension au suicide militaient en faveur de l'opération. Aussi, se conformant au précepte émis par P. Segond (2) que, « dans les hernies irréductibles et non étranglées, l'intervention chirurgicale est indiquée, quand les inconvénients du mal sont strictement proportionnels aux dangers de l'opération, et lorsque la réduction n'a pu être obtenue différemment », M. le professeur Villeneuve se décida pour la cure radicale, après avoir inutilement essayé la compression élastique et le repos au lit, qui ont souvent donné de si bons résultats.

Thiry (3) estime même que toutes les hernies volumineuses sont justiciables du taxis compressif et progressif, à condition toutefois d'y mettre du temps.

Mais, après un mois de ce traitement, la hernie étant tout aussi irréductible qu'au début, M. le professeur Villeneuve se crut autorisé à intervenir plus radicalement.

Il fut assez heureux pour mener à bien cette délicate opération. Les exemples ne manquent point, en effet, de cas analogues, dans lesquels le chirurgien a dû laisser l'opération inachevée, faute de pouvoir obtenir la réduction. Nous nous bornerons à citer l'observation de Reverdin (4) qui, sur un homme de soixante-douze ans, atteint d'une très volumineuse entérocèle pure, ne put effectuer la réduction, après avoir ouvert le sac, et fut obligé de suspendre l'acte opératoire. Quelques mois après, le malade ayant réclamé de nouveau l'assistance du chirurgien, il parvint, non sans peine, à faire rentrer dans l'abdomen toute la masse intestinale herniée, qui atteignait le volume d'une tête d'adulte. Le malade résista à cette double intervention et guérit parfaitement.

Moins heureux fut notre opéré, qui présenta malheureusement une complication peu fréquente de la cure radicale, la paralysie intestinale, et qui mourut de coprostase au onzième jour.

Les cas d'obstruction intestinale post-opératoire ne sont point rares, mais on les rencontre surtout après l'ovariotomie. Sur cinquante-sept cas de paralysie intestinale survenue à la suite d'opérations, nous la trouvons mentionnée huit fois seulement à la suite de la cure radicale [Legueu (1)].

En l'absence de données positives, qui n'auraient pu être fournies que par l'autopsie, M. le professeur Villeneuve pensa que la réintégration brusque et forcée d'un intestin épaissi dans une cavité abdominale, où il avait depuis longtemps perdu droit de domicile, a fort bien pu déterminer une paralysie intestinale, surtout chez un constipé habituel.

Thiry a remarqué de même que le malade qu'il soumit durant quatre mois au taxis compressif, présenta pendant longtemps une constipation opiniâtre, due à une parésie intestinale traumatique.

Ajoutons que c'est là le seul cas de mort qu'ait eu à déplorer M. le professeur Villeneuve, sur un total d'environ quatre-vingts cures radicales.

Il nous faut maintenant dire, pour terminer, quelques mots relatifs au diagnostic.

La présence du cæcum aurait-elle pu être reconnue dans la hernie avant l'opération? Nous ne le pensons pas. Même quand le siège de la hernie est à droite, il est très difficile de diagnostiquer une hernie cæcale. Les auteurs nous indiquent bien, il est vrai, quelques signes spéciaux, mais combien vagues : coliques particulières survenant peu après la digestion; distension possible de la hernie par les grands lavements; dépression dans le flanc droit. Le diagnostic, comme on le voit, est des plus délicats.

DE L'ACTION PRÉVENTIVE ET IMMUNISANTE

DES AGENTS DE LA MATIÈRE MÉDICALE

Par M. V. Laborde, membre de l'Académie de médecine.

I

M. Laborde étudie, dans ce travail, la question du principe même de la prévention et de l'immunisation par les agents de la matière médicale, mis en parallèle avec les agents animaux de la virulence : immunisation ou vaccination thérapeutique ou médicamenteuse, à côté de l'immunisation, de la vaccination animales.

En principe, l'action préventive par le médicament, laquelle peut aller jusqu'à conférer l'immunité, par une sorte d'inoculation médicamenteuse, n'est ni douteuse, ni contestable; elle peut être démontrée expérimentalement, et cette démonstration a été déjà faite.

Sans vouloir contester, en quoi que ce soit, la portée à la fois théorique et d'application de la science et des doctrines

---

(1) P. Berger. La cure radicale des hernies, *Rev. des sc. méd.*, 1888, t. XXXII, p. 670.

(2) P. Segond. *Cure radicale de hernie*, Th. d'agrég., 1883, p. 233.

(3) Thiry. Hernie inguinale volumineuse. Taxis et compression répétés pendant quatre mois; réduction; guérison, *Bull. de l'Acad. de Belgique*, 1881, t. XV, nº 6.

(4) J.-L. Reverdin. Hernie inguinale intestinale très volumineuse; opération de cure dite radicale, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1885, vol. V, p. 237.

(1) F. Legueu. Des occlusions intestinales post-opératoires, *Gaz. des hôpit.*, 23 nov. 1895.

microbiennes, elles ne doivent pas détruire, à leur profit exclusif, l'action préventive, immunisante, des substances médicamenteuses proprement dites.

Voyons, en effet, rapidement, en quelques mots, les théories qui se disputent aujourd'hui l'explication du mécanisme de la prévention acquise ou de l'immunité : il y en a trois principales, autour desquelles gravitent, en quelque sorte, les autres variétés :

1° Celle de Pasteur, d'après laquelle une première culture de microbes infectieux crée l'immunité dans l'organisme animal, en le dépouillant de tous les principes nécessaires au développement et à la vie des microbes : c'est la théorie de la spoliation ou de l'épuisement, basée sur cette expérience que tout bouillon de culture ayant donné, au maximum, le développement des microbes pathogènes, devenait inapte à une seconde culture;

2° La théorie de Chauveau, selon laquelle une première culture laisserait après elle des matières résiduelles qui imprègnent l'organisme et le rendent, par là, impropre ou peu propre à une nouvelle culture de l'agent pathogène : c'est la théorie de la résistance par addition à l'organisme des produits de la vie microbienne, théorie du contre-poison, s'appuyant surtout sur les résultats de l'expérience des moutons algériens;

3° Enfin, la curieuse hypothèse de Metschnikoff, qui attribue aux cellules vivantes, sous le nom de phagocytose, la propriété d'absorber, à l'instar des amibes pour les substances avec lesquelles ils sont en contact, les microbes pathogènes.

Des expériences récentes et positives de M. Ch. Bouchard semblent démontrer la réalité de cette absorption et destruction de microbes pathogènes par les leucocytes (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 4 nov. 1889).

« Je n'ai pas l'intention, ajoute M. Laborde, de discuter ces théories explicatives, qui, du reste, importent peu à la réalité du fait.

Ce qui est incontestable, c'est le conflit avec l'élément anatomique de l'agent de la prévention ou de l'immunité, que cet agent soit le microbe pathogène ou le virus qu'il constitue par ses sécrétions dites les toxines, virus plus ou moins atténué et réduit, par là, à l'état de vaccin ; ou que ce soit une substance médicamenteuse, dont l'activité toxique peut être également atténuée, réglée, en quelque sorte, au moyen du dosage, et des conditions de son introduction dans l'organisme.

Or, de l'intimité même de ce conflit et de la nature réelle de la modification qu'il produit sur l'élément organique, nous ne savons rien de positif; mais cette modification se révèle par des effets palpables, qui sont précisément ceux de la prévention ou de la curation de la maladie; et ce qui caractérise essentiellement l'action qui les engendre, action du virus ou du médicament, c'est l'électivité de cette action pour tel ou tel élément anatomique, ou pour le district organique que cet élément constitue, et, par suite, pour la propriété fonctionnelle qui lui appartient.

Il résulte de cette donnée que tout modificateur médicamenteux ou pharmaco-dynamique est capable de conférer l'immunité morbide tout autant que le modificateur, puisé à la source des virus de cultures atténuées; en sorte que l'inoculation médicamenteuse peut et doit être vaccinogène, au même titre que ces derniers. Les vaccins dits chimiques n'ont pas d'autre origine et d'autre raison d'être, et si l'on a cru récemment les inventer, c'est que l'on ignorait ou que l'on oubliait les enseignements antérieurs de l'expérimentation appliquée à la thérapeutique.

En effet, le jour où nous avons démontré, par des expériences appropriées, que l'épilepsie expérimentale, héréditairement transmise, pouvait être non seulement guérie, une fois déclarée, mais prévenue par l'intervention du bromure de potassium administré au générateur morbide, ou à la mère, la preuve de l'immunité médicamenteuse était faite; et cette preuve s'affirmait, en sa réalité, sur le terrain de l'observation clinique. Bien plus, il y avait, dans ce fait, la démonstration topique du passage intra-placentaire de la substance médicamenteuse ; démonstration récemment renouvelée pour les microbes pathogènes; ce qui complète l'assimilation, en ce cas, des deux modes d'action respective, du virus et du médicament.

On peut, selon moi, poser en principe que toute substance médicamenteuse de nature végétale ou minérale, véritablement active, dont on a déterminé, expérimentalement, l'action élective sur l'élément anatomique et sur sa fonction, et dont on a déduit, par suite, les indications rationnelles au traitement de la maladie constituée par cette fonction troublée — que cette substance, dis-je, est douée d'une action préventive, à l'égard de cette maladie, de même qu'elle possède l'action curative.

Prenons, par exemple, le bromure de potassium, dont l'adaptation rationnelle au traitement des maladies caractérisées par un augment de l'excito-motricité, date du moment où j'ai démontré par l'analyse expérimentale l'électivité de l'action de cette substance, sur la cellule excito-motrice centrale, et sur sa fonction.

Or, nous avons démontré aussi que cette action n'est pas seulement curative, mais qu'elle est, de plus, préventive de la même maladie ; et cette démonstration est, à la fois, expérimentale et clinique.

L'épilepsie vraie, dans sa forme symptomatique la mieux caractérisée, et dans sa persistance, son implantation, pour ainsi dire, dans l'organisme, puisqu'elle se transmet à la descendance et devient héréditaire, l'épilepsie étant expérimentalement provoquée sur l'animal (cobaye), soit par une section du nerf sciatique, soit encore par l'administration répétée de petites doses de liqueur d'absinthe, si l'on soumet l'animal épileptique à l'usage du bromure de potassium ou, mieux encore, à cause de la plus facile tolérance, du bromure de strontium, on le guérit de son épilepsie : c'est la réalisation de son action curative.

Mais ce n'est pas tout : si l'épileptique est une femelle, ayant déjà engendré des petits, épileptiques eux-mêmes, héréditairement; dès que l'on soumet cette mère, fût-ce seulement pendant la période de sa gestation (qui chez le cobaye est d'environ un mois et quelques jours), au traitement par le bromure, non seulement on arrête chez elle, on guérit l'épilepsie en cours, mais on prévient la transmission de la maladie à l'enfant; car ceux qui naissent dans ces conditions ne sont plus épileptiques.

Il y a également, dans ce fait, la preuve du passage, à travers les enveloppes placentaires, du médicament véhiculisé par le sang de la mère et agissant sur le produit de la conception.

Une femme hystéro-épileptique a déjà donné naissance à plusieurs enfants : un seul survit, il est épileptique : tous les autres, parmi ceux qui sont venus à terme, sont morts, soit les premiers jours qui ont suivi l'accouchement, soit au

bout de quelques semaines, toujours au milieu d'accidents convulsiformes.

Les fausses couches ont été constamment provoquées par de grands accès hystéro-épileptiques devenant plus fréquents et plus intenses, au moment de la grossesse.

C'est dans la première période, vers le deuxième mois d'une de ces grossesses, que j'ai eu l'occasion, il y a près de trente ans, pendant un séjour dans mon pays natal, de voir cette femme et d'être consulté par elle. C'était l'époque où je venais de faire mes premières études sur le bromure de potassium, et où, à l'hôpital des Enfants, la première application en France de ce médicament à l'épilepsie avait été réalisée dans le service de notre maître Blache.

Je n'hésitai donc pas à soumettre cette femme enceinte, hystéro-épileptique, à l'usage du bromure de potassium, à dose progressivement croissante, mais dont la tolérance ne put guère aller au delà de 5 grammes par jour.

Les accès, néanmoins, ne tardèrent pas à s'espacer et à s'atténuer dans leur intensité, et, dès la fin du troisième mois et le commencement du quatrième, ils cessèrent complètement, grâce à la continuité constante de l'administration du bromure, réduit à la dose moyenne et fractionnée de 3 grammes, avec quelques augmentations accidentelles, lorsque se produisait le moindre prodrome de retour offensif.

Bref, la grossesse arriva, normalement, à son terme, au milieu d'un état de santé relativement bon — et, en tout cas, de beaucoup meilleur que précédemment — et l'accouchement se fit, également, dans les meilleures et les plus naturelles conditions, donnant le jour à un bel enfant, du sexe mâle.

Or — c'est le point capital sur lequel il y a lieu d'insister ici — cet enfant n'a jamais — pendant tout le temps que j'ai pu le suivre, c'est-à-dire pendant plus de vingt ans — présenté le moindre signe de maladie convulsive, notamment d'épilepsie, dont son congénère, son frère aîné, était atteint héréditairement.

L'action préventive du médicament, jusque sur la descendance, ne saurait être contestable, surtout quand on rapproche le fait clinique du fait expérimental, et j'ajoute, relativement au susdit fait clinique, que la mère est également restée à l'abri de toute rechute d'accès épileptique, grâce à l'usage préventif, auquel elle n'avait cesser de rester fidèle — tout le temps, du moins, qu'il m'a été donné de la suivre — du médicament qui l'avait préservée, elle et sa progéniture.

Les principes immédiats végétaux fournissent également des exemples remarquables.

C'est d'abord le colchique, ou mieux la colchicine.

Son action physiologique s'exerce, ainsi que nous l'avons démontré, d'une façon prédominante, élective, par conséquent, sur le système nerveux ganglionnaire, se traduisant par l'hyperexcitation de toutes les fonctions de sécrétion et d'excrétion, donnant lieu à un puissant effort éliminatoire, surtout gastro-intestinal, par mécanisme excito-moteur ou réflexe du côté de la sphère du sympathique ; par là, s'explique l'action résolutive du colchique, et surtout de son principe immédiat sur la dyscrasie goutteuse, action qui ne s'adresse pas seulement à la maladie et à ses accès confirmés, mais aussi à la prophylaxie, à la prévention de ces accès. »

Abordant ici l'étude du nouveau curare dont il a déjà dit un mot, M. Laborde continue ainsi :

« Convaincu, avec M. Duquesnel, que ce curare devait exister, nous avons fini par découvrir la plante exotique d'où il peut être extrait, et d'où nous l'extrayons à volonté. Tout ce que je puis dire, pour le moment, de cette plante, au point de vue botanique, c'est qu'elle appartient à la famille des strychnées, et qu'elle paraît être la véritable plante à curare dont la préparation, plus ou moins mélangée et complexe, a fait, jusqu'à présent, le secret de certaines tribus des bords de l'Orénoque ou de l'Amazone, qui en ont la spécialité.

Quoi qu'il en soit, nous sommes en possession d'un produit unique, provenant de la même plante (particulièrement de son écorce qui en est la partie la plus riche) et par conséquent toujours identique à lui-même.

Eh bien, ce que je veux démontrer, c'est que le curare est à la fois un préventif assuré et un curatif du tétanos toxique expérimental, notamment du tétanos strychnique.

Voici deux grenouilles :

A l'une, j'ai injecté une dose suffisante pour amener la curarisation bien caractérisée aussi complète que possible, sans être mortelle, environ un cinquième de milligramme de notre extrait de curare.

A la seconde grenouille, prise comme témoin, j'ai injecté une dose suffisante (environ un quart de milligramme) de chlorhydrate de strychnine, pour provoquer, au bout de quelques minutes, un tétanos strychnique des plus accentués.

Une fois la première grenouille dans l'état de curarisation préalable, je puis dire préventive, je lui injecte, comme à la deuxième, la même dose de chlorhydrate de strychnine.

Or, premier résultat : cette première grenouille ne présente et ne présentera, à aucun moment de sa survie, qui peut être définitive (car en voici une dont le cœur bat encore plus de quatre jours après l'expérience), aucun signe de tétanos strychnique.

Tandis que la seconde est, comme vous le voyez, en état de tétanisation complète, que provoque le moindre attouchement, le moindre choc de voisinage.

Mais si nous injectons, à cette grenouille tétanisée, la dose de curare administrée préventivement à la première, l'état tétanique cesse complètement au bout de quelques minutes et ne se reproduira plus : elle reste dans l'état paralytique et flasque de la curarisation.

Bien plus, cet état curatif peut être réalisé au bout de quarante-huit heures, et plus, de la tétanisation persistante, ainsi que je vous en montre un exemple, chez cette autre grenouille, dont le cœur continue toujours à battre parfaitement et normalement.

Ainsi, dans cette alternative expérimentale, notre curare possède et montre à la fois une action préventive et curative du tétanos toxique.

Des expériences semblables, commencées sur les mammifères, nous permettent de prévoir des résultats identiques : il ne s'agit que de déterminer, aussi exactement que possible, les doses appropriées à l'antagonisme médicamenteux, sans danger pour la vie de l'animal : je me livre à cette recherche, dans le but d'en faire bénéficier la pathologie humaine, et j'espère pouvoir en communiquer incessamment la suite à l'Académie.

Tel est le fait expérimental dans toute sa simplicité : il n'implique pas seulement un résultat d'une clarté évidente, il s'en dégage, aussi, une explication plausible relativement à l'action antagoniste des substances, dont l'une est médicamenteuse par rapport à l'autre et joue le rôle à la fois de

médicament préventif et de médicament curatif : l'un des toxiques, en effet, la strychnine, détermine, comme manifestation symptomatique caractéristique de son action, la convulsion tétanique, en exerçant, d'une façon prédominante, élective, cette action sur l'élément organique excito-moteur et sur le phénomème fonctionnel qui en dépend, qui est mis en état d'éréthisme extrême.

L'autre toxique, le curare, réalise un effet tout contraire sur l'organisme, avec lequel il est en conflit : il annihile le phénomène excito-moteur, et, par conséquent, toute manifestation, soit normale, soit morbide de la fonction, en agissant, électivement, sur la motricité nerveuse, qu'il atténue ou anéantit. De là, le contraste physiologique absolu, qui constitue la prévention ou l'immunisation dans ce qu'elle a de plus tangible. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Œdème nerveux. — Il s'agit, dans le cas publié par M. S. Fedorovsky, d'un soldat chez lequel l'œdème est survenu pour la première fois, il y a trois ans, à l'occasion d'un traumatisme violent suivi de perte de connaissance ; lorsque le malade revint à lui, il s'aperçut qu'il avait les deux membres parésiés et de l'œdème de la moitié gauche de la face qui a persisté pendant deux semaines. Depuis cette époque, cet homme souffre souvent de céphalées, surtout du côté gauche de la tête, et a souvent de l'œdème de la joue et des paupières gauches, principalement à la suite de mouvements énergiques de tout le corps. L'auteur a même pu provoquer cet œdème en disant au malade de se lever sur la pointe des pieds et de se laisser retomber de tout son poids et de répéter un certain nombre de fois cet exercice, ou bien de marcher d'un pas rapide comme au cours des exercices militaires. Au bout d'un certain temps, on voyait l'œdème se produire sur le côté gauche de la face, et les paupières boursouflées fermer complètement l'œil ; cet œdème persistait deux jours, puis disparaissait sans laisser de traces.

Pendant la formation de l'œdème, le pouls devenait très fréquent et on pouvait compter jusqu'à 100 battements par minute (au lieu de 60, comme dans l'intervalle de ces accès d'œdème), le choc de la pointe devenait perceptible dans le quatrième espace, les battements des carotides devenaient très violents.

A l'examen du malade, on trouve une cicatrice au niveau de la région frontale gauche, et une autre au niveau de la région occipitale, Il y a une diminution assez marquée de la sensibilité générale du côté gauche du cœur, affaiblie à droite. La sensibilité électrique à la douleur est normale sur le côté gauche ; les organes des sens et le champ visuel sont normaux. Léger myosis à gauche, et au fond de l'œil gauche on constate un dépôt plus considérable de pigments et une dilatation vasculaire plus grande que dans l'œil droit.

Les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés.

En raison de ces symptômes et de l'absence de stigmates d'hystérie, l'auteur conclut qu'il s'agit, dans ce cas, de névrose d'origine traumatique, le traumatisme ayant provoqué une excitabilité spéciale des nerfs vaso-moteurs de la face. (*Wratsch*, 1895, n° 26.)

Cure radicale des hémorroïdes avec suture, d'après le procédé du professeur Podreze. — Le procédé du professeur Podreze est le suivant : le malade étant anesthésié et la région préparée, on dilate un peu le sphincter et, après avoir introduit en tampon d'ouate dans l'anus, on pince chaque paquet hémorroïdaire à sa base à l'aide d'une pince de Péan. On incise la peau très près de la ligne muco-cutanée, au besoin, si les hémorroïdes sont nombreuses, on fait une incision circulaire, et on *transsuture* les paquets vasculaires : pour cela l'aiguille est introduite par la plaie formée par l'écartement de la muqueuse et de la peau incisée, est passée tout autour du paquet, dans le tissu sous-muqueux, et est ensuite amenée au dehors, toujours entre les deux lèvres de la plaie, le fil qui enserre ainsi le paquet hémorroïdaire est serré et noué. Chaque paquet est enserré de la même façon, ensuite on coupe les paquets hémorroïdaires, au-dessous des pinces, et on suture la muqueuse à la peau, au niveau de son incision. Introduction d'un gros drain entouré de gaze iodoformée, et pansement.

M. S. Golachowski, qui rapporte plusieurs observations de malades opérés d'après ce procédé, trouve qu'il présente des avantages sérieux sur les autres procédés opératoires : 1° la technique opératoire est très simple, facile et demande fort peu d'instruments ; 2° l'opération est complètement indolore ; 3° rapidité avec laquelle se fait l'opération ; 4° les pertes de sang sont insignifiantes ; 5° guérison rapide : au bout de dix jours les opérés peuvent quitter l'hôpital ; 6° jamais ce procédé n'a donné de complications quelconques, ni de troubles de défécation, la cicatrice est souple. Aussi l'auteur conclut-il que le procédé du professeur Podreze répond à toutes les conditions d'une opération idéale d'hémorroïdes. (*Wratsch*, 1895, n°s 26 et 27.)

Cas intéressant de sclérose en plaques. — Il s'agit, dans le cas observé par M. A. Visel, d'un homme de trente-deux ans, chez lequel sont survenus pour la première fois, il y a six ans, des vertiges et de la faiblesse ayant persisté pendant plusieurs jours ; dix mois plus tard, l'accès se répéta.

Depuis cette époque, le malade a souvent des céphalées qui deviennent de plus en plus violentes ; en outre, une hémiplégie *droite* s'est développée, la parole est devenue lente et traînante, la diplopie et le tremblement intentionnel ont existé pendant un certain temps, enfin il y avait des troubles sphinctériens et diminution de l'acuité visuelle. A l'examen du malade à son entrée, on trouva, en dehors de ces troubles, de la parésie dans la zone de la distribution du nerf facial et du moteur oculaire externe gauche, de la contracture des membres inférieurs, les réflexes rotuliens sont exagérés. On note encore du nystagmus horizontal, de la décoloration des papilles et des troubles de l'intelligence. La démarche était titubante et spasmodique et rappelait la démarche hémiplégique.

Il y avait donc ici deux ordres de symptômes : d'une part, hémiparésie droite, paralysie du facial et du moteur oculaire externe gauche, contracture spasmodique des extrémités paralysées et démarche hémiplégique ; d'autre part, il y avait contracture spasmodique des membres non paralysés, démarche titubante et spasmodique, nystagmus, décoloration papillaire, parole embarrassée, troubles sphinctériens et perte de la mémoire, facies hébété. La première série de symptômes indique l'existence d'une lésion protubérantielle et constitue l'hémiplégie alterne de Millard-Gubler.

La deuxième série rappelle le tableau à peu près classique de la sclérose en plaques. Il reste à savoir s'il ne s'agit que d'une simple coïncidence de deux affections, ou bien s'il y a entre elles rapport de cause à effet. C'est cette dernière hypothèse qui est plus plausible et le syndrome Millard-Gubler ne serait ici, d'après l'auteur, qu'une des manifestations protubérantielles de la sclérose en plaques disséminée. On sait que le professeur Charcot avait décrit trois formes atypiques de cette dernière affection : forme fruste par effacement de quelques symptômes ; forme fruste primitive et forme fruste par intervention des phénomènes insolites ; grâce à ces phénomènes insolites, la sclérose en plaques

peut revêtir l'aspect clinique de la sclérose amyotrophique latérale, du tabes spasmodique, de la myélite transverse, etc., suivant la prédominance de tel ou tel symptôme ; de là, trois sous-divisions de la troisième forme atypique. M. Visel, qui pense que chez son malade il s'agissait de sclérose en plaques avec foyer protubérantiel, propose d'ajouter, aux trois sous-divisions de Charcot, une quatrième : sclérose à forme hémiplégique alterne, dont un cas a été rapporté, en 1893, par le professeur Merjeievsky à la Société de psychiatrie de Saint-Pétersbourg. (*Wratsch*, 1895, n° 37.)

La moelle des os comme agent hématopoiétique dans certaines affections chroniques et cachectisantes. — Encouragé par les résultats obtenus déjà par quelques auteurs, M. Th. Alexeïeff a prescrit à quelques malades l'emploi de la moelle osseuse, à la dose de 50 à 100 grammes par jour. La moelle peut être prise soit à l'état frais en tartines, soit dans du bouillon ou enfin préparée d'après le procédé suivant dû à A. Baris : 100 grammes de moelle osseuse fraîche sont triturés dans un mortier avec 35 grammes de vin de porto, 35 grammes de glycérine et 20 grammes de gélatine. Si les malades ont de la diarrhée, la glycérine est avantageusement remplacée par de la crème. Il vaut mieux triturer d'abord, dans un mortier légèrement chauffé, la moelle et le vin, puis dans un autre la glycérine et la gélatine, et ensuite mélanger les deux jusqu'à formation de masse uniforme. L'auteur a employé cette médication dans six cas.

Chez deux malades, atteints de cachexie palustre, le traitement par la moelle des os a amené une diminution du volume de la rate, une amélioration du teint et de l'état général, les forces des malades revinrent; chez le deuxième d'entre eux les plasmodies qui se trouvaient dans le sang ont disparu. Chez un autre malade, il s'agissait de purpura hémorragique rebelle à tout traitement et ayant amené un épuisement extrême; en désespoir de cause, l'auteur fit prendre au malade de la moelle osseuse (50 à 100 grammes chaque jour) et peu à peu l'état du malade s'améliora et bientôt la guérison devint complète.

Une jeune femme était atteinte de tuberculose à marche assez rapide avec fièvre et expectoration abondante ; le même traitement fit ici encore merveille : l'expectoration s'arrêta; les signes sthétoscopiques devinrent presque nuls, la malade engraissa. Il en était de même chez un vieillard atteint de pneumonie chronique avec cachexie : le malade fut complètement remis grâce au traitement par la moelle osseuse. Enfin, dans un cas de leucémie, cette médication a amené une amélioration notable de l'état général, une diminution du nombre de leucocytes et une augmentation d'hématies ; la rate diminua de volume. Au moment de la publication de ce travail, le malade était encore en traitement, mais l'auteur espère obtenir la guérison complète. (*Wratsch*, 1895, n°s 38 et 39.)

Traitement de la malaria pernicieuse continue. — M. Grigorieff recommande beaucoup dans cette forme l'emploi de l'arséniate de soude à 2 p. 100, en injections sous-cutanées.

L'injection de cette solution présente sur celle de la liqueur de Fowler, généralement employée, l'avantage de ne pas être douloureuse.

La dose employée par l'auteur est graduellement croissante : IV gouttes (5 milligrammes d'acide arsénieux) le premier jour, VIII gouttes le second, XII le troisième. Dès le premier jour, la température tombe souvent de 40 degrés à la normale, tandis que la quinine a dans ces formes continues, une action lente et incertaine, même si elle est administrée par voie hypodermique (par voie gastrique elle est aussitôt rejetée). Lorsque, après deux ou trois injections d'arséniate de soude, l'hyperthermie est définitivement supprimée, on administrera la quinine (par voie gastrique) et le fer.

Ce mode de traitement ne présente pas de contre-indication chez l'homme ; chez la femme, la grossesse et la lactation constituent une contre-indication absolue. (*Wratsch*, 1895, n° 49.)

S. BROÏDO.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1). Tome II.

Dans le second volume du « Traité de médecine et de thérapeutique », publié sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode, on constate encore la note nouvelle, que nous avons signalée dans le premier. On y trouve la fin de l'étude des maladies microbiennes et l'exposé des maladies produites par les champignons. Ce simple énoncé indique la tendance des directeurs de ce Traité à donner plus de place que de coutume à la pathologie générale. C'est ainsi qu'on trouvera, dans un excellent chapitre, le résumé de l'histoire de la tuberculose, ou plutôt du tubercule et du bacille, fait de main de maître par le professeur Straus. C'est la même tendance qui a fait placer dans ce même volume l'histoire sommaire des maladies causées par des champignons. Elle est précédée d'une courte introduction due à la plume de M. Girode.

On trouve, en somme, dans ce second volume trois groupes principaux de maladies : les maladies infectieuses, qui appartiennent surtout à la pathologie exotique : le typhus exanthématique, le typhus récurrent, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie, le choléra ; la lèpre ; les maladies vénériennes ; les maladies transmises à l'homme par les animaux, la morve, le charbon, la rage, le tétanos ; le béribéri. Le rhumatisme articulaire aigu paraît un peu étonné de venir à la suite du tétanos et du béribéri ; on n'a probablement su où le mettre : c'est, en effet, une maladie fort gênante pour les faiseurs de traités et de manuels de pathologie ; ils ne savent quelle place lui attribuer.

Les noms des auteurs qui ont signé les divers chapitres sont bien connus du public médical. M. Netter a rédigé l'histoire du typhus exanthématique et du typhus récurrent; M. Vaillard, le professeur du Val-de-Grâce, celle de la dysenterie et du tétanos. A M. Thoinot a été confié le choléra asiatique ; à M. Ménétrier la morve, le charbon et la rage ; à M. Widal le rhumatisme articulaire aigu et le pseudo-rhumatisme infectieux ; à M. Hallopeau, la lèpre. M. Balzer, le médecin bien connu de l'hôpital Ricord, a écrit tout ce qui concerne les maladies vénériennes, sa contribution à ce volume dépasse ainsi 200 pages ; les lecteurs ne s'en plaindront certainement pas.

Le simple énoncé du nom des auteurs nous dispensera de faire l'analyse et l'éloge de ce volume.

Nous ne ferons qu'une seule critique : nous trouvons que ce Traité ne justifie encore qu'insuffisamment son titre de « Traité de médecine et de thérapeutique ». Les auteurs, à notre sens, se sont un peu trop bornés à dire brièvement les choses essentielles pour le traitement. Le traitement reste ainsi, comme c'est la coutume dans les ouvrages de cet ordre, un simple appendice de la pathologie. Nous aurions voulu y voir à la fois plus de thérapeutique générale et plus de détails dans la discussion et la mise en œuvre des indications.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 31. — JEUDI 12 MARS 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 12 MARS 1896. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris est définitivement composé de MM. Péan, Cruveilhier, Le Dentu, Gérard-Marchant, Kirmisson, Reclus et Labadie-Lagrave.

— L'Association médicale mutuelle de la Seine, qui, au 31 décembre 1895, avait en caisse 155560 francs, possède actuellement plus de 160000 francs. Elle compte 362 membres participants. Elle a payé, cette année, l'indemnité-maladie à 34 malades, qui se sont partagé la somme de 18710 francs. Depuis sa fondation, qui remonte à neuf ans, l'Association a versé près de 90000 francs d'indemnités à ses associés malades.

— Les médailles d'honneur suivantes sont décernées pour services exceptionnels rendus pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de Châteaudun, en janvier et février 1896.

Médailles d'or. — Mme Blat (sœur Philomène), supérieure des religieuses des salles militaires de l'hospice mixte de Châteaudun. — M. Licht, médecin-major de deuxième classe au 20e régiment de chasseurs.

Médailles d'argent. — Mme Rabilland (sœur Marthe), religieuse au même hospice. — M. Couturé, infirmier civil. — M. Delente, infirmier à la 4e section. — M. Gouffé, brigadier au 20e régiment de chasseurs. — M. Chérault, cavalier audit régiment.

Médaille de bronze. — M. Merceron, cavalier au 20e régiment de chasseurs.

— Le concours pour une place de chef de clinique d'accouchement, près l'École de médecine de Marseille, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paul Reynaud.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Bordier est chargé d'un cours de physiologie.

— *École de médecine de Tours.* — M. le professeur Barnsby est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Semaine Sainte à Rome.* — Billets d'aller et retour de Paris à Rome (via Mont Cenis), valables pendant 30 jours : 1re classe, **255** fr.; 2e classe, **180** fr.; 3e classe, **118** fr.

Billets délivrés du 22 mars au 2 avril 1896 inclusivement à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie, ainsi que dans les agences Cook et fils, Voyages économiques, Wagons-Lits, Gaze et fils, Lubin, « Indicateurs Duchemin » et Desroches.

Les voyageurs peuvent se procurer à Rome des billets d'aller et retour dont la validité n'expirera qu'avec celle de leur billet Paris-Rome :

Au prix de 40 fr. 20 en 1re classe, de 28 fr. 15 en 2e classe et de 17 fr. 70 en 3e classe, pour Naples;

Au prix de 45 fr. en 1re classe, de 31 fr. 50 en 2e classe et de 19 fr. 30 en 3e classe, pour Naples-Pompéi ou vallée de Pompéi.

Transport gratuit de 30 kilogrammes de bagages sur le parcours français. Aucune franchise n'est accordée sur le parcours italien.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

164. M. Papas. Des effets de la digitale dans les cas d'insuffisance tricuspidienne. — 165. Mlle Lope. Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée. — 166. M. Chrétien. Essai sur la fièvre des tuberculeux. (Toxicité des crachats. Toxicité des urines). — 167. M. Auvray. Les tumeurs cérébrales. Clinique et chirurgie. — 168. M. Bouglé. Contribution à l'étude des fractures spontanées. — 169. M. Dauriac. Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. — 170. M. Marlière. Causes de la durée et de la chronicité de l'otite moyenne suppurée. — 171. M. Kolpoktchi. Les grands lavages du gros intestin. Méthode diagnostique et thérapeutique dans l'occlusion intestinale. — 172. M. Hamon. Contribution à l'étude du traitement des complications de l'avortement. — 173. M. Lemesle. Les irresponsables devant la loi. — 174. M. Mangin-Bocquet. De la fièvre dans la tuberculose et principalement dans la fièvre hectique. — 175. M. Schwab. De la syphilis du placenta. — 176. M. Logereau. Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites. — 177. M. Bouju. Extirpation des kystes de l'épididyme. — 178. M. Syries. L'anesthésie dans la chirurgie oculaire. — 179. M. Moreau. Contribution à l'étude des abcès péripharyngiens. — 180. M. Le Fournier. La mort dans l'hystérie. — 181. M. Devallet. Contribution à l'étude des pelades nerveuses. — 182. M. Auscaler. Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins. — 183. M. Eichmuller. Notes sur la lèpre en Islande. Recherches sur l'étiologie. — 184. M. Grèzes. L'antisepsie médicale dans les pavillons de rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés en 1895. — 185. M. Clamouse. Rectite chronique hypertrophique. — 186. M. Louart. De la fracture de Dupuytren avec cal vicieux et de son traitement. — 187. Contribution à l'étude du traitement de la syndactylie congénitale.

de doigt, siégeant en arrière de la ligne bi-auriculaire sur la partie culminante de la bosse pariétale droite. Les tissus mous sont incisés à fond suivant la situation de cette plaie, une incision perpendiculaire la coupe en son milieu, et ainsi se trouve mise à nu une perte de substance osseuse, en forme de triangle à sommet antérieur; sa hauteur mesure 1 centimètre, sa base, longue de 2, se prolonge par une fissure vers la ligne médiane et présente un petit pertuis qui laisse le stylet pénétrer dans le crâne. Avec la gouge et le maillet, je fais à ce niveau un trou de 2 centimètres de côté, et puis ainsi extraire deux esquilles de la table interne : l'une, longue de 1 centimètre et demi, large d'un demi; l'autre, rectangulaire, mesurant 3 centimètres sur 2. Une branche de la méningée donne et doit être oblitérée par tamponnement. Le foyer cérébral au-dessous de la dure-mère déchirée est détergé d'un mélange de caillots sanguins et de pulpe sanieuse. La cavité est légèrement tamponnée à la gaze iodoformée et la tête complètement recouverte par le pansement.

Immédiatement après l'opération, la conscience semble un peu plus nette et la céphalalgie moindre. On prescrit 1 gramme de calomel en dix paquets, et pour la nuit une potion de chloral. La température monte à 39°8. La nuit est très agitée.

Le 17 au matin, le thermomètre marque 40 degrés ; l'état du blessé, au point de vue de la conscience, reste stationnaire; à noter quelques contractions spasmodiques des muscles de la moitié droite de la face et la flaccidité de tout le côté gauche du corps. En présence de ces symptômes, le pansement est levé, le tamponnement du foyer cérébral est enlevé; la cavité est libre de caillots; il se manifeste une certaine tendance à la hernie du cerveau. La gaze iodoformée est placée à plat sans compression du cerveau, et le pansement refait. Dans la journée, agitation, et le soir température 40°2.

La première moitié de la nuit, grâce à une potion de chloral, a été relativement calme. Au matin, le 18, température de 39°6, sans modification des symptômes, sauf une accentuation de l'hémiplégie gauche (face et membres). Le blessé laisse aller sous lui les selles que continue à provoquer la prise de calomel. Le pansement est levé; il existe une légère hernie du cerveau sans battements. Après désinfection, une ponction est faite avec un bistouri enfoncé à 2 centimètres. Elle reste sans résultat. La journée est relativement tranquille; le blessé accepte quelques cuillerées de lait. Le soir, température 40°2.

Le 19, température matin 39°5, soir 40°1 ; à noter une rotation persistante de la tête vers la droite; la conscience diminue. Dans le but de combattre les effets de l'infection générale, on administre une potion avec 1 gramme de teinture de scille et de digitale, laquelle provoque de la diurèse; la diarrhée persiste.

Le 20, température matin 39°6, soir 39°7; même état, sauf inégalité des pupilles; la droite est plus dilatée que la gauche.

Le 21, température matin 39°6; les pupilles sont égales, la tête ne reste plus en rotation à droite, la moitié gauche de la face est agitée de contractions spasmodiques. Le pouls est filiforme, la respiration stertoreuse, la conscience nulle. La mort arrive à trois heures et demie de l'après-midi, le thermomètre marquant 40°6.

A l'autopsie, on constate sur le crâne l'ossification de toutes les sutures. La fissure relevée pendant l'opération, n'atteint pas la ligne médiane. La face externe de la dure-mère du côté droit est tapissée d'une couenne jaune d'or, depuis le foyer de la fracture jusqu'à la base du lobe frontal. Au-dessous d'elle se trouve également une couche de pus qui recouvre le lobe frontal, en particulier les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Au niveau de la fracture existe un foyer de ramollissement cérébral, du volume d'une petite noix, situé à 2 centimètres en arrière de la pariétale ascendante. A la périphérie de ce foyer, la substance paraît saine, elle ne semble même pas injectée. Des coupes pratiquées sur les deux hémisphères, le cervelet et la protubérance, ne font rien découvrir.

Du côté des autres organes : cœur hypertrophié et chargé de graisse, foie muscade très volumineux, rate augmentée d'un tiers environ.

Le blessé a succombé à la méningite suppurée consécutive à l'infection des méninges; la lésion du cerveau lui-même a évolué avec une bénignité remarquable. Il semble que les manœuvres tardives de désinfection ont réussi à déterger le foyer cérébral et sont restées impuissantes contre l'envahissement déjà effectué de la séreuse méningée.

Du fait précédent, les hasards de la clinique me permettent d'en rapprocher un second qui, quelques jours plus tard, a été soumis à mon observation.

J..., maréchal des logis au 2e régiment de spahis, est envoyé à l'hôpital le 24 octobre 1895, avec une plaie du cuir chevelu. Il prétend être tombé vers le milieu de la nuit dans le fossé des fortifications, mais l'examen de la blessure démontre qu'elle a été produite par un coup de bâton, ce que confirment finalement les demi-aveux du blessé.

Dans la partie postéro-supérieure de la région pariétale droite existe une incision transversale du cuir chevelu, longue de 7 centimètres. Peu après l'accident, elle a été pansée, et, quinze heures plus tard, sur mon conseil, M. le médecin-major Messerer incise à fond les tissus contus, et crucialement pratique une seconde incision. Le crâne, ainsi mis à nu, présente un enfoncement à bords nets de la table externe, de forme rectangulaire, long de 2, large de 1 centimètre. Avec la gouge et le maillet, le tissu osseux est abrasé au pourtour et la table externe, saisie avec une pince, est extraite, doublée du diploé. Dans le fond de la perte de substance, persiste la table interne, débordant de tous côtés le trou superficiellement pratiqué et qu'il est nécessaire d'élargir pour extraire l'esquille. La dure-mère est intacte. Un pansement à la gaze iodoformée, sans suture des lambeaux du cuir chevelu, est appliqué.

L'évolution de la blessure fut parfaite, sans réaction fébrile, sans phénomènes cérébraux, si bien que, dès le lendemain matin, l'opéré quittait son lit, et, avant la visite, allait se promener dans le jardin. Il fallut insister pour qu'il acceptât de prendre quelque précaution.

Le 28, le premier pansement fut levé, le tampon de gaze iodoformée enlevé et les quatre lambeaux du cuir chevelu rapprochés. Le 12 novembre, ils étaient en majeure partie soudés, mais sous eux persistait une petite cavité qui, tendant à bourgeonner, fut pansée avec une mèche enduite de styrax. A la date du 25, la cicatrisation est complète. Le blessé paraît être en santé parfaite ; il accuse, toutefois, une sensation de ballottement quand il baisse la tête. La pression au niveau de la blessure n'est pas douloureuse.

LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

Par M. Broca,

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Depuis cinq ans, j'étudie le traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, et je crois être le chirurgien français qui en a la plus grande expérience, puisque je base mes appréciations sur 37 interventions. Ce traitement a été inauguré par Hoffa et perfectionné par Lorenz : le procédé que vient de décrire M. Calot, par incision ex-

terne passant entre le *fascia lata* et le moyen fessier, est exactement celui de Lorenz, et il était bon de le spécifier. Peut-être est-ce la méthode d'avenir et j'ai commencé à la mettre à l'étude, mais ce que j'affirme, c'est qu'on a dénaturé la valeur exacte et les dangers du procédé que j'ai décrit au congrès de Bordeaux. Dans ce procédé, j'aborde la capsule par l'incision de Langenbeck, entre deux faisceaux du grand fessier, et après avoir relevé en un volet les muscles trochantériens avec ostéotomie temporaire du trochanter; je ne sectionne pas ces muscles, il n'y a pas d'hémorragie, il n'y a pas de choc. Et si, au Congrès de Bordeaux, ma statistique comprenait 3 décès sur 27 cas, actuellement elle reste à 3 décès sur 37 cas; et avec un aide, toujours le même, M. Delanglade, j'ai opéré actuellement 31 cas de suite sans un seul décès. On peut porter le jugement qu'on voudra d'après des chiffres obtenus en réunissant des faits épars, dus à des chirurgiens différents, mais on n'a pas le droit de dire qu'il fallait une technique nouvelle pour rendre l'opération bénigne. En avril 1895, j'ai publié 22 opérations de suite, sans un décès, et j'ai affirmé que l'opération bien conduite, était bénigne; et ce que j'ai observé depuis n'a fait que confirmer mon dire.

J'en arrive à la question des résultats: ici encore, il ne faudrait pas croire que tout fût mauvais jusqu'à présent, et, loin d'être découragé, je trouve, au contraire, les résultats satisfaisants, et, de plus en plus, je suis porté à opérer. Il importe d'attendre, avant de juger, de revoir les malades à long intervalle, et de les examiner à la fois au point de vue artistique et au point de vue fonctionnel, en tenant compte de la gravité des cas, lors de l'opération: au point de vue artistique, constater où en est la claudication et si elle est plus ou moins disgracieuse; au point de vue fonctionnel, constater si l'enfant peut faire de longues courses.

Si je défalque, ce qui est nécessaire, les malades décédés, perdus de vue, encore couchés ou encore soumis au traitement orthopédique post-opératoire, il reste 19 opérés assez anciens pour entrer en ligne de compte dans l'étude des résultats définitifs. Sur ce nombre, je compte trois récidives : je crois que je les éviterai aujourd'hui.

Les 16 autres enfants ont, à un degré variable, bénéficié de l'intervention, et deux autopsies pratiquées tardivement, 4 et 16 mois après l'opération parfaitement guérie, m'ont démontré qu'il se constitue, en effet, une néarthose solide. La tête est fixée, ne peut plus subir à chaque pas l'ascension à cause de laquelle la marche est très fatigante et la claudication particulièrement disgracieuse. Quelquefois, la claudication devient nulle après l'opération, et j'en ai observé deux cas; je présente deux malades — dont un cas de luxation bilatérale — chez lesquelles elle est presque nulle, et j'aurais pu multiplier ces exemples; j'en présente une chez laquelle elle est nulle. Sauf quatre enfants en bas âge, je n'ai opéré que des sujets dont la luxation était grave, ne permettait pas la marche pendant plus de dix minutes, et tous font aujourd'hui de longues courses sans fatigue. Chez une fillette, j'ai employé l'incision demi-circulaire de Jäger, et, la hanche étant solide, il persiste une oscillation disgracieuse que j'attribue à la section des muscles de la fesse; aussi ai-je renoncé à cette technique défectueuse. Avec Lorenz, j'ai remplacé, après l'opération, l'extension continue par l'appareil plâtré; mais l'extension pré-opératoire rend d'immenses services pour la réduction de vieilles luxations, chez les enfants de dix à quinze ans.

DE L'ACTION PRÉVENTIVE ET IMMUNISANTE
DES AGENTS DE LA MATIÈRE MÉDICALE (1)

Par M. V. Laborde, membre de l'Académie de médecine.

II

L'action préventive, prophylactique de la quinine, dans le paludisme, ne saurait pas plus être mise en doute, en principe, que celle des substances d'origine similaire, végétale ou minérale, que nous venons d'examiner.

Pour ne parler, quant à présent, que de la dose, il est certain que l'infériorité minime de la dose préventive, dont la moyenne n'a guère dépassé 20 à 25 centigrammes de sel quinique, répétée seulement à plusieurs jours intercalaires, a dû constituer une des causes d'insuccès; et ce n'est pas, assurément, sur des faits de cette nature, quel qu'en soit le nombre, qu'il est permis d'asseoir une opinion ferme et véritablement autorisée, touchant la réalité de l'action préventive de la quinine.

C'est ce qu'a également fait remarquer M. Léon Colin.

Et néanmoins, on trouve dans la littérature médicale militaire et coloniale, soit étrangère, soit française, des relations qui apportent, à la démonstration de l'action préventive, immunisante de la quinine, un contingent qui n'est pas à dédaigner.

Sur 736 hommes habitant la même caserne dans une localité insalubre, 500 reçoivent une dose quotidienne de 10 centigrammes de sulfate de quinine, 90 seulement sont atteints, soit 18 p. 100.

Sur les 236 restants qui n'ont pas été traités, 28 p. 100 sont atteints, soit 10 p. 100 en plus.

M. le docteur Dubergé, médecin principal de la marine, en retraite, auteur d'un livre excellent tout récemment publié, sur le paludisme, a aussi recueilli de la bouche de ses confrères de la marine, rentrant du Sénégal, cette affirmation qu'en prenant journellement 5 centigrammes de sulfate de quinine, il se préservait parfaitement de la malaria, et que chaque fois qu'il a cessé de la prendre, il a eu la fièvre.

III

A Assinie, côte occidentale d'Afrique, les officiers de la *Pénélope* font une excursion dans la rivière marécageuse, la Taüse, qui se jette dans le lac l'Ahy; tous avaient pris, par précaution, du sulfate de quinine (nous ne trouvons pas la dose signalée), à l'exception d'un seul, M. L..., commissaire de division, qui, confiant en son immunité habituelle, s'en abstint.

Or, quelques jours après, il était pris de violents accès de fièvre intermittente tierce, tandis que, parmi les autres, deux seulement éprouvèrent un léger malaise.

La fameuse expédition anglaise contre les Ashantis, qui a pu, à juste titre, être donnée comme modèle, sous tous les rapports, d'organisation sanitaire, fournit un exemple, qui semble être des plus démonstratifs, de la réalité de l'action préservatrice de la quinine : grâce, en effet, à la stricte précaution de donner, au départ, à chacun de ses hommes une dose de quinine, le général Wolseley put faire faire à ses troupes plus de 33 kilomètres sous un soleil ardent, et dans des terrains inondés, sans avoir un seul malade.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 306.

M. Laborde cite plusieurs exemples analogues, qui prouvent l'efficacité de la quinine à titre préventif contre le paludisme.

Dans sa relation du voyage du Mékong et de Cochinchine, le docteur Thorel exprime la conviction de l'efficacité des doses préventives de quinine qu'il prenait et faisait prendre à ses compagnons de voyage.

A la fin du voyage, il n'est resté aucun doute dans l'esprit de la commission tout entière, ni sur l'efficacité de la quinine, ni sur la nécessité de la prendre à titre préventif; car, chaque fois que l'on ait négligé de suivre cette méthode, ou que l'on ait essayé de s'y soustraire, l'accroissement rapide des attaques de fièvre sur les membres de la commission, les a forcés promptement d'y revenir.

D'ailleurs, après quelques mois de voyage, l'expérience avait appris à tout le monde que personne ne possédait l'immunité, et qu'après une ou deux courses dans les forêts humides, et à travers les marais, l'intoxication était certaine; il n'y avait donc pas à attendre les accès.

Presque tous les médecins qui ont participé à la guerre de la Sécession ont constaté et reconnu l'action préventive de la quinine dans la fièvre paludéenne.

IV

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher des faits qui précèdent les observations qui ont pu être faites à Madagascar, par des hommes compétents, relativement aux effets préventifs de la quinine.

Or, tout récemment, un médecin principal de la marine, M. le docteur Baissade, qui a dirigé, pendant plusieurs années, le dispensaire gratuit fondé par notre résident général, M. Le Myre de Vilers, a communiqué au journal le « Temps » d'intéressants renseignements à ce sujet.

Après avoir signalé les principales maladies qui règnent particulièrement dans les régions de l'Imérina et de Tananarive, il arrive à celle de ces maladies qui prédomine sur la zone cotière la plus dangereuse des deux rives de l'île malgache : le paludisme, qui y règne en maître.

« Tous les genres de fièvre, dit-il, se rencontrent à Madagascar, types quotidiens, tierces, quartes, et n'offrent rien de particulier. L'accès bilieux simple est très fréquent et peu grave quand le sujet est atteint après son arrivée sur le haut plateau.

... La quinine agit puissamment, quand elle est employée d'une façon préventive et administrée à doses massives, à des intervalles qui varient nécessairement suivant les régions, et que l'expérience seule et une complète connaissance du pays peuvent faire connaître, tandis qu'elle paraît peu efficace dans les cas de paludisme confirmé. »

V

Il me reste à dire un mot du témoignage de nos maîtres actuels de la médecine militaire, nos collègues pour la plupart, touchant l'action préventive de la quinine dans le paludisme : les professeurs Léon Colin, Kelsch et Kiener, et surtout Laveran, auquel les beaux travaux sur la question confèrent une haute et légitime autorité.

M. Léon Colin ne semble admettre la réalité de l'action préventive de la quinine qu'à l'égard de l'accès de fièvre, et non du principe miasmatique lui-même; aussi estime-t-il que si elle agit, en cette qualité, ce n'est qu'à la condition d'être employée à doses suffisantes, à doses thérapeutiques.

Qu'il me soit permis de remarquer que mon savant collègue fait, dans son interprétation, une pétition de principe: la fièvre, l'accès de fièvre est bien, ici, l'expression, la manifestation objective, tangible, saisissable de l'action — quelle qu'elle soit en elle-même — de ce que M. Léon Colin appelait encore, quand il écrivait ces lignes, le miasme palustre, et qui a pris corps, depuis, sous le nom d'hématozoaire paludique (de Laveran); et si la quinine empêche, en réalité, d'avance, c'est-à-dire prévient l'accès de fièvre en question, n'est-ce pas là une action préventive, la seule peut-être, que nous puissions lui demander ?

Assurément, et en cela M. Colin a pleinement raison, et je suis d'accord avec lui, il faut, pour cela, une dose suffisante, qu'il appelle la dose thérapeutique, à cause, sans doute, de son élévation plus ou moins nécessaire; mais qu'importe? Le fait capital, c'est que la prévention ait lieu.

Parmi les auteurs de compétence spéciale en la matière, nous ne saurions omettre MM. Kelsch et Kiener qui, dans leur *Traité des maladies des pays chauds* (p. 882), en présence de résultats peu certains et plus ou moins contradictoires, ont cru devoir se tenir dans la réserve, concernant l'action préventive de la quinine, à laquelle ils préfèrent les mesures précautionnelles, d'ordre hygiénique, plus simples et, d'après eux, plus efficaces, telles que l'habitude de ne pas s'exposer, à jeun, aux émanations fébrigènes; l'usage des boissons toniques : café, thé, alcool à petites doses, etc., pratique dont on a surtout à se louer en Algérie.

Ces auteurs estiment, d'ailleurs, que l'usage préventif de la quinine présente, entre autres inconvénients, celui d'habituer l'organisme au médicament, dont l'activité spécifique peut se trouver, dès lors, amoindrie ou annulée, au moment où son intervention deviendra absolument rationnelle et nécessaire.

Tout en m'inclinant devant la haute autorité de MM. Kelsch et Kiener, je ne saurais accepter leur opinion quasi exclusive, qui constitue presque une fin de non-recevoir relativement aux indications de la quinine comme préventif.

APPLICATION DE L'ENTOMOLOGIE A LA MÉDECINE LÉGALE

Par M. Galien Mingaud.

M. le docteur Jules Reboul, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et moi, fûmes commis par M. Teissier, juge d'instruction près le Tribunal de première instance de Nîmes, à la date du 4 septembre 1895, à l'effet de :

« *A*, procéder à l'examen : 1° des restes d'un fœtus, trouvé à S..., quartier de la C..., enfoui depuis le 8 juillet dernier; 2° du linge qui enveloppait le fœtus, et 3° de la terre ambiante qui les contenait;

B, et rechercher : si ces restes peuvent être ceux d'un fœtus de quatre à cinq mois ; si le linge porte des taches et de quelle nature, et si l'évolution des insectes contenus dans cette terre concorde avec le laps de temps écoulé depuis l'enfouissement jusqu'à la mise au jour du cadavre. »

M. le docteur J. Reboul s'étant chargé de procéder à l'examen des restes du fœtus pour en déterminer l'âge, ainsi qu'à l'examen microscopique du linge qui l'enveloppait, je n'ai eu, pour ma part, qu'à étudier la terre et le linge qui entouraient les ossements du fœtus, pour rechercher et déterminer les insectes qu'ils renfermaient.

Voici le rapport que nous avons rédigé en prenant pour guide la *Faune des cadavres* de M. Mégnin.

Examen de la terre et du linge qui entouraient les restes du fœtus et des insectes qu'ils renfermaient. — La terre que nous avons eu à examiner est meuble, et prise dans un terrain complanté en pins (*Pinus halepensis* Mill.); elle renfermait des feuilles (aiguilles) de ce végétal ainsi que des chatons.

Les insectes sont peu nombreux en espèces sur les cadavres *enterrés*, surtout quand, comme dans le cas actuel, on a affaire à un très jeune fœtus dont les tissus et organes se sont décomposés rapidement grâce aux micro-organismes qui se développent pendant la putréfaction.

On sait, d'ailleurs, d'après les patients travaux de M. P. Mégnin, que *les travailleurs de la mort* ne suivent pas les mêmes phases sur les cadavres *enterrés* d'âges différents, et ne sont souvent pas les mêmes que ceux des cadavres *à l'air libre*.

Toutes les *escouades* des travailleurs de la mort, classées au nombre de *huit* par M. Mégnin, ne se rencontrent pas simultanément sur le même cadavre; elles se succèdent dans un ordre déterminé et avec une rapidité qui dépend beaucoup des conditions du milieu et des influences atmosphériques.

A ce sujet, disons que, tout le temps que le fœtus est resté en terre, il n'a plu que dans la journée du 11 août.

La putréfaction a donc pu se faire très rapidement, activée par cette sécheresse et par la grande chaleur des mois de juillet et d'août.

1° Nous avons trouvé quelques coques vides de nymphes de la Mouche dorée (*Lucilia Cæsar* Lin.) — 2ᵉ *escouade* de M. Mégnin (loc. cit., p. 33).

Ces coques indiquent qu'il s'est écoulé un mois depuis l'enfouissement du petit cadavre. C'est environ le laps de temps que mettent ces mouches pour opérer leur évolution complète de l'état d'œuf à celui d'insecte parfait.

Il n'y a pas de doute pour nous qu'une femelle de mouche dorée, attirée par l'odeur cadavérique, n'ait pondu ses œufs sur le petit fœtus avant son inhumation, de sorte que ces insectes ont opéré leurs métamorphoses sous terre.

2° Lorsque nous avons déployé le morceau de toile qui enveloppait les petits ossements, une nuée de petits moucherons se sont envolés. Nous avons pu en capturer quelques-uns et reconnaître des *Phora* — 5ᵉ *escouade* de M. Mégnin (loc. cit., p. 59).

De nombreuses nymphes, trouvées adhérentes à la toile et mises en tubes, nous ont donné, dès le lendemain et jours suivants, une éclosion de quatre espèces de *Phora*: *P. incrassata* Meigen, *P. nigra* Meigen, *P. pusilla* Meigen et une espèce nouvelle que M. Mégnin va décrire sous le nom de *P. Mingaudi* Mégnin.

Nous devons à l'obligeance de ce savant spécialiste la détermination de ces insectes.

Ces diptères n'avaient pas encore été signalés comme se trouvant sur des cadavres humains. Ils vivent habituellement à l'état de larves, dans des matières animales ou végétales en décomposition. Dans la région de Paris, c'est la *Phora aterrima* Latr., que M. Mégnin a toujours trouvée en abondance.

Ce qu'il y a d'important à noter, c'est la rapidité avec laquelle les *Phora* ont envahi ce fœtus de quatre à cinq mois.

Les femelles des *Phora*, attirées par les émanations cadavériques, ont pondu leurs œufs à la surface du sol, et les larves qui sont écloses de ces œufs, guidées par leur instinct, ont traversé la couche de terre qui les séparait du cadavre.

Ces insectes ne viennent sur les cadavres que « lorsque, aux fermentations butyriques et caséiques, succède une fermentation ammoniacale composite, sous l'influence de laquelle se produit une liquéfaction noirâtre des matières animales qui n'ont pas été consommées par les travailleurs des précédentes escouades » (Mégnin, loc. cit., p. 55).

Chez les jeunes cadavres *enterrés*, comme dans le cas qui nous occupe, les phases de la décomposition sont plus courtes.

M. Mégnin fait remarquer (loc. cit., p. 209) que l'absence d'autres escouades, première, troisième et quatrième, est due, pour les cadavres *inhumés*, à bien des circonstances qui ne se rencontrent pas pour les cadavres exposés à *l'air libre*. Les documents qu'on possède ne sont pas encore assez complets pour en expliquer actuellement la cause.

En résumé, en examinant la terre à la loupe et en la passant à des cribles de différentes mailles, nous n'avons rencontré que cinq espèces de diptères, dont *quatre sont nouvelles* pour la faune des cadavres :

1. *Lucilia Cæsar* Lin.
2. *Phora incrassata* Meigen.
3. — *nigra* Meigen.
4. — *pusilla* Meigen.
5. — *Mingaudi* Mégnin.

Nous avons aussi trouvé un cloporte, un minuscule ichneumon (hyménoptère), probablement parasite des *Phora*, des fourmis, un abdomen d'*Otiorhynchus meridionalis* (coléoptère) et quelques petits mollusques.

Tous, insectes et mollusques, dénotent très bien une faune rurale, mais sans rapport avec la présence du cadavre, et ne se trouvaient là que fortuitement, sauf, probablement, le petit ichneumonide inféodé aux diptères du genre *Phora*.

Conclusions. — 1. L'évolution successive des insectes, que nous avons trouvés dans le linge et la terre qui entouraient les ossements du petit fœtus, a été d'une durée de 30 jours environ pour la Mouche dorée (*Lucilia Cæsar* Lin), et de 25 à 30 jours pour les *Phora*; en somme, environ 60 *jours*, puisqu'il s'agit ici de deux escouades qui n'ont pas vécu simultanément, mais bien l'une après l'autre.

2. La durée de l'évolution de ces insectes concorde parfaitement avec le laps de temps écoulé depuis l'inhumation du fœtus, 8 juillet, jusqu'à son exhumation, 3 septembre, soit 58 *jours*. (*Montpellier méd.*, 1896, p. 109.)

REVUE DE LA PRESSE

Une température anormale. — M. le docteur A. Bienfait publie, dans la « Gazette médicale de Liège » (1895, p. 76), l'observation suivante :

« Une jeune fille, Anna R..., couturière, âgée de vingt-deux ans, se trouve en ce moment en traitement à l'hôpital des Anglais. Elle présente des symptômes nombreux et variés. Il y a trois mois, à la suite de chagrins de famille, elle devint souffrante, en proie notamment à des douleurs de tête violentes; cet état empira quelque peu et, quelques semaines après, elle présenta un mouvement cadencé de la tête en sens oblique et en même temps une contracture des paupières empêchant les yeux de s'ouvrir; enfin, à la suite

de douleurs assez vives, son état se compliqua de paraparésie, ce qui rendit la marche impossible et amena son transport à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons les symptômes précédents et en plus une anesthésie complète de presque toute la surface du corps; la peau de l'abdomen, des cuisses et des jambes, du côté de l'extension, présente un aspect analogue à celui de l'ichtyose, ce qui provient d'une sorte de desquamation de l'épiderme. L'appétit est presque nul. Cette malade présente, en outre, de l'hyperesthésie ovarique et la sensation de boule; en somme, c'est une hystérique dans toute l'acception du mot, quoiqu'elle ne renseigne aucune attaque.

Quant à la température, elle était normale lors de son entrée, puis devint irrégulière, atteignant quelquefois 39 degrés; enfin, un matin, à huit heures, elle atteignait 43 degrés. A partir de ce moment, la température fut prise de deux en deux heures. Elle se maintint à cette hauteur jusque dans le courant de l'après-midi, puis redevint normale; le lendemain, même courbe; le troisième jour et les suivants, elle atteignit 45 degrés et s'y maintint continuellement, sauf la nuit.

Cependant, cette personne ne présentait ni accélération notable du pouls, ni chaleur à la peau, ni langue sèche, les thermomètres introduits dans la bouche, le rectum et le vagin, indiquaient 36°9, 37°5 et 37°6.

S'agirait-il d'une hyperthermie locale? Impossible : il n'y a aucun foyer inflammatoire, aucune contraction dans la région de l'aisselle; d'ailleurs, le thermomètre monte au maximum aussi bien à droite qu'à gauche.

Nous nous trouvons en présence d'une supercherie, mais en quoi le truc consiste-t-il? La malade n'a à sa disposition ni allumettes, ni eau, ni aliments chauds. Arrive-t-elle à chauffer le thermomètre en le frictionnant vivement? Non, on l'a surveillée, et d'ailleurs il est presque impossible d'atteindre par ce procédé des températures aussi fortes.

La cuvette du thermomètre n'est-elle pas assez fine et élastique pour céder légèrement à la pression et faire monter le mercure? Non, nous avons vérifié ce point. Et bien, alors?

Je me cache, à l'insu de la malade, derrière les rideaux du lit voisin pendant qu'on applique le thermomètre et qu'on se retire. Le bruit des pas s'étant éteint dans l'éloignement, la malade ramène les rideaux de son lit, tire le thermomètre, le retourne la cuvette en l'air et se frappe la poitrine à coups redoublés avec l'extrémité opposée. Qu'en résulte-t-il? Le mercure descend par inertie jusqu'au bout du tube capillaire et marque 45 degrés. Je ne me montre pas, mais le lendemain, à la visite du chef de service, je déclare, sans m'adresser à la malade, que cette température extraordinaire est un signe de guérison à bref délai, et que, dans deux ou trois jours, la malade pourra quitter l'hôpital; si la température baissait, ce serait là un symptôme fâcheux. Mes interlocuteurs sont absolument du même avis.

Résultat : à partir de ce moment, la température est redevenue normale. »

Soufles anorganiques du cœur chez les enfants. — M. Delabost résume ainsi, dans la « Revue des maladies de l'enfance » (1895, p. 549), des recherches qui ont porté sur près de 400 observations :

« Il existe chez l'enfant, comme chez l'adulte, des souffles cardio-pulmonaires, c'est-à-dire des souffles indépendants de toute lésion organique, et qui sont la presque totalité des souffles anorganiques.

Ces souffles n'apparaissent que vers trois ans et demi, et augmentent ensuite progressivement de fréquence, jusque vers la vingtième année, comme le montrent mes recherches qui portent sur un total de près de 400 observations.

Le diagnostic des souffles cardio-pulmonaires présente une importance considérable, en dissipant, à raison de leur innocuité, les craintes que font toujours naître les symptômes des lésions organiques du cœur.

Les règles posées par M. le professeur Potain pour établir ce diagnostic chez les adultes sont applicables aux enfants.

L'apparition de ces souffles semble favorisée par quelques maladies (chorée, scarlatine, rhumatisme), tandis que l'influence d'autres affections paraît nulle (coqueluche, diphtérie, pneumonie).

La clinique infantile confirme en son entier la *théorie de Potain*, telle qu'elle a été formulée dans la *Clinique de la Charité*. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

De l'appendicite. — M. DIEULAFOY commence par s'excuser auprès de ses collègues chirurgiens d'empiéter sur leur domaine, en voulant surtout insister sur le traitement chirurgical de l'appendicite. Il pense toutefois qu'il est un terrain neutre sur lequel médecins et chirurgiens peuvent s'entendre. Tout d'abord, en présence d'une appendicite, c'est toujours le médecin qui est appelé le premier auprès du malade. Le chirurgien n'intervient qu'appelé lui-même par le médecin. Depuis longtemps déjà M. Dieulafoy a été frappé du nombre considérable d'appendicites qu'il a été appelé à traiter. Il a surtout été frappé des méfaits de cette appendicite. C'est avec intention qu'il n'a pas dit typhlite, parce que, pour lui, la typhlite, l'engouement cæcal et toutes les conséquences possibles, abcès de la fosse iliaque, péritonite localisée ou péritonite généralisée, tout cela, qu'on a mis sur le compte de la typhlite, doit être mis sur le compte de l'appendicite. Dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire dans tous les cas, il ne s'agit pas de lésions primitives du cæcum, mais bien de lésions de l'appendice. La typhlite n'existe donc pas et doit être rayée du cadre nosologique. M. Dieulafoy ajoute que la tuberculose primitive du cæcum, des ulcérations dothiénentériques peuvent bien se rencontrer exceptionnellement, mais ces lésions n'ont rien de commun avec la typhlite stercorale des auteurs. Dans tous les cas où, croyant avoir affaire à cette typhlite stercorale, on a opéré ou autopsié les malades, on a trouvé l'appendice malade. M. Dieulafoy rappelle à ce sujet la maladie à laquelle a succombé un homme d'État célèbre et chez lequel avait été diagnostiquée une typhlite. La typhlite n'existe donc plus et ne fait que consacrer une erreur.

Il y a deux grandes variétés d'appendicites : 1° l'appendicite avec calcul; 2° l'appendicite sans calcul. Qu'est-ce que ce calcul qui caractérise la première variété? On a longtemps attribué sa formation à un corps étranger : pépins, morceaux d'os, arêtes de poisson, etc. Or, sur 65 cas de calculs relevés par M. Rochas dans le service de son maître, M. Roux (de Lausanne), il n'y a eu que deux ou trois cas dans lesquels on a trouvé un corps étranger. Ces calculs sont de dimensions différentes; le plus souvent, ils sont de forme allongée, composés de matières organiques et de matières inorganiques. Ce sont de vrais calculs, au même titre que les calculs biliaires ou les calculs rénaux. A côté des lithiases biliaires ou rénales, il faut donc mettre la lithiase appendiculaire.

Quant à l'appendicite sans calculs ou non calculeuse, qu'on peut appeler également appendicite infectieuse, quelle est sa pathogénie? Celle-ci se trouve expliquée par les travaux expérimentaux de M. Clado, qui ont paru bien avant

les nombreux travaux qui ont paru en Allemagne sur le même sujet, ainsi que par les expériences très démonstratives, mais plus récentes de M. Klecsky, de l'Institut Pasteur. Les résultats de ces expériences peuvent ainsi se résumer : Si la virulence des microbes contenus dans l'intestin est représentée par 4, la virulence de ces mêmes microbes, après ligature de cet intestin ou transformation de sa cavité libre en cavité close, deviendra 8, 9 ou 12 et les animaux sur lesquels aura été pratiquée cette ligature succomberont très rapidement à la péritonite généralisée. Ces microbes, en effet, une fois enfermés dans une anse intestinale transformée en cavité close par une double ligature, exaltent leur virulence, passent à travers les parois intestinales et vont infecter le péritoine.

Or, si l'on veut bien appliquer les expériences faites par M. Klecsky sur l'intestin à l'appendice, et si l'on veut bien admettre, pour l'appendice, cette même transformation en cavité close, on comprend dès lors comment cette appendice peut devenir le point de départ d'une infection capable de se généraliser rapidement. La question est donc de savoir si l'appendice est ou non transformée en cavité close.

Plusieurs auteurs ont déjà appelé l'attention sur l'appendicite familiale, héréditaire, appendicite d'origine goutteuse ou arthritique. C'est, en effet, l'hérédité par lithiase appendiculaire, comme il y a l'hérédité par lithiase biliaire ou rénale, toutes trois de même origine, c'est-à-dire d'origine arthritique.

M. Dieulafoy rapporte ici plusieurs exemples d'hérédité ou d'appendicites familiales. Il en rapproche des cas analogues cités par MM. Faisans, Rendu, à la Société médicale des hôpitaux. L'appendicite calculeuse est donc une maladie héréditaire, familiale, qui vient encore grossir le domaine de l'arthritisme, à côté des lithiases biliaire et rénale. De ces trois formes de l'arthritisme, la lithiase appendiculaire est la plus grave. En effet, on ne meurt pas de coliques hépatiques, on ne meurt pas de coliques néphrétiques, on meurt de lithiase appendiculaire. C'est avec intention que M. Dieulafoy n'a pas employé ici le mot de colique appendiculaire. Il s'élève avec énergie contre cette expression, qu'il qualifie de fausse et de funeste.

Le médecin, en présence d'une crise appendiculaire, s'en rapportant à cette expression de colique appendiculaire, commettra une grave erreur, s'il pense qu'il s'agit du passage d'un calcul à travers le canal étroit de l'appendice; confiant dans cette dangereuse sécurité, il attendra que ce calcul ait passé et tombe dans le cæcum. C'est ainsi qu'il perdra un jour, deux jours, puis il appellera le chirurgien trop tard. C'est donc en croyant à la colique appendiculaire qu'on perd un temps précieux.

En effet, M. Dieulafoy insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce, puis, passant en revue la symptomatologie, l'évolution et la marche de l'appendicite, il s'élève contre l'opinion trop généralement admise que l'évolution de l'appendicite présente deux étapes. C'est là une grave erreur.

Le médecin, en présence des premiers signes d'une appendicite, doit surveiller de très près son malade, ne pas se fier à cette évolution en deux étapes, et aussitôt qu'il a pu porter le diagnostic précis d'appendicite, il ne doit pas s'attarder à un traitement médical, toujours insuffisant et inefficace ; il doit appeler le chirurgien et faire ouvrir le ventre à son malade. Il n'y a pas en effet, de traitement médical de l'appendicite. Il n'y a qu'un traitement, la laparotomie.

M. Dieulafoy termine donc en disant : « On ne se repent jamais d'avoir opéré trop tôt, on se repent souvent d'avoir opéré trop tard. »

Hétéro-inoculation professionnelle du cancer. — M. GUERMONPREZ (de Lille) relate deux faits chez lesquels l'inoculation professionnelle du cancer lui paraît évidente.

En juin 1892, un médecin présente une pustule acnéique de la région temporale ; il se grattait souvent en ce point. Il arriva qu'un jour s'étont gratté la paupière, il se produisit au niveau de l'angle externe une petite tumeur qui s'agrandit peu à peu et gagna la région temporale. Il s'agissait d'un épithéliome. Ne trouvant aucun antécédent familial, il y avait lieu de chercher l'origine de cette tumeur dans le transport en ce point et l'inoculation de tissus morbides cancéreux provenant de plusieurs épithéliomes utérins que notre confrère avait eu à soigner quelque temps auparavant.

M. Guermonprez opérait un jour un homme vigoureux de cinquante-six ans, pour un épithélioma de la face. L'homme ayant fait un mouvement brusque, son ongle se releva. M. Guermonprez ressentit une vive douleur. Il lava la place après avoir coupé toute la partie de l'ongle qui avait été soulevée et il termina l'opération. Or, quelque temps après, il constatait en ce point la production d'une petite tumeur verruqueuse, qui résista à une série de traitements les plus variés. Elle ne finit par disparaître qu'au bout de dix-neuf mois. Ce fait paraît pouvoir être également considéré comme un cas d'inoculation hétérogène d'un élément néoplasique, bien que l'examen histologique de la masse verruqueuse n'ait pu être fait.

Photographie du contenu de l'utérus par les rayons de Röntgen. — M. PINARD présente une photographie, en son nom et au nom de MM. Varnier, Chapuis, Chauvel, Funck Brentano. En décembre 1894, il avait extrait un utérus gravide. Cet utérus était conservé dans l'alcool ; c'est sur cette pièce que les auteurs ont essayé la photographie intra-utérine au moyen des rayons de Röntgen. Leurs expériences ont montré qu'il est possible de photographier le fœtus dans un utérus de trois mois.

Sur une seconde pièce, à une période un peu plus avancée de la grossesse, il a été possible d'obtenir sur la plaque photographique l'image du point où était fixé le fœtus. Il est très vraisemblable que les résultats seraient les mêmes sur un utérus vivant. En effet, les auteurs se sont assurés qu'un foie de chien vivant a la même perméabilité qu'un foie pris à l'autopsie. La paroi utérine n'offre pas aux rayons X plus de résistance à la pénétration qu'une lame de caoutchouc de 1 ou 2 millimètres d'épaisseur.

Luxation congénitale de la hanche. — M. BROCA fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 317.)

Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. — M. DUMONTPALLIER fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

De l'action préventive et immunisante des agents de la matière médicale. — M. LABORDE achève la communication de son travail.

M. COLIN rappelle qu'il y a vingt ou vingt-cinq ans, il a étudié l'action préventive de la quinine. Les résultats ont été nuls, mais les doses étaient insuffisantes. Au contraire, administrée à doses plus élevées, mais espacées, la quinine peut rendre des services à titre préventif. Mais il ne faudrait pas que les médecins s'en rapportassent uniquement à cette efficacité préventive de la quinine et ils ne doivent rien négliger des précautions hygiéniques qu'il faut prendre en même temps.

Depuis longtemps déjà, M. Colin a insisté sur les avantages du chlorhydrate de quinine.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 32. — SAMEDI 14 MARS 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 14 MARS 1896. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le poumon cardiaque.

Par M. le docteur F. DE GRANDMAISON.

I

Division du sujet. Historique. — Sous le terme générique de *poumon cardiaque*, on décrit toute une série de lésions pulmonaires — telles sont : la congestion, l'œdème, l'apoplexie, l'embolie, la sclérose, l'induration brune du poumon — qui peuvent être logiquement rapportées au mauvais fonctionnement du cœur.

De ces lésions, les unes, comme la congestion, l'œdème, la sclérose, l'induration brune, ne peuvent s'expliquer que par une altération préalable, plus ou moins profonde, du parenchyme pulmonaire; les autres, comme l'apoplexie, et surtout l'embolie pulmonaire, peuvent se rencontrer dans un poumon dont la structure normale n'a pas été d'avance profondément modifiée. Nous ne rattacherons à la description du poumon cardiaque que les lésions de la première catégorie: elles sont d'ailleurs indissolublement liées entre elles et se succèdent d'une manière progressive et pour ainsi dire fatale, la congestion marquant toujours le début du processus qui finit par aboutir à la sclérose et à l'induration brune.

L'œdème pulmonaire ou congestion œdémateuse a d'abord attiré l'attention des auteurs. C'est en 1753 que, pour la première fois, Pierre Barrère sépara l'œdème pulmonaire de l'hydrothorax avec lequel il avait été jusqu'alors confondu ; mais il fallut le génie de Laënnec (1) pour bien déterminer les caractères de cette lésion. Dans son *Traité de l'auscultation médiate*, il donne avec précision les caractères anatomiques et cliniques de l'*œdème pulmonaire passif*, le seul qu'il admette. Il décrit avec soin les râles bulleux, humides, relativement gros, qui permettront de ne pas le confondre avec la pneumonie au premier degré ; il signale la coïncidence possible de l'ascite et de l'anasarque; mais pour lui, la sérosité épanchée est contenue dans les alvéoles pulmonaires. Cruveilhier (2) accepte les idées de Laënnec, contre lesquelles réagit jusqu'à un certain point Andral (3). Ce dernier distingue, pour la première fois, deux sortes de congestions pulmonaires d'origine cardiaque : les congestions aiguës et les congestions chroniques, constituant, comme nous le verrons bientôt, deux états pathologiques absolument distincts et indépendants ; il décrit avec précision les lésions de l'induration pulmonaire et renverse l'opinion accréditée par Laënnec, en soutenant que la sérosité s'épanche dans le tissu conjonctif qui sépare les alvéoles. Grisolle (4) ne s'attache à étudier que l'œdème chronique et montre que, dans certains cas, la sérosité peut envahir d'anciennes adhérences pleurales, auxquelles elle fait revêtir un aspect gélatiniforme; Fournet (5) attache son nom à la description clinique des râles caractéristiques de l'œdème pulmonaire ; Woillez (6) enfin, dans son étude approfondie de la congestion pulmonaire, indique que les symptômes généraux, qui accompagnent son évolution, font totalement défaut dans les congestions pulmonaires d'origine cardiaque.

Jusqu'ici, les auteurs se sont exclusivement préoccupés de l'étude clinique du poumon cardiaque; avec Virchow (7) la question entre dans une nouvelle phase, on s'occupe de sa partie anatomique. L'auteur allemand étudie la pathogénie de l'induration brune ou pigmentaire ; Dittrich (8), Heschl (9), Rokitansky (10), Bamberger (11) établissent que les lésions pulmonaires d'origine cardiaque s'accompagnent toujours d'hypertrophie du tissu conjonctif; Isambert et Robin (12) décrivent la carnification congestive et l'induration brune. Friedreich (13) met en lumière deux faits nouveaux: la multiplication des éléments contenus dans les alvéoles et la présence du pigment dans les vaisseaux; Buhl (14) insiste sur l'ectasie des capillaires; Ziegler (15), Cornil et Ranvier (16), Weichselbaum (17) portent leur attention sur l'étude histologie de la sclérose pulmonaire au cours des affections cardiaques.

Tous les travaux que nous venons de citer n'ont envisagé qu'une partie de l'étude du poumon cardiaque ; dans ces dernières années, de nouvelles publications ont mis au point la question. Nous devons particulièrement signaler les recherches de Boy-Tessier (18), Renaut (19), Honorrat (20), von Basch (21), Lang (22), Grossmann (23), Ducellier (24), Huchard (25) et son élève Tournier (26). Enfin, il faut encore rappeler les noms de M. Raynaud (27), Lasègue (28), Potain (29), Barié (30), C. Paul (31), Peter (32), Marfan (33), Wurtz (34), Parmentier (35), qui, dans des ouvrages spéciaux, les dictionnaires ou les traités et manuels, ont abordé, sous différentes formes, l'étude du poumon cardiaque.

II

Anatomie pathologique. — Au début de cette étude, nous sommes obligé d'accepter la division créée par Andral, et nous distinguons : 1° le poumon cardiaque actif ; 2° le poumon cardiaque passif; sans nous étendre davantage sur cette distinction qui s'expliquera facilement plus loin.

A. Poumon cardiaque actif. — La lésion caractéristique, dans ce cas, c'est l'*œdème aigu du poumon*. A l'ouverture de la cage thoracique, on est frappé par l'énorme augmentation de volume qu'ont subie les poumons : ces deux organes ont une coloration gris-pâle ou légèrement rosée; leur consistance est molle, élastique, plus dense qu'à l'état normal; ils sont imperméables à l'air, ne crépitent plus, conservent très marquée l'empreinte des côtes; il semble qu'ils sont turgides et comme à l'étroit dans le thorax. Les bords du viscère, surtout le bord tranchant, sont émoussés ; quelquefois ils prennent un développement considérable et revêtent un aspect gélatineux.

La congestion, rare, n'existe guère qu'aux bases. Quand on sectionne le parenchyme, il se fait sous le couteau un vrai ruissellement de sérosité rougeâtre, spumeuse, aérée qui s'échappe de tous côtés. S'il existe d'anciennes adhérences pleurales, il n'est pas rare de constater qu'elles ont été envahies par l'infiltration séreuse dont la pénétration leur a donné un aspect gélatiniforme. Nulle part, il n'existe trace d'inflammation pleurale; en certains points seulement, la séreuse est refoulée par des vésicules aériennes, distendues sous l'influence d'un emphysème très développé et de formation récente.

La sérosité, qui ruisselle quand on presse le poumon œdémateux entre les doigts, est dépourvue de fibrine comme le liquide de l'anasarque; mais elle est très riche en albumine et contient des globules blancs et des hématies.

Le microscope rend compte de la manière dont l'épanchement séreux est distribué dans les diverses parties du poumon. L'examen des coupes éveille l'idée qu'un traumatisme plus ou moins violent a disloqué le parenchyme : il ne s'agit là, d'ailleurs, que de lésions purement mécaniques, nulle part on ne trouve d'altérations de nature inflammatoire. Les cloisons interalvéolaires ont leurs éléments conjonctifs distendus et infiltrés par la sérosité; dans quelques cas où l'œdème a suivi une évolution suraiguë, les alvéoles présentent même, en leur milieu, une rupture très nette. Les capillaires artériels pulmonaires sont aplatis et vides de sang, tandis que les grosses veines pulmonaires et celles du système bronchique sont gorgées de globules rouges. C'est dans des cas tout à fait exceptionnels qu'à travers les parois interalvéolaires, l'infiltration séreuse a fui jusque dans les espaces lymphatiques interlobulaires. A l'intérieur des alvéoles on trouve, mélangées à des hématies et à des leucocytes, des cellules endothéliales desquamées, devenues plus ou moins globuleuses et profondément altérées.

Toutes les lésions, que nous venons d'énumérer, sont donc dues à l'infiltration séreuse et reconnaissent une origine purement mécanique. A la suite d'une crise asystolique aiguë, la sérosité, au lieu de se répandre dans les tissus périphériques, et plus spécialement dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, s'est épanchée dans le tissu conjonctif du poumon, pour des raisons que nous retrouverons plus tard.

B. Poumon cardiaque passif. — Cette lésion pulmonaire a été bien plus étudiée que la précédente, et c'est à elle que se rapportent surtout les descriptions qui ont été données du poumon cardiaque. Dans sa thèse, Ducellier fournit une bonne étude des lésions macroscopiques. Les poumons, augmentés de volume, ne s'affaissent pas à l'ouverture de la cage thoracique; ils se touchent par leurs bords antérieurs et sont accrus de poids; ils ont à leur surface une coloration grisâtre, légèrement rosée, et parsemée quelquefois d'ecchymoses plus ou moins larges.

Une section au couteau permet de distinguer trois zones dans le parenchyme : 1° Une zone de *congestion œdémateuse*; elle occupe les lobes supérieurs des deux poumons et une partie du lobe moyen du poumon droit. Le tissu pulmonaire, un peu plus dense que l'eau, se laisse facilement déprimer et crépite encore; la pression en fait suinter une sérosité plus ou moins sanglante;

2° Une zone de *splénisation*. La splénisation peut se rencontrer en des points très différents du poumon; mais, généralement, elle forme une zone qui se continue graduellement avec la précédente. Le tissu pulmonaire est rouge foncé, beaucoup plus dense que le parenchyme normal, il nage entre deux eaux, ou du moins surnage mal; la pression en fait sourdre un liquide rouge très foncé et peu aéré;

3° Une zone de *sclérose pigmentaire*; elle occupe surtout les lobes inférieurs. A son niveau, le parenchyme, devenu très resistant, ne s'affaisse plus et plonge au fond de l'eau; sa surface de section est sèche et présente une coloration qui varie du brun-rouille au brun noirâtre. Les parois alvéolaires épaissies, dessinent avec netteté des tractus plus ou moins larges, qui sillonnent daas tous les sens le parenchyme pulmonaire; on a, sous les yeux, un véritable tissu de sclérose infiltré d'hématoïdine.

Au milieu de ces diverses zones, et plus spécialement dans celle de la sclérose pulmonaire, se rencontrent de petits foyers hémorragiques : apoplexie pulmonaire, hémorragies sous-pleurales, infarctus hémoptoïques de Laënnec, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir plus loin.

D'après Boy-Tessier, le tissu conjonctif devient le centre de formation de réseaux scléreux qui caractérisent le poumon cardiaque. Si, normalement, les lobules les plus superficiels sont mal délimités par les traînées de charbon pulmonaire; dans le poumon cardiaque ils se trouvent dessinés par de gros tractus blanc grisâtre, dus à l'épaississement du tissu conjonctif interlobulaire. De ce premier réseau conjonctif partent des travées plus fines et plus irrégulières, qui segmentent très inégalement la base polygonale des lobules. Dans ce processus scléreux, la plèvre ne joue aucun rôle; il est, en effet, facile de se convaincre que le tissu conjonctif ne se propage pas à la séreuse. Le réticulum décrit par Boy-Tessier est généralisé à tout le poumon, mais atteint son plus grand développement à la partie postérieure des lobes supérieurs et inférieurs, sièges d'élection de la congestion d'origine cardiaque.

Les trois zones, décrites par Ducellier, ne représentent en somme que les trois degrés d'une même lésion; elles peuvent ne pas se rencontrer sur le même viscère; mais on peut affirmer qu'un poumon qui est envahi par l'induration brune, a présenté antérieurement de la congestion œdémateuse et de la splénisation. Pour nous rendre compte des altérations histologiques du poumon cardiaque, il nous faut donc examiner séparément chacun des états suivants :

congestion œdémateuse, *splénisation*, *sclérose pigmentaire*, ce sera même la voie la plus sûre pour arriver à saisir les liens qui unissent entre eux ces divers processus anatomiques.

Étude histologique. — Avant de nous engager dans l'étude détaillée des lésions histologiques, il est utile de rappeler en quelques mots la texture du poumon sain, ou plutôt de sa partie élémentaire, le lobule pulmonaire. Chacun de ces organicules représente une pyramide dont le sommet est appendu à une ramification bronchique, la bronche sous-lobulaire, et dont la base polygonale répond, soit à la plèvre viscérale, soit à du tissu conjonctif qui le sépare des lobules voisins; les côtés de la pyramide répondent à des parties semblables des pyramides voisines et concourent ainsi à former les cloisons interlobulaires. Nous pouvons donc, avec Boy-Tessier, décrire au lobule deux espaces : 1° un *espace périlobulaire* formé de travées conjonctives qui le circonscrivent, c'est l'*espace alvéolaire* de Ducellier ; 2° un *espace central* comprenant la bronche lobulaire et les vaisseaux qui l'accompagnent, les artères bronchiques et pulmonaires.

1° Congestion œdémateuse. — On y rencontre les trois degrés de l'œdème pulmonaire, tels que les décrit Honorrat : l'œdème transsudatif, diapédétique, hématique.

a. Espace périlobulaire. — Les *cloisons alvéolaires* sont élargies, d'aspect verruqueux, et paraissent, en de certains points, comme soudées à leurs voisines ; au milieu de ce tissu infiltré, les petites veinules ou les capillaires sectionnés par le rasoir, montrent leurs orifices agrandis. Les *capillaires*, dilatés, sont tellement distendus par le sang qu'ils semblent prets à éclater; la distension les rend souvent variqueux, et alors ils sont tordus en S ; d'autres fois ils présentent de petites ectasies circonférentielles, rappelant les anévrysmes en miniature. Leur endothélium desquame, leurs parois sont infiltrées de cellules embryonnaires, il existe de l'endo-péri-artérite. Entre les mailles qui limitent les capillaires, se voient des noyaux plus ou moins nombreux, le stroma élastique ne paraît pas avoir été modifié. Les *veinules* sont très dilatées; elles sont plus ou moins enflammées, infiltrées de cellules rondes dans leur tunique adventice ; il y a endo et périphlébite. Quelques veinules sont obstruées par des caillots peu volumineux, Boy-Tessier a démontré qu'il s'agit là, tout simplement, de thromboses produites *post mortem*.

Dans l'intérieur des alvéoles, on peut trouver un liquide *séro-fibrineux* ne contenant pas de traces d'albumine, à l'inverse de la sérosité de l'œdème aigu ; au sein de ce liquide sont accumulés des leucocytes, des hématies, des cellules épithéliales desquamées et plus ou moins altérées, les unes aplaties, les autres tuméfiées, énormes et granuleuses. Dans certains cas, les globules rouges dominent au milieu des éléments précédents, il y a alors, suivant l'expression de Conheim, *hémorragie* ou *œdème diapédétique ;* ailleurs, sous l'excès de tension, les parois vasculaires présentent des ruptures multiples et comme ponctuées, laissant passer les éléments du sang comme à travers un *crible*, l'hémorragie est alors *élective*, c'est l'*œdème hématique* de Renaut et Honorrat. Ces deux derniers auteurs ont montré que les transformations alvéolaires ne vont pas sans une modification profonde de leur fonctionnement ; ce n'est là, d'ailleurs, qu'une conséquence naturelle des altérations vasculaires. Normalement, à la périphérie du lobule, on rencontre deux sortes de veines : les veines pulmonaires qui reçoivent le sang, après qu'il a été hématosé; les veines bronchiques, qui dépendent du système veineux général, et dont le sang est recueilli par le cœur droit : les premières jouent seules un rôle important dans les échanges respiratoires. Dans le poumon cardiaque, la circulation bronchique prend un développement exagéré, à ce point que certains alvéoles ne servant plus aux échanges respiratoires, les veines pulmonaires elles-mêmes déversent leur contenu dans le système veineux général; d'autres alvéoles demeurent mixtes, et alors présentent un *cycle normal*, dans lequel le sang est oxygéné, et un *cycle aberrant*, dans lequel le sang est repris par la grande circulation. Ce développement anormal du système veineux bronchique entraîne, en des points nombreux du trajet que suit le sang veineux, du cœur droit au cœur gauche, toute une série de *fuites* et de *dérivations* qui, ramenant le sang du lobule pulmonaire dans la circulation veineuse générale, restreignent d'autant le champ de l'hématose et, par suite, la capacité respiratoire du poumon.

b. Espace central. — Les bronches présentent des altérations constantes, mais d'intensité variable, Par places, la muqueuse a conservé son épithélium intact, tandis qu'en d'autres points, elle l'a perdu par desquamation; son chorion est épaissi ; les vaisseaux, serpentins et flexueux, font saillie dans la lumière bronchique et le tissu conjonctif est infiltré d'éléments embryonnaires. Les artères bronchiques et pulmonaires sont toujours irritées, enflammées et atteintes de péri-artérite et surtout d'endo-artérite : Boy-Tessier a constaté ces lésions trente-deux fois dans trente-deux poumons cardiaques. Le tissu conjonctif qui entoure les bronchioles, imbibé par la sérosité, se laisse distendre et est envahi par des cellules embryonnaires qui, dans les phases ultérieures, contribueront à l'organisation lente et progressive du tissu fibreux. Le processus scléreux se produit donc à la fois du côté de l'espace périlobulaire et du côté de l'espace central.

2° Splénisation. — La splénisation, disent Cornil et Ranvier, est « un état du poumon dans lequel les alvéoles pulmonaires sont plus ou moins complètement remplis de cellules épithéliales modifiées et d'un certain nombre de globules blancs et de globules rouges au milieu d'un exsudat liquide granuleux ». Selon Ducellier, cette phase du poumon cardiaque est caractérisée par : la desquamation en masse et la prolifération des cellules épithéliales alvéolaires ; l'augmentation du nombre des leucocytes, la pigmentation des cellules, la prolifération du tissu conjonctif.

a. Espace périlobulaire. — Les parois alvéolaires, encore plus élargies que dans la congestion œdémateuse, présentent toutes les lésions de la néoformation conjonctive : on y peut rencontrer des cellules jeunes infiltrées, des cellules fusiformes mélangées de fibrilles, de la sclérose adulte. La transformation conjonctive est toujours plus accentuée au centre des cloisons qu'à leur périphérie. Les fibres élastiques n'ont pas subi d'altérations; les capillaires ne sont plus ni serpentins, ni variqueux, mais la péri-capillarite les a envahis ; les veines sont atteintes de péri-phlébite, autour d'elles rayonne le tissu fibreux qui envahit les cloisons. De toutes les altérations, les plus intéressantes sont incontestablement celles qui ont frappé l'épithélium alvéolaire. Les cellules épithéliales ont desquamé et sont revenues à l'état indifférent ; elles sont plus nombreuses et quelques-unes, en voie de multiplication, possèdent deux noyaux. Dans de

tels éléments, il est bien difficile de reconnaître l'épithélium respiratoire, d'autant que ces cellules contiennent, pour la plupart, à l'intérieur de leur protoplasma, des granulations jaunâtres ou brunâtres, provenant du pigment sanguin : les cellules sont devenues des phagocytes; Renaut les appelle tout simplement *cellules rouges*. Au niveau des parois alvéolaires, Honorrat a décrit des cellules épithéliales cubiques, qu'il considère comme des *cellules de remplacement*, destinées à prendre la place des épithéliums desquamés. Il admet deux temps dans le processus histologique : un premier temps subinflammatoire, caractérisé par la prolifération des cellules redevenues indifférentes; un deuxième temps, pendant lequel se fait un travail réparateur, reproduisant la surface respiratoire, incessamment modifiée par la transsudation.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la signification des cellules chargées de pigments et d'hématies : Rindfleisch les considère comme des cellules migratrices ; pour Metschnikoff, ce sont vraiment des cellules amiboïdes qui jouent un rôle phagocytaire vis-à-vis des hématies; avec Cornil et Ranvier, Ducellier admet qu'il s'agit tout simplement d'un catarrhe desquamatif de l'alvéole, les cellules deviennent des phagocytes dont le pouvoir absorbant ne doit pas être exagéré.

b. Espace central. — Les *bronches* dilatées ont leur muqueuse épaissie et leurs capillaires très ectasiés; leurs tuniques sont toutes envahies par l'infiltration embryonnaire ; leur cavité est remplie par l'épithélium toujours desquamé. Les *artères pulmonaires* ont leur tunique externe envahie par la prolifération embryonnaire; enfin, par son développement progressif, le *tissu conjonctif* néoformé étouffe de plus en plus les éléments du pédicule lobulaire.

3° Sclérose pigmentaire. — Le processus scléreux a atteint ses extrêmes limites : le tissu conjonctif a envahi tous les éléments du poumon, devenu, par places, un véritable bloc, imperméable à l'air ; c'est la carnification d'Isambert et de Robin, la cirrhose épithéliale de Renant, l'induration brune décrite et admise par tous les auteurs contemporains. La coupe du parenchyme donne une section nette, spongieuse, aréolaire, pigmentée, d'une coloration brune diffuse. A ce degré d'altération, il est bien difficile de distinguer les lésions de l'espace périlobulaire et celles de l'espace central; les deux régions, envahies en même temps par la sclérose, sont allées à la rencontre l'une de l'autre par le développement exagéré du tissu conjonctif qui a envahi le poumon. Le lobule pulmonaire cardiaque est alors caractéristique ; d'après Boy-Tessier on y remarque : 1° l'épaississement de l'espace péri-lobulaire avec travées intralobulaires plus ou moins volumineuses ; 2° l'exagération de l'espace central renfermant une bronche et deux artères plus ou moins altérées; 3° l'infiltration embryonnaire, d'abord, et la transformation fibreuses des cloisons alvéolaires, avec réduction de la cavité des alvéoles ; 4° la dilatation de tous les vaisseaux sanguins avec épaississement de leur tunique externe. Ce qui domine, en somme, c'est la sclérose qui a exagéré, dans des proportions considérables, la distribution normale du tissu conjonctif intra, péri et extralobulaire. Les travées scléreuses sont constituées par des fibres et des fibrilles conjonctives très développées, au sein desquelles se voient des fibres élastiques, et enserrent dans leurs mailles des capillaires qui sont comme maçonnés dans le tissu scléreux : on dirait un tissu caverneux plus ou moins développé. Elles sont infiltrées d'hématoïdine, qu'on retrouve souvent loin des vaisseaux ; elle a été entraînée par les phagocytes : les capillaires pulmonaires enfin, comme l'a dit Renaut, ont perdu leur aptitude respiratoire pour revêtir le type des capillaires du tissu conjonctif.

La cavité alvéolaire est *étoilée*, elle peut ne présenter que l'aspect d'une simple *fente*; ses dimensions sont tellement réduites que l'exsudat y est très diminué. Dans le contenu des alvéoles, après raclage, on peut trouver, d'après Cornil et Ranvier : 1° un grand nombre de cellules lymphatiques, colorées, d'une manière diffuse, en jaune clair ou jaune orangé; 2° des cellules lymphatiques contenant, ou des granulations très fines, jaunes, brunes ou noires, ou de gros blocs de couleur noirâtre ou brunâtre; 3° des leucocytes chargés de granulations graisseuses; 4° de grandes cellules contenant des débris pigmentaires ; 5° de très grosses cellules, moins nombreuses, bourrées de pigment noir; 6° des cellules également pigmentées présentant tous les intermédiaires entre les leucocytes à peine teintés et les grandes cellules; 7° des globules rouges, les uns intacts, les autres déformés; 8° de la fibrine granuleuse ; 9° des granulations pigmentaires libres.

Dans l'espace central : les bronches, envahies par la sclérose, se différencient avec peine du tissu scléreux environnant; les capillaires, en beaucoup de points, se sont rompus dans la cavité bronchique ; les glandes sont atrophiées. Les artères bronchiques et pulmonaires présentent de l'endo-péri-artérite ; les veines pulmonaires sont atteintes de périphlébite, mais l'endophlébite y est exceptionnelle; les lymphatiques sont largement ouverts; les gaines périvasculaires sont énormément développées et gorgées de globules rouges.

On voit, en somme, que, dans le poumon cardiaque passif, les lésions s'installent d'une façon lente et progressive. Chaque attaque d'asystolie, chaque défaillance cardiaque, même légère, marque une aggravation dans les lésions pulmonaires : le poumon cardiaque suit d'ailleurs, dans son évolution anatomique, les mêmes phases que l'œdème cardiaque des membres, quand il arrive à la sclérodermie. La succession des lésions s'explique par les altérations suivantes : 1° dilatation et remplissage des capillaires s'étendant d'un vaisseau à tout le territoire vasculaire ; 2° sortie de la sérosité et de quelques éléments figurés du sang; 3° hémorragies; 4° sclérose. Comme l'a bien indiqué Renaut, le processus scléreux subit ici la même loi générale que dans les autres tissus.

Le poumon cardiaque est donc, avant tout, un poumon scléreux ; mais, comme la distribution de la sclérose ne se fait pas régulièrement dans tout le parenchyme, comme les vaisseaux sont altérés à des degrés très divers, à côté de la lésion fondamentale, on peut rencontrer d'autres lésions qui, pour être accessoires, n'en contribuent pas moins à restreindre le champ de l'hématose.

L'*emphysème* se développe assez souvent dans le poumon cardiaque, mais il s'agit alors, suivant Boy-Tessier, d'un emphysème secondaire, complémentaire en quelque sorte, vicariant, comme on disait jadis, et toujours restreint à un certain nombre de vésicules aériennes, dont la dilatation peut atteindre de très fortes dimensions. Cliniquement d'ailleurs, disons-le en passant, cette lésion surajoutée ne donne lieu à aucun symptôme précis qui permette de la reconnaître. La production de l'emphysème s'explique facilement par : 1° le mauvais état de nutrition du tissu pulmo-

naire, puisque les artères bronchiques sont frappées d'artérite; 2° l'exagération de la tension alvéolaire, consécutive aux efforts respirateurs qu'entretient pendant si longtemps, chez les cardiaques, la constance et la répétition de la dyspnée.

Les *hémorragies* se produisent assez fréquemment. Tout contribue d'ailleurs à faciliter leur apparition : les variations de la tension intra-pulmonaire, l'état du sang, les altérations des vaisseaux, l'influence du système nerveux. Elles ont été magistralement étudiées par Duguet (36) dans sa thèse classique sur l'apoplexie pulmonaire. On peut observer tous les degrés, depuis la simple suffusion sanguine jusqu'à d'énormes foyers hémorragiques. Ducellier distingue deux variétés d'hémorragies : celles produites par *diapédèse*, celles produites par *rupture*, ou *rhexis*. L'hémorragie *diapédétique*, nous l'avons déjà dit, a été étudiée par Renaut et Honorrat. Elle se reconnaît histologiquement à ce que, dans l'alvéole, il n'existe aucune trace du réticulum fibrineux, qu'on trouve ordinairement dans les hémorragies par rupture : les hématies sont englobées par les cellules épithéliales devenues phagocytes et les capillaires du poumon, dilatés et turgides, n'offrent pas la moindre solution de continuité. Dans l'hémorragie par *rupture* ou *rhexis*, les capillaires rompus vident leur contenu dans le parenchyme; les infarctus peuvent être alvéolaires, lobulaires, multilobulaires; souvent le foyer présente des contours mal déterminés et on a l'*infarctus diffus festonné* de Renaut. Les foyers apoplectiques sont quelquefois sous-pleuraux. Ils peuvent devenir les centres d'un processus scléreux local et alors, à côté de la cirrhose cardiaque, en quelque sorte systématisée, il existe de la sclérose irrégulièrement disséminée dans les diverses parties du poumon malade.

Malgré les altérations profondes qu'on rencontre dans le parenchyme pulmonaire, la plèvre demeure habituellement intacte et, cependant, elle recouvre souvent des épaississements scléreux très marqués. La pleurésie chronique est exceptionnelle : Raymond (37) a rapporté une observation de sclérose avancée de tout le lobe supérieur du poumon gauche chez un cardiaque mitral qui n'avait pas une trace de pleurésie chronique.

III

Étude clinique. — Les lésions pulmonaires des cardiaques se traduisent cliniquement par la difficulté de la respiration, les signes physiques ne fournissant que des renseignements le plus souvent incomplets. Huchard et son élève, Tournier, ont désigné l'ensemble de ces accidents sous le nom de *dyspnée cardiaque*; ils l'appellent encore *dyspnée de Corvisart*, ce dernier auteur (38) ayant été le premier à bien établir les degrés de la gêne respiratoire chez les cardiaques.

Les troubles circulatoires du poumon, qui causent la dyspnée, peuvent se produire avec rapidité, entraîner une incapacité subite des fonctions respiratoires et déterminer la mort à bref délai; dans ces cas, on a affaire avec l'*œdème aigu du poumon*, bien étudié par Bouveret (39), au cours du mal de Bright et qui se produit encore à la suite d'une thoracentèse trop rapide, comme l'a bien indiqué Terrillon (40) dans sa thèse sur l'expectoration albumineuse. Dans d'autres circonstances, les fonctions respiratoires se troublent plus sourdement, elles s'entravent par poussées successives qui finissent par conduire le malade à une incapacité absolue de respirer; c'est alors surtout qu'on se trouve en présence du *poumon cardiaque passif*, celui dont nous nous sommes attaché à bien préciser les caractères anatomiques.

1° Œdème aigu du poumon. — C'est Andral qui, le premier, a bien décrit, dans leurs grandes lignes, les caractères cliniques de ces accidents pulmonaires; sa description n'a presque pas été modifiée par les auteurs contemporains qui, comme Huchard et Tournier, se sont attachés à approfondir la question.

La marche des accidents permet de distinguer deux formes dans l'évolution clinique : A. la *forme suraiguë*; B. la *forme aiguë*.

A. *Forme suraiguë*. — Elle est caractérisée par son début brusque, avec suffocation extrême, et sa terminaison foudroyante. Les accidents éclatent soudainement, comme dans un accès d'asthme, d'où le nom encore très répandu de pseudo-asthme cardiaque. Une angoisse inexprimable est peinte sur les traits du malade qui, assis sur son lit, la face cyanosée ou quelquefois très pâle, les yeux injectés et hagards, rejette à pleine bouche une sérosité spumeuse, légèrement teintée en rose clair. Sa dyspnée est extrême, son thorax, animé de battements tumultueux et précipités, n'aboutit à aucun acte respiratoire utile; enfin l'oreille appliquée sur la poitrine entend une multitude de râles fins formant une sorte de bouillonnement à petites bulles.

B. *Forme aiguë*. — Dans celle-ci, la marche des accidents, moins précipitée, permet une analyse clinique plus judicieuse. Elle s'annonce par de la *pesanteur* thoracique, exceptionnellement par des *douleurs* rappelant la névralgie intercostale, comme dans un cas de Renaut; puis le malade est pris d'une toux quinteuse et incessante, qui ne lui laisse aucune trêve et s'accompagne d'une expectoration copieuse, filante, aérée, mousseuse ou saumonée et contenant de l'albumine en proportions notables, comme on peut s'en convaincre par sa précipitation obtenue en versant quelques gouttes d'acide nitrique dans le liquide expectoré. D'après Huchard, ce liquide, recueilli dans un verre à expériences, formerait par le repos trois couches : 1° une couche supérieure très mousseuse et rosée à la surface; 2° une couche moyenne, composée d'un liquide souvent jaunâtre, transparent et pouvant ressembler à une solution gommeuse; 3° une couche inférieure, remplissant le fond du vase, un peu plus épaisse, contenant du mucus, des cellules épithéliales, des globules blancs et rouges.

La dyspnée s'accroît progressivement, elle est accompagnée d'une cyanose plus ou moins marquée; il existe une véritable angoisse respiratoire. Comme dans la forme suraiguë, l'auscultation révèle dans toute la poitrine une pluie de râles crépitants inspiratoires, fins, très serrés, qui bouillonnent sous l'oreille.

La percussion révèle un signe tout à fait surprenant; on pourrait s'attendre à trouver la sonorité thoracique très diminuée, il n'en est rien; elle est, au contraire, très exagérée. Cette *percussion paradoxale*, pour employer l'expression de Huchard, s'explique par la production d'un emphysème aigu, qui accompagne toujours l'œdème actif du poumon.

Au milieu de tout ce cortège symptomatique, il n'existe aucun état fébrile; la température axillaire demeure normale ou s'abaisse; l'état de l'appareil digestif est très satisfaisant.

L'examen du pouls fournit des résultats qui méritent de fixer notre attention. Dès le début des accidents, on est frappé par la résistance du pouls radial, qui bat violemment, même au milieu de la dyspnée la plus intense; mais quand l'asphyxie a fait des progrès, alors que le myocarde est défaillant, la tension du pouls s'affaisse et, de tendu, celui-ci devient filiforme; cet état des pulsations artérielles a fait distinguer par Huchard deux périodes dans l'évolution de l'œdème pulmonaire aigu : une *période d'hypertension artérielle* et une *période d'hypotension*. La première période s'explique facilement, puisque la dyspnée cardiaque, que nous venons de décrire, s'observe surtout chez les aortiques et les artério-scléreux qui présentent toujours une exagération de la tension vasculaire; mais, à un moment donné, le myocarde faiblit, la tension s'abaisse et on a la période d'hypotension. A cette dernière période, le malade ne crache plus, parce que ses bronches paralysées n'ont plus la force de rejeter les mucosités spumeuses qui les encombrent; l'œdème des membres inférieurs complique alors l'œdème du poumon; l'asystolie, mais une asystolie à marche rapide et fatale ne tardera pas à se montrer. La mort, en effet, est la conséquence la plus habituelle de l'œdème actif du poumon; dans quelques cas, malheureusement trop rares, à la suite d'une saignée ou même spontanément, une accalmie se produit et le malade peut recouvrer la santé. Cette guérison n'est qu'apparente; de nouvelles crises peuvent se reproduire à intervalles plus ou moins rapprochés : c'est ainsi que Renaut a vu se reproduire, six fois en l'espace de douze mois et chez le même malade, les symptômes de l'œdème actif du poumon.

2° Poumon cardiaque passif. — Nous ne retrouvons plus ici l'évolution dramatique que nous avons constatée dans l'œdème aigu du poumon : les symptômes se succèdent avec une grande lenteur; la gêne respiratoire s'accroît progressivement, mais c'est encore la dyspnée qui est le grand symptôme. Elle n'apparaît d'abord que si le cardiaque fait un effort tel que celui de soulever un fardeau, gravir un escalier à pente raide, s'astreindre à une marche fatigante et prolongée : c'est ce que M. Constantin-Paul appelle la *dyspnée d'effort* et M. G. Sée la *dyspnée de travail*. Chez un tel malade, les signes révélés par l'examen physique de la poitrine sont plutôt négatifs; d'après von Basch, la sonorité thoracique demeurerait normale; aucun râle ne serait entendu à l'auscultation; on pourrait seulement constater que le poumon augmenté de volume descend plus bas que d'habitude. Avec des symptômes aussi peu marqués, on a des malades qui, cependant, sont dits susceptibles des bronches, toussent pour la moindre cause, n'expectorent pas; le médecin fait toutes les hypothèses jusqu'à ce qu'il acquière la conviction que son malade est tout bonnement un cardiaque, dont la respiration s'altère d'une manière lente, progressive, en quelque sorte latente. Devant l'excès de travail, le cœur a cédé, la stase pulmonaire se traduit alors par quelques signes peu précis; la compensation cardiaque est momentanément rompue.

Mais peu à peu la gêne respiratoire s'accentue, la dyspnée s'installe définitivement et d'une manière continue; elle a des exacerbations vespérales; par le décubitus dorsal, elle devient plus intense; suivant l'expression de Bouillaud, le malade étouffe plus qu'il ne respire et son myocarde est devenu insuffisant à assurer la compensation que nous signalions plus haut.

Quand enfin survient la dégénérescence cardiaque, la dyspnée est incessante et, bien plus, s'exagère la nuit, enlevant au malade tout espoir de sommeil. Jusqu'alors il respirait mal, mais ses muscles respirateurs suffisaient à assurer les mouvements normaux du thorax, qui s'accomplissaient d'une façon réflexe et inconsciente; il n'en est plus ainsi : les muscles respirateurs supplémentaires ont dû entrer en jeu et, comme ils sont sous la dépendance de la volonté, le malade déploie tous ses efforts et toute son attention à respirer; dès lors, il ne peut plus dormir parce que, en engourdissant sa volonté, le sommeil entrave forcément les fonctions hématopoïétiques de l'appareil respiratoire.

Tels sont les caractères que présente la dyspnée dans les cas où le poumon est pris d'une manière progressive; l'hypostase est, en somme, la grande cause de la gêne respiratoire. Celle-ci a besoin d'être recherchée au milieu des autres accidents asystoliques, tels que l'œdème des membres inférieurs, la congestion hépatique, les troubles digestifs, le pouls veineux, etc. On peut dire cependant que, chez les cardiaques, les accidents pulmonaires marquent généralement le début de l'insuffisance cardiaque; ils sont précédés par l'insuffisance tricuspidienne, dont on a dit depuis longtemps qu'elle ouvrait la porte à l'asystolie.

Dans ces pneumopathies, d'origine cardiaque, l'examen physique du thorax ne fournit pas toujours des renseignements très complets. L'*inspection* révèle quelquefois une légère dilatation du thorax; elle constate d'autre part que la respiration se fait suivant le type costal supérieur; à la *percussion*, on trouve la sonorité à peine augmentée aux sommets des poumons et très légèrement diminuée aux bases, sauf toutefois à une période avancée de la pneumopathie cardiaque, quand la sclérose pulmonaire a atteint son maximum de développement.

L'*auscultation* fournit des renseignements variables, suivant que les lésions pulmonaires sont plus ou moins avancées. Au début, l'oreille, appliquée à la base du thorax, ne perçoit que des râles humides, discrets, minimes, inspiratoires; les uns très superficiels, les autres plus ou moins profonds; alors le malade a de l'œdème pulmonaire passif. Plus tard, quand la carnisation s'est développée, quand le parenchyme est devenu scléreux, la respiration ne s'entend plus qu'à peine aux bases et tandis que l'expiration est demeurée normale, l'inspiration est devenue rude et quelquefois soufflante.

Dans sa thèse, Tournier insiste sur les résultats fournis par la spirométrie. D'après lui : 1° dans les lésions cardiaques encore indemnes de manifestations pulmonaires, la capacité respiratoire reste à peu près normale; 2° les altérations pulmonaires, qui compliquent les cardiopathies, réduisent beaucoup le volume d'air introduit dans les organes respiratoires et cette réduction est proportionnelle à l'étendue des altérations; 3° il y a des variations sensibles au point de vue spirométrique entre les cardiopathies valvulaires et les cardiopathies artérielles, et les variations de la capacité respiratoire sont surtout subordonnées à l'existence des complications pulmonaires et pleurales.

En se rappelant quelle est l'évolution anatomique des lésions pulmonaires au cours des affections cardiaques, il est facile de comprendre que, chez le cardiopathe, l'asphyxie terminale ne s'établit pas dès l'apparition des premiers symptômes révélateurs de la souffrance du poumon. La maladie progresse donc par accès plus ou moins éloignés

les uns des autres et tel cardiaque, qui tousse et respire mal depuis cinq ou six ans, n'aura peut-être pas sa crise asystolique terminale avant vingt ou vingt-cinq ans, surtout s'il se surveille et ne s'expose pas à d'inutiles efforts. Chacun sait que les mitraux, par exemple, ont de l'hypostase pulmonaire à répétition, avant d'avoir de l'asystolie bien caractérisée.

Les manifestations pulmonaires s'observent d'abord à de longs intervalles, deux ou trois fois par an, puis elles se rapprochent de plus en plus jusqu'à ce que, le cœur ne suffisant plus à sa tâche, la congestion passive demeure permanente et finisse par amener la carnification du poumon; celle-ci s'étendant progressivement et restreignant de plus en plus le champ respiratoire, finit par conduire le malade au tombeau.

Chez tout cardiopathe qui souffre d'affection valvulaire, d'hypertrophie, de myocardite, il est donc indispensable de surveiller sans cesse l'état du cœur et celui du poumon; toute défaillance dans leur fonctionnement, tout défaut d'équilibre entre les deux viscères entraînent immédiatement des accidents plus ou moins graves.

IV

Étiologie et pathogénie. — Pour bien saisir le mécanisme des divers processus qui aboutissent au poumon cardiaque, il est indispensable que nous envisagions d'un coup d'œil rapide les cardiopathies en général. Les cardiaques peuvent se diviser en deux grandes catégories : les uns sont porteurs d'affections valvulaires entravant plus ou moins complètement le fonctionnement du cœur, ce sont les *cardiopathes valvulaires;* les autres, au contraire, ont des altérations de l'aorte ou des vaisseaux nourriciers du cœur, ce sont les *cardiopathes artériels.* Dans les deux cas, le poumon réagit différemment; chez les cardiopathes valvulaires, dès le début, se produisent l'hypostase et les œdèmes chroniques; chez les cardiopathes artériels, les lésions sont aiguës, actives; ils ont de l'œdème aigu du poumon.

Toutefois cette classification des cardiopathies doit être acceptée avec un sens très large : c'est ainsi que, dans les cardiopathes artériels, doivent être comptés, non seulement les malades ayant une insuffisance aortique, une maladie de Hodgson ou une dilatation de l'aorte, mais encore ceux qui ont de l'artério-sclérose cardiaque ou de l'angine de poitrine. Il n'est pas jusqu'au rétrécissement mitral pur congénital qui ne puisse déterminer de l'œdème pulmonaire aigu, comme l'a démontré Renaut. De même, dans les cardiopathies valvulaires, il ne faut pas seulement comprendre les lésions de la mitrale ou de la tricuspide, mais encore un certain nombre d'autres affections qui, comme les myocardites aiguës ou chroniques, l'hypertrophie cardiaque au cours de la néphrite interstitielle, peuvent conduire le malade à l'asystolie. Il est enfin bon de remarquer que les cardiopathes artériels, à un moment donné, deviennent des cardiopathes valvulaires : ils sont alors exposés à tous les accidents que nous avons énumérés.

La pathogénie des différentes manifestations cliniques du poumon cardiaque a donné le jour à de nombreuses théories explicatives. Les anciens auteurs, Andral, Corvisart, Laënnec, Bouillaud, voyaient dans les lésions pulmonaires congestives ou autres les causes de la dyspnée, sans chercher davantage à pénétrer son mécanisme intime. De nos jours, les explications données sont beaucoup plus nombreuses; nous allons les passer en revue :

1° A Vienne, Grossmann, von Basch, Bettelheim et Schwenburg ont fait sur le poumon cardiaque d'intéressantes recherches : suivant eux, il y a lieu de distinguer la *dyspnée cardiaque continue* et l'*asthme cardiaque.*

Pour von Basch, trois phénomènes caractérisent la dyspnée cardiaque : 1° le type dyspnéique de la respiration; 2° la diminution de l'effet utile de la respiration au point de vue de l'hématose; 3° l'augmentation de volume des poumons. Par des expériences faites sur des chiens curarisés, il est arrivé à des résultats dignes d'être pris en considération. En injectant dans le sang de ces animaux de la muscarine, il a déterminé chez eux l'apparition d'un œdème pulmonaire. Dans ces conditions, le ventricule droit qui, avec une pression normale, est trois ou quatre fois plus faible que le ventricule gauche, lui devient égal : il s'ensuit dans la circulation pulmonaire un excès de tension tel que le sérum sanguin transsude à travers les parois vasculaires et s'épanche dans le tissu conjonctif du poumon; ceci est tellement vrai qu'il suffit d'augmenter la pression artérielle en comprimant l'aorte pour voir diminuer l'œdème pulmonaire.

Traube pensait que le sang ainsi accumulé dans la petite circulation amenait le rétrécissement des alvéoles; il n'en est rien pour von Basch, bien au contraire les alvéoles s'élargissent et c'est cet élargissement qui, dans la production de la dyspnée, joue le rôle capital : il y a hypertrophie générale du poumon. Le volume de ce viscère est soumis à des oscillations dépendant : 1° de l'action du cœur; 2° du changement de la pression sanguine pendant l'inspiration et l'expiration. Le cœur, en chassant dans la petite circulation le sang veineux accumulé dans le ventricule droit, produit le pouls pulmonaire qui favorise l'aération du poumon; d'un autre côté, la pression pulmonaire augmente pendant l'inspiration et diminue pendant l'expiration. La ventilation du poumon dépend donc du rapport entre la quantité d'air résidual R et celle introduite dans les poumons pour la régénération du sang B : le coefficient de dilatation peut donc être représenté par la formule $\frac{B}{R}$ et plus il sera grand, plus la ventilation s'accomplira facilement. Dans les cas que nous étudions, la circulation pulmonaire, avons-nous vu, maintient les alvéoles élargis, donc l'air résidual R augmente; mais, d'un autre côté, l'air inspiré B diminue, parce que chaque expiration ne parvient pas à chasser des lobules devenus turgides une quantité suffisante de gaz : la ventilation est donc diminuée dans des proportions plus ou moins grandes. Avec l'interprétation donnée par von Basch, l'*engorgement* et la *raideur* du poumon seraient les deux grands facteurs des lésions du poumon cardiaque passif.

L'*asthme cardiaque*, beaucoup plus rapide dans son évolution, correspond à ce que nous avons décrit sous le nom de poumon cardiaque actif. Il dépend d'une rupture subite dans l'équilibre des fonctions du cœur et des poumons : pour Grossmann, il y aurait alors, d'après ses expériences avec la muscarine, un spasme du myocarde plus prononcé dans la moitié gauche du cœur.

2° Tandis que von Basch attribue, dans la genèse des accidents respiratoires, le rôle capital à la circulation cardio-pulmonaire, d'autres auteurs rendent le système nerveux responsable; mais là encore les opinions sont nombreuses.

Fræntzel (41) se rallie à l'opinion générale pour la dyspnée cardiaque; mais dans l'apparition de l'asthme cardiaque, il attribue la défaillance du ventricule gauche à un trouble subit qui se produit dans l'innervation vaso-motrice du muscle cardiaque.

Bouveret accepte en partie l'interprétation de Fræntzel, mais localise l'altération dans le plexus nerveux de l'artère pulmonaire.

Peter dit que le poumon est frappé d'incapacité fonctionnelle : au cours des myocardites, il existe toujours une parésie des nerfs pneumogastriques agissant sur le cœur pour y produire des palpitations, sur le poumon qui réagit par la dyspnée, sur l'estomac enfin qui se ballonne.

3° Les altérations chimiques de l'hématose auraient le rôle important, d'après d'autres interprétations. Lang, par exemple, en reconnaissant que le cœur gauche est impuissant à lutter contre les barrages vasculaires, attribue à l'acide carbonique, qui s'accumule en excès dans le poumon, la défectuosité des échanges respiratoires.

Pour G. Sée, la dyspnée cardiaque, d'abord nerveuse, rentre plus tard dans la catégorie des dyspnées chimiques.

4° La théorie de J. Renaut et Honorrat, pour expliquer les accidents pulmonaires qui surviennent au cours du rétrécissement mitral pur, est d'autant plus intéressante qu'elle est basée sur des constatations anatomiques. Renaut cherche surtout à expliquer l'aggravation progressive du poumon cardiaque; il insiste surtout sur deux faits : d'abord la persistance de l'œdème, qui détermine à la longue de la cirrhose pulmonaire, en vertu de cette loi générale que tout épanchement séreux persistant détermine à la longue de la sclérose dans un tissu; d'ailleurs, les altérations vasculaires produisent dans la petite circulation une série de fuites et de dérivations qui ramènent dans le cœur veineux une certaine quantité de sang n'ayant pas subi l'oxygénation et perdu pour l'hématose. De la sorte, non seulement le poumon est dans un état d'infériorité, mais l'organisme lui-même se trouve dans de mauvaises conditions de nutrition.

5° Boy-Tessier s'est surtout attaché à expliquer la pathogénie des lésions anatomiques. D'après cet auteur, les capillaires, qui occupent la mince cloison alvéolaire, finissent par y déterminer un étranglement qui devient le point de départ d'une irritation chronique. Les vaisseaux eux-mêmes, avec leurs parois scléreuses, deviennent le centre d'un processus sclérogène; les lymphatiques, distendus par les leucocytes et les hématies, sont à leur tour l'origine d'un processus irritatif qui aboutit à la prolifération embryonnaire. L'épithélium desquamé ne joue qu'un rôle bien restreint dans le processus pathologique, d'autant plus que sa desquamation se produit d'une façon toute mécanique, à la suite des altérations capillaires.

Mais si la congestion a une influence considérable dans la pathogénie de la carnisation pulmonaire, il est logique aussi de prendre en considération, jusqu'à un certain point, la dystrophie : les péri-artérites entraînent, en effet, une mauvaise nutrition du tissu pulmonaire, qui se laisse alors envahir plus facilement par la sclérose.

6° Les recherches de Huchard ont eu pour but d'expliquer les diverses modalités du poumon cardiaque. D'après cet auteur, l'œdème aigu des cardiopathies artérielles reconnaît pour causes les troubles des plexus pulmonaires, toujours plus ou moins lésés dans les péri-artérites. La filiation pathogénique est la suivante : « Troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par péri-artérite, augmentation considérable de la tension vasculaire, insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit. » Cette insuffisance fonctionnelle du ventricule droit est capitale pour Huchard; ce n'est pas, comme le veulent von Basch et Grossmann, le ventricule gauche qui succombe, parce qu'on n'a pas le tableau clinique de l'asystolie; c'est bien le ventricule droit. Le rôle de l'hypertension pulmonaire persiste alors avec toutes ses conséquences.

Huchard et Tournier admettent avec Renaut, Honorrat, Boy-Tessier, que l'état congestif permanent du poumon chez les cardiaques, joue encore un rôle important dans le processus pathogénique; mais ils font aussi une large part à l'action du système nerveux et des toxines dans la production des dyspnées cardiaques. Dans les maladies mitrales, il y a stase cérébrale; dans les maladies aortiques, il y a *méiopragie*; dans les deux cas, les fonctions bulbaires s'accomplissent mal, et les centres respiratoires sont lésés. D'un autre côté, chez les aortiques et dans les cardiopathies artérielles, la dyspnée peut être toxique, parce que le malade, artério-scléreux, a des viscères mal nourris et sclérosés; dans ces conditions, son foie devient impuissant à détruire les poisons, et son rein ne suffit plus à les éliminer.

Au milieu de toutes ces théories pathogéniques, il est absolument impossible de faire un choix et d'accepter l'une d'elles à l'exclusion des autres. Toutes ont du vrai, toutes reposent sur des faits anatomiques et cliniques précis; mais il faut ne pas oublier que, sous le nom de poumon cardiaque, on a décrit des états pathologiques bien différents, par leurs causes productrices au moins. Que l'œdème aigu du poumon, par exemple, revête les mêmes caractères chez un artério-scléreux et chez un malade atteint de rétrécissement mitral, rien n'est moins douteux; et cependant, il n'est pas plausible d'admettre que ces deux lésions, différentes par leur nature et leur localisation, engendrent un processus pathogénique identique, dans ses troubles initiaux du moins. Ce que nous disons du rétrécissement mitral et de l'artério-sclérose, nous pourrions le dire de l'insuffisance aortique, de l'hypertrophie cardiaque, et nous arriverions toujours à la même conclusion : les affections cardiaques sont susceptibles de déterminer des altérations pulmonaires, se présentant à un moment donné avec des caractères similaires; mais il n'est pas possible d'expliquer l'évolution des lésions par un processus toujours identique à lui-même.

V

Diagnostic et pronostic. — Si les manifestations pulmonaires, qu'on observe chez les cardiopathes, avaient toujours une évolution lente et progressive, chercher à faire leur diagnostic serait certainement un hors-d'œuvre; mais certains accidents peuvent revêtir une marche très aiguë et dès lors occasionner de grosses erreurs de diagnostic.

Nous avons vu que, dans certains cas, l'œdème aigu du poumon a une évolution suraiguë et tue par asphyxie, en quelques heures. Le malade est alors la proie d'une suffocation continue, qu'on pourrait attribuer à un *œdème de la glotte*, d'autant plus facilement que, chez les cardiaques, il n'est pas exceptionnel d'observer des infiltrations laryngées. L'œdème aigu du poumon apparaît toujours plus brusquement que l'infiltration laryngée; de plus, il est seul à évoluer, bien que l'œdème glottique accompagne d'habitude une anasarque généralisée; enfin, bien que, dans les deux cas, on puisse constater du tirage et de la cyanose, on

trouve dans l'auscultation du poumon des renseignements qui permettent d'établir un diagnostic. Dans l'œdème de la glotte, le silence respiratoire est complet, tandis que dans l'œdème pulmonaire, on entend des bouffées de râles bulleux et humides, que nous avons signalés à l'étude clinique.

Le diagnostic avec l'*asthme* est certainement beaucoup plus délicat. Les crises dyspnéiques de certains cardiaques ressemblent tellement à des crises asthmatiques, qu'on les désigne souvent sous le nom d'asthme symptomatique ou pseudo-asthme cardiaque : il est donc important de pouvoir les distinguer. Les accès d'asthme vrai font leur apparition de bonne heure, à un âge où les accidents d'origine cardiaque ne s'observent pas encore ; aux crises d'étouffement, aux phénomènes purement nerveux succèdent des symptômes de bronchite et de bronchorrée, qui sont beaucoup plus précoces dans l'œdème aigu du poumon. Chez l'asthmatique le cœur est généralement intact ou du moins n'est atteint que tardivement, quand les échanges respiratoires s'accomplissent avec difficulté et apportent une entrave à la régularité de la petite circulation ; en somme, dans l'asthme, le cœur est touché secondairement, tandis que l'œdème aigu du poumon s'observe chez un malade primitivement cardiaque.

La *phtisie aiguë* évolue quelquefois sous la forme de poussées bronchitiques à répétition, qui s'accompagnent de grands accès de dyspnée et peuvent faire croire à des accidents pulmonaires d'origine cardiaque ; mais alors l'expectoration n'est ni aussi abondante, ni aussi spumeuse que dans l'œdème aigu du poumon ; les signes fournis par l'auscultation sont différents ; l'examen bactériologique des crachats permet souvent de lever les doutes.

L'erreur de diagnostic ne consiste pas seulement à méconnaître l'existence d'un œdème pulmonaire ; elle peut encore être commise quand on affirme son existence sans qu'il se soit produit. Le rétrécissement mitral, par exemple, qui s'observe presque exclusivement chez les femmes, s'associe souvent à l'hystérie ; les aortiques sont souvent en même temps des neurasthéniques ; dans ces deux cas, on pourra avoir des crises de suffocation absolument indépendantes de manifestations pulmonaires.

Comme nous l'avons déjà dit, le poumon cardiaque passif évolue beaucoup trop lentement pour pouvoir être l'occasion de surprises cliniques, aussi nous ne chercherons pas à établir son diagnostic.

Le *pronostic* des accidents pulmonaires, que nous avons décrits sous le nom de poumon cardiaque, est toujours sérieux. Nous avons vu que l'œdème aigu du poumon était susceptible de déterminer rapidement la mort ; mais nous savons aussi qu'il peut se reproduire à intervalles très rapprochés. Rigal en a vu six attaques éclater en cinq mois, chez le même malade ; une première atteinte ne devra donc pas inspirer trop de sécurité, parce que le retour ultérieur des accidents mettra de nouveau la vie du malade en danger.

Les accidents pulmonaires passifs, pour n'être pas immédiatement aussi graves que les accidents aigus, doivent cependant inspirer au médecin de réelles inquiétudes. Au même titre que les œdèmes périphériques, les altérations du poumon chez les cardiaques indiquent une insuffisance du myocarde, d'autant plus grave qu'elles sont elles-mêmes plus prononcées. Les symptômes de l'œdème passif, au début, ne comportent pas un pronostic très sérieux, parce que par une thérapeutique raisonnée on peut, sinon enrayer, du moins atténuer le mal ; mais quand l'inspiration est devenue soufflante et ne s'accompagne plus que de râles très discrets ; quand la matité des bases est devenue très prononcée, on peut affirmer qu'il y a de la sclérose pulmonaire et que la lésion est trop avancée pour être susceptible d'une amélioration durable.

VI

Traitement. — Le traitement du poumon cardiaque comporte des indications absolument différentes, suivant l'évolution des manifestations pulmonaires.

1° A l'œdème aigu du poumon, qui peut tuer en quelques heures, il faut opposer une médication active et hâtive. Agir directement sur le cœur par la digitale ou par un autre médicament cardiaque, n'est pas possible ; menacé par une mort imminente, le malade ne peut pas attendre que l'effet utile de la médication puisse se produire. Dans ces cas, suivant le précepte de Huchard, il faut surtout employer ses efforts à diminuer le travail du muscle cardiaque : une saignée générale qui retirera 250 à 300 grammes de sang, l'application de ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, sont d'excellents moyens thérapeutiques.

Contre le collapsus cardiaque, on peut prescrire les injections de caféine ou d'éther; Huchard leur préfère celles d'huile camphrée. Il introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, par vingt-quatre heures, trois à quatre seringues de Pravaz pleines du mélange suivant :

Huile d'olive stérilisée	50 grammes.
Camphre	10 —

Il affirme que ces injections ne sont pas douloureuses et relèvent au mieux l'état général des malades. Le soulagement s'obtient quelquefois très bien par l'électrisation du nerf pneumogastrique ou par les préparations de strychnine.

L'atropine a été préconisée par Grossmann et von Basch, comme étant l'antagoniste de la muscarine, qu'ils avaient utilisée dans leurs expériences pour produire chez les animaux de l'œdème pulmonaire. Cete pratique thérapeutique est absolument désapprouvée par Huchard ; il estime qu'il ne faut pas compter sur le prétendu antagonisme, et que l'atropine diminue la sécrétion urinaire, si utile à augmenter au contraire, au cours des affections cardiaques.

On ne saurait trop s'élever non plus contre la tendance qu'ont certains médecins à utiliser dans de telles circonstances les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Dans le cas particulier, ce médicament est inutile, puisqu'il ne peut rien contre la défaillance cardiaque, ni contre l'œdème pulmonaire ; mais, de plus, il est dangereux, parce qu'il accroît la parésie broncho-pulmonaire et ralentit la diurèse.

Toutes ces manœuvres thérapeutiques n'ont qu'un but : combattre les accidents immédiats que peut causer l'œdème pulmonaire aigu ; mais il ne faut pas oublier que, par une médication préventive, on peut éloigner l'apparition des graves symptômes que nous avons étudiés. Aux aortiques, aux angineux, on recommandera d'éviter les trop grands efforts musculaires, les longues fatigues, les émotions morales vives ; on fera cesser l'usage de l'alcool, du tabac, du café, des boissons excitantes, toutes substances qui contribuent à diminuer plus ou moins la résistance du myocarde ; on prescrira les iodures de sodium, de strontium, etc., qui

sont, par excellence, les médicaments des cardiopathes artériels. Si chez ces mêmes malades on suppose l'existence d'une péri-aortite ayant altéré les plexus nerveux cardiaques, on pourra tirer un bon profit de cautérisations ignées répétées sur la région sterno-costale.

Chez les malades atteints de rétrécissement mitral, on ordonnera le repos, le calme, une vie paisible et surtout on surveillera l'appareil respiratoire, d'où peuvent venir tous les dangers.

2° Dans le traitement du poumon cardiaque passif, le médecin doit surveiller et soigner le cœur, pour maintenir un équilibre régulier entre son fonctionnement et celui du poumon. Le myocarde a-t-il une défaillance passagère, c'est à le tonifier qu'il faudra surtout s'appliquer. Les médicaments dits cardiaques ont alors toute leur indication, et on s'adressera à la digitale, au strophantus, à la caféine, dont on surveillera l'administration avec le plus grand soin; par ce procédé, il est bien rare qu'on ne voie pas se produire une amélioration sensible, en même temps qu'une diurèse abondante s'établit. Mais, à un moment donné, la dégénérescence cardiaque est un fait accompli; alors, les accidents pulmonaires se rapprochent et se succèdent de très près, l'hypostase est définitive, les médicaments cardiaques sont devenus impuissants; le traitement doit s'adresser au poumon. Malheureusement la thérapeutique n'est plus que palliative, il ne faut cependant pas la rejeter; et elle permet souvent de prolonger les malades pendant d'assez longs mois. Les révulsifs légers, tels que cataplasmes simples ou sinapisés, ventouses sèches, appliqués sur la base du thorax; les inhalations d'oxygène; l'aspiration des vapeurs de pyridine, de nitrite d'amyle; les préparations bromurées sont alors à utiliser : mais à cette période où l'organisme n'a plus besoin de fournir de grands efforts, c'est encore la diète lactée qui donne les résultats les plus satisfaisants. Le lait, non seulement peut alimenter suffisamment le malade, mais il a l'avantage de diminuer les sources de l'intoxication alimentaire et de produire une polyurie bienfaisante. Si la diurèse n'est pas suffisamment abondante, on pourra essayer de l'accroître en utilisant les médicaments diurétiques, comme la spartéine ou la lactose.

Index bibliographique. — (1) Laennec. *Traité de l'auscultation médiate*. — (2) Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique*. — (3) Andral. *Précis d'anatomie pathologique*, 1829. — (4) Grisolle. *Pathologie interne*. — (5) Fournet. *Recherches sur l'auscultation*, 1839. — (6) Woillez. *Arch. gén. de méd.*, 1854. — (7) Virchow. Die pathologischen Pigmente. *Arch. de Virchow*, 1849. — (8) Dittrich. *Beiträge zur path. Anatomie der Lungenkrankeiten*, Erlangen, 1850. — (9) Heschl. *Compendium der path. Anatomie*, Wien, 1855. — (10) Rokitansky. *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Wien 1859. — (11) Bamberger. *Lehrbuch der Krankeiten des Herzens*, Wien 1857. — (12) Isambert et Robin. Carnification congestive, Soc. de biol., 1855. — (13) Friedreich. Weitere Mittheilungen über corpora amylacea in den Lungen, *Arch. de Virchow*, 1856. — (14) Buhl. Ueber Ektasien der Lungencapillaren, *Virchow's Archiv.*, Bd. XVI u. Bd. XXV. — (15) Ziegler. *Lehrbuch der allg. und specielh. path. Anatomie*, 1885. — (16) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*. — (17) Weichselbaum. *Grundniss der path. Histologie*, 1892. — (18) Boy-Tessier. *Rev. de méd.*, 1894; Th. de Lyon, 1883; Congrès de Marseille, 1884. — (19) Renaut. La circulation pulmonaire dans le rétrécissement mitral pur, *Province méd.*, 1886. — (20) Honorrat. Th. de Lyon, 1887. — (21) Von Basch. *Die cardiale Dyspnæ und die cardiale Asthma*, Wien, 1887; Œdème pulmonaire toxique, *Semaine méd.*, 1885; Engorgement et raideur pulmonaire, *Semaine méd.*, 1888. — (22) Lang. Ueber die Enstehung der cardiale Dyspnæ, *Internat. Klinisch. Rundschau*, 1889. — (23) Grossmann. De l'œdème pulmonaire généralisé aigu, produit par la muscarine. *Semaine méd.*, 1887; *Semaine méd.*, 1889. — (24) Ducellier. *Lésions pulmonaires d'origine cardiaque*, Th. de Paris, 1892. — (25) Huchard. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, 1889; *Semaine méd.*, 1890; Soc. de thér., 1889; Soc. méd. des hôp., 1892; *Rev. intern. de méd. et de chir.*, 1895. — (26) Tournier. *La dyspnée cardiaque*, Th. de Paris, 1892. — (27) M. Raynaud. *Dict. de Jaccoud*. — (28) Lasègue. *Études médicales*. — (29) Potain. *Clinique médicale de la Charité*, 1894. — (30) Barié. *Dict. de Dechambre*. — (31) C. Paul. *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, 1883. — (32) Peter. *Traité des maladies du cœur*, 1883. — (33) Marfan. *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard. — (34) Wurtz. *Manuel de médecine* de Debove et Achard. — (35) Parmentier. *Manuel de médecine* de Debove et Achard. — (36) Duguet. Th. d'agrégation, 1872. — (37) Raymond. *Conférences de clinique médicale*, avril 1883. — (38) Corvisart. *Essais sur les maladies et lésions organiques du cœur*. — (39) Bouveret. *Rev. de méd.*, 1890. — (40) Terrillon. Th. de Paris, 1873. — (41) Fræntzel. *Traité des maladies du cœur*, Berlin 1888.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur E.-T. Hamy, membre de l'Institut, commencera son cours d'anthropologie, le jeudi 19 mars 1896, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les samedis, jeudis et mardis suivants, à la même heure. — La première partie du cours qui aura lieu avant les vacances de Pâques, sera consacrée à l'étude des Négritos. — Dans la seconde partie du cours, qui commencera le mardi 14 avril, le professeur étudiera les races nègres d'Océanie et d'Afrique, en insistant plus spécialement sur celles qui sont localisées dans les colonies, les pays de protectorat et les zones d'influence française.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette.

N° 33. — MARDI 17 MARS 1896. 69e ANNÉE. MARDI 17 MARS 1896. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 mars 1896.

Si les médecins étaient appelés à se prononcer sur le projet d'impôt sur le revenu présenté par le gouvernement, il est bien probable que ce projet ne serait pas accepté. C'est qu'en effet, il est, pour notre profession, l'occasion de charges et de vexations nouvelles.

Que nous soyons, par ce projet, plus imposés qu'avant, nul ne saurait le contester! Tout d'abord, les favorisés du sort, les praticiens éminents, dont le nombre est d'ailleurs bien minime, verraient leurs impôts accrus dans des proportions inimaginables. Quelques-uns d'entre eux paieraient annuellement au fisc plus de 20000 francs.

Quant à l'ensemble des praticiens modestes, leurs charges seraient également augmentées. Il ne faut point, en effet, perdre de vue que dans le projet ministériel, l'impôt nouveau ne doit pas remplacer intégralement la contribution personnelle mobilière, ni celle des portes et fenêtres. C'est la part seule revenant à l'État qui doit être supprimée et la part revenant aux départements et aux communes continuera à être perçue. Cette part est de 45 et de 40 p. 100 à Paris, elle varie de 55 à 60 p. 100 dans les départements.

Le nouvel impôt est donc une modification ne devant porter que sur la moitié de l'impôt anciennement perçu.

Or comment établira-t-on, pour le médecin, le chiffre du revenu sur lequel doit se fixer l'imposition nouvelle? Ceux qui ont plus de 10000 francs de revenu — et il s'agit ici aussi bien du revenu du travail que des autres revenus — devront en faire la déclaration ; cette déclaration sera soumise à une commission communale qui statue d'après les renseignements que l'Administration lui fournit ou d'après ceux que ses membres peuvent avoir personnellement. L'imposé peut en appeler de cette décision devant une commission d'arrondissement. Ceux dont le revenu est inférieur à 10000 francs seront taxés par la commission communale ; sauf recours à la commission d'arrondissement. Ils peuvent néanmoins avoir recours au système de la déclaration.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce que ce projet a de vexatoire et combien il est attentatoire à la liberté de chacun de nous! Comment la commission communale pourra-t-elle donner des renseignements? Où les puisera-t-elle? Prendra-t-on comme tels les racontars de domestiques et les bavardages des voisins? Le médecin lui-même qui a gagné une année 10000 francs est-il sûr de les recevoir l'année suivante? L'imposera-t-on sur le nombre des visites faites et des consultations données ou sur les visites et les consultations réellement payées?

Mais, qu'entend-on par revenu? Pour un commerçant, la chose est simple ; le revenu, c'est l'excédent des recettes sur les dépenses, lorsque tout est payé, loyer, employés, frais d'administration, achat des marchandises ; le bénéfice est constitué par ce qui reste en caisse, après l'inventaire. En d'autres termes, c'est un bénéfice net. Car l'on ne peut guère imposer un commerçant sur son chiffre d'affaires. Il y en a qui remuent des capitaux considérables pour avoir un revenu modeste, et l'on ne peut raisonnablement les taxer sur la totalité de leurs recettes. Une maison peut manier un million de capitaux dans l'année et ne gagner que 30000 francs, représentant la différence entre le prix d'achat de ses marchandises, ses frais généraux d'une part, et son prix de vente, d'autre part. L'imposer sur un million serait souverainement injuste et d'ailleurs absolument impossible, car l'impôt dépasserait de beaucoup les bénéfices nets. Il nous semble donc que, pour le commerçant, l'impôt ne peut être établi que sur les bénéfices nets, défalcation faite des frais généraux.

Malheureusement, il n'en sera pas de même pour le médecin. A chaque instant, on entend dire : « Le docteur X... gagne 10000 francs, le docteur Z... gagne 20000 francs. » Cette façon d'apprécier les bénéfices est absolument illusoire. Le docteur X... gagne 10000 francs et le docteur Z... 20000, à la condition d'avoir tous deux un loyer au-dessus du prix de celui qu'ils occuperaient s'ils n'étaient pas médecins ; d'avoir au moins un domestique en plus du nombre qui leur serait strictement nécessaire, d'avoir cheval et voiture, uniquement utilisés pour leur profession. Si l'on défalque, et c'est justice, du chiffre des recettes annuelles, le chiffre des dépenses résultant uniquement de la profession, il ne restera pas une très grosse somme des 10 ou des 20000 francs qu'on a coutume de considérer comme bénéfices nets.

Le gros fonctionnaire à bonne et grosse sinécure, qui touchera de l'État 6000 francs par an, pour un service que nous savons bien être peu pénible, paiera 40 à 50 francs d'impôts par an. Combien y a-t-il de médecins qui, tous frais payés, aient 6000 francs de bénéfices nets, chaque année? Et cependant leurs impositions, d'après le nouveau

projet, atteindraient près de 400 francs pour une recette annuelle de 10 000 francs!

Souhaitons donc que le nouveau projet gouvernemental soit repoussé; sans cela le nouvel impôt serait pour nous un privilège nouveau à ajouter à la liste déjà longue de ceux dont on nous a si généreusement accablés.

Une **chlorotique** du service de M. Hayem avait présenté des manifestations cardiaques assez accentuées : palpitations, dyspnée marquée, étouffements, crises d'oppression; elle apprend tout à coup une mauvaise nouvelle, elle pâlit, se renverse en arrière, et meurt en quelques secondes. A l'autopsie, on trouve une oblitération presque complète de l'artère pulmonaire par une série de caillots adhérents à l'artère et à ses branches. Ces caillots étaient, probablement, d'âge différent, d'après leur structure. Sur la pièce anatomique que M. Hayem fait voir à la Société médicale des hôpitaux (13 mars), il existe, à la pointe du cœur, un vieux caillot en battant de cloche, en partie organisé, en partie calcifié, qui aurait été le point de départ des caillots secondaires qui sont venus successivement se fixer et se greffer sur la paroi du tronc et des branches de l'artère pulmonaire.

Il est bon de faire remarquer que cette malade avait été atteinte de phlébite et de phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche, deux ans auparavant. L'infection qui a provoqué la production de cette phlébite a bien pu, du même coup, provoquer la production d'une végétation endocardique.

Quoi qu'il en soit, c'est là un fait des plus rares et des plus curieux par sa rareté même. M. Rendu a rapporté autrefois un fait analogue, mais sans végétation polypiforme de l'endocarde.

On a beaucoup parlé des **streptocoques** dans ces derniers temps, et de leur rôle dans les **angines**, surtout dans les angines diphtériques. MM. Widal et Bezançon viennent déclarer que, d'après leurs recherches, il y a du streptocoque dans les amygdales lorsque se produit une angine quelconque. Toutes les angines sont donc, d'après cela, des angines à streptocoques, ainsi que le démontrent les cultures sur gélose. Ce n'est qu'une question de plus ou de moins. Pour eux, de même du reste que pour M. Vaillard et pour M. Lemoine (du Val-de-Grâce), il y a des streptocoques dans la salive et à la surface des amygdales de tous les sujets. Il en entre même dans leurs cryptes.

La conclusion, c'est qu'il ne faut pas abuser de l'angine à streptocoque, c'est que, pour établir la classification et le diagnostic des angines, il faut tenir compte beaucoup plus de leurs caractères cliniques que de leurs caractères bactériologiques. La clinique triomphe donc une fois de plus; une fois de plus le microscope doit s'incliner devant elle. Cela ne veut pas dire, du reste, que le microscope ne puisse pas rendre d'éminents services au diagnostic des maladies.

Ce ne paraît pas être le nombre des streptocoques qui fait leur nocivité, ce serait beaucoup plutôt leur virulence; mais la mesure de cette virulence est assez délicate.

On sait que, récemment, M. Chantemesse a attribué au streptocoque les accidents observés après l'injection du sérum antidiphtérique. Dès que, dans une observation, on avait signalé un streptocoque, c'était lui le pelé, le galeux, la cause de tout le mal. Mais s'il y a toujours du streptocoque, s'il y en a non seulement dans toutes les angines, mais même dans toutes les bouches, ne trouvez-vous pas que cette interprétation devient bien banale? Est-ce donc alors sa virulence qu'il faut accuser?

M. Lemoine a examiné 27 ou 28 angines diphtériques : toujours il y avait du streptocoque.

Il y avait, dans le service de M. Huchard, une femme que tous ceux qui l'avaient auscultée, médecins des hôpitaux et candidats au Bureau central, considéraient, en vertu de l'existence de bruits anormaux très intenses, comme atteinte d'**insuffisance aortique**, d'**insuffisance et de rétrécissement mitral**. Elle meurt, succombant à une hémorragie cérébrale; on fait l'autopsie, et on trouve les orifices et les valvules absolument sains : il s'agissait donc de **bruits de souffle extra-cardiaques.** Depuis que M. Potain a signalé l'importance des souffles extra-cardiaques, ils ont pris une large place dans la séméiologie. Souvent, il est possible de les distinguer par une auscultation attentive; mais il est curieux de voir que des maîtres en auscultation puissent les prendre pour de vrais souffles orificiels. Cela prouve qu'il faut apporter à ce diagnostic une grande attention et une grande réserve, même lorsqu'on a l'oreille exercée par une longue pratique de l'auscultation.

TRAITEMENT DE CERTAINES TUMEURS DE LA BOUCHE

AU MOYEN DU CHLORATE DE POTASSE

Par M. DUMONTPALLIER,
Membre de l'Académie de médecine.

A différentes époques, depuis 1856, plusieurs membres de l'Académie de médecine, parmi lesquels je dois citer MM. Bergeron et Camille Leblanc, ont appelé l'attention des médecins et des vétérinaires sur les heureux résultats de l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement des affections cancroïdales de la bouche et de la face, chez l'homme et chez les animaux.

Depuis 1893, j'ai eu l'occasion d'observer trois malades dont les gencives et la langue étaient le siège de tumeurs, dont l'aspect et la marche offraient une certaine gravité, et c'est avec un succès, je crois incontestable, que j'ai mis en usage le mode de traitement que je vais exposer.

Voici les observations de ces trois malades dans l'ordre chronologique où ils ont réclamé mes soins.

En octobre 1893, j'étais consulté par un de mes amis, homme de soixante-huit ans, pour une grande difficulté de la mastication et un embarras de la langue. La denture de M. X... était très incomplète et, depuis plusieurs années, il ne mâchait ses aliments qu'avec les incisives. Les incisives inférieures avaient été en partie usées et avaient nécessité une aurification, du reste très habilement exécutée, si bien que M. X... avait continué à se servir de ses incisives d'or pour mâcher ses aliments.

Je constatai alors derrière les incisives inférieures une tuméfaction subaiguë de la gencive sous forme d'un bourrelet de la grosseur de l'index et qui s'étendait latéralement jusqu'aux canines. Ce bourrelet se continuait en bas avec le plancher de la bouche. Au toucher, la tumeur était dure, résistante, peu douloureuse et ressemblait à un épithélioma.

Je dissimulai, de mon mieux, la mauvaise impression que j'éprouvais et, avant de conseiller une consultation chirurgicale que je craignais nécessaire à brève échéance, j'ordonnai, avec l'autorité que m'inspirait une vieille amitié, de

suivre, pendant quelque temps, le traitement avec le chlorate de potasse.

Ce traitement devait consister à prendre chaque jour une mixture de chlorate de potasse (4 grammes de chlorate pour 120 grammes d'eau distillée) et à appliquer quatre fois par jour de fortes doses de chlorate de potasse en poudre fine sur toute la tumeur. Ai-je besoin de dire qu'avant de prescrire ce traitement, je m'étais assuré que les urines de mon malade ne contenaient ni albumine, ni glycose?

L'état général était bon; il n'y avait pas eu d'amaigrissement, l'appétit était conservé et il n'existait aucun engorgement ganglionnaire sous-maxillaire latéral ou médian.

Je conseillai de ne pas faire usage d'aliments irritants, de s'abstenir d'alcool, et j'engageai M. X... à se rendre immédiatement chez un dentiste pour obtenir le plus tôt possible un dentier qui lui permettrait de ne plus se servir de ses incisives pour mastiquer ses aliments. En attendant la confection du dentier convenable, il était recommandé de se nourrir avec des potages, des soupes, des bouillons et tous les aliments qui ne nécessitent pas d'être mastiqués.

J'avoue que, malgré le traitement prescrit et les recommandations, j'étais fort inquiet sur la marche de cette tumeur d'aspect épithéliomateux et je n'avais qu'une faible espérance dans le résultat médicamenteux. D'autre part, j'étais très ému à l'idée d'une intervention chirurgicale étendue et profonde chez un homme de soixante-huit ans, surtout si la tumeur gingivale avait envahi le périoste du maxillaire inférieur.

Huit jours après cette première visite, M. X... revenait me voir la bouche garnie d'un dentier, dont il ne faisait usage qu'au moment des repas et qu'il supportait assez bien. Déjà la tumeur gingivale avait sensiblement diminué de volume, elle était moins dure, plus souple, et l'état général était bon. Les urines ne présentaient pas traces d'albumine, l'élimination du chlorate n'irritait pas les reins.

Le traitement, bien que peu agréable, fut continué aux mêmes doses pendant un mois, puis diminué progressivement de semaine en semaine; et après trois mois d'un traitement régulièrement suivi, j'eus la grande satisfaction de constater la disparition complète de la tumeur.

Voilà deux grandes années que la guérison se maintient et j'ai lieu d'espérer qu'elle persistera.

Je ne saurais affirmer que la tumeur gingivale fût de nature épithéliomateuse, mais elle en avait l'aspect, elle nécessitait une intervention active, car l'alimentation était compromise et l'âge du malade permettait de craindre une dégénérescence organique de la partie affectée.

Dût-on conserver des doutes sur la nature de la tuméfaction gingivale et voulût-on ne voir dans cette tumeur qu'une inflammation subaiguë anormale par son développement, il n'en reste pas moins établi, dans ce cas particulier, que le chlorate de potasse a été d'une grande utilité thérapeutique.

Mais voici une seconde observation où le diagnostic d'épithélioma me paraît moins sujet à discussion et où le chlorate de potasse, administré suivant la même méthode, m'a donné encore un résultat grandement satisfaisant. Vous allez en juger.

Le 12 avril 1895, j'étais prié, par le docteur L..., de voir avec lui un malade dont l'état général lui paraissait inquiétant.

M. H..., homme de cinquante-deux ans, avait été opéré, dans les premiers jours d'avril, d'un épithélioma du bord latéral droit de la langue. L'opération avait été pratiquée par un chirurgien des hôpitaux, très autorisé et très habile opérateur.

Le sommeil chloroformique avait été obtenu assez difficilement. M. H... n'est point alcoolique. L'opération avait été très habilement conduite. Je ne sais si les fils de réunion de l'incision opératoire avaient bien tenu, mais lorsque je vis le malade, douze jours après l'opération, le bord droit de la langue était recouvert de plaques de sphacèle et il y avait un écoulement de salive très abondant et d'une odeur fétide.

Le malade se prétendait infecté par cette sécrétion; il passait ses jours et ses nuits à faire des lavages avec de l'eau boriquée.

La prostration était très accusée, il y avait eu des frissons multiples, le malade avait des absences de mémoire, il rendait très mal compte de ce qu'il éprouvait. Son entourage prétendait que, depuis plusieurs mois, son caractère s'était modifié, qu'il était devenu triste, inapte au travail.

Cet état d'esprit était-il la conséquence du développement de la tumeur linguale qui inquiétait le malade? Quoi qu'il en soit de cet état antérieur à la date de l'opération, les troubles généraux, que je constatais douze jours après l'opération, m'inspirèrent de l'inquiétude.

Je prescrivis un purgatif et le sulfate de quinine et j'engageai à continuer les lavages avec l'eau boriquée.

Dans les premiers jours du mois de mai, le malade paraissait entrer en convalescence et alla faire visite à son chirurgien, qui constatait l'existence d'un bourgeon de récidive au niveau de la cicatrice. Une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent fut pratiquée et répétée deux fois, à quelques jours d'intervalle, mais le bourgeon épithéliomateux allait en augmentant.

C'est alors, le 15 mai, que le malade vint me voir : L'état général était satisfaisant, mais le malade est inquiet de la rapidité avec laquelle se développe la tumeur linguale.

Cette tumeur est située sur le bord droit de la langue, à 5 centimètres de la pointe de l'organe, au niveau de la seconde petite molaire. Elle a la grosseur et la forme d'un gros haricot et offre l'aspect d'un papillome, elle est sessile, adhérente dans toute son étendue. Elle gêne la mastication et la déglutition. Il n'existe pas d'adénopathie sous-maxillaire. Je prescris le chlorate de potasse en application locale, sous forme de poudre fine, six fois par jour et 4 grammes du même médicament dans une potion de 120 grammes à prendre par grande cuillerée toutes les quatre heures. En faisant cette double prescription j'avais pour but de maintenir la tumeur sous l'action continue du médicament. On sait que la solution du chlorate de potasse ingérée dans l'estomac est en notable proportion éliminée par la salive.

Pendant six semaines, le malade suivit régulièrement le traitement prescrit. Ai-je besoin de dire que je m'étais assuré de l'intégrité fonctionnelle des reins?

Le 27 mai, la tumeur était réduite de moitié.

Le 5 juin, la diminution de la tumeur avait fait de notables progrès.

Le 17 juin, il n'existe plus que deux petites saillies non douloureuses sur le bord de la langue.

Et, le 1er juillet, je pouvais dire au malade que je le croyais en bonne voie de guérison.

Il passait les vacances au bord de la mer, et, lorsque je le revis le 4 septembre, il n'existait plus de tumeur, et l'on ne constatait, sur le bord de la langue, que trois petites brides

cicatricielles blanchâtres, nacrées, correspondant au traumatisme opératoire.

Vous pouvez constater aujourd'hui, 10 mars, que la guérison est complète.

J'ai dit que la tumeur offrait l'aspect d'un papillome, peut-être pourrait-on douter de sa nature cancroïdale, mais l'intervention chirurgicale antérieure avait été motivée avec le diagnostic de cancroïde de la langue; il était donc bien probable que la seconde tumeur, qui avait pour siège la même région, était de même nature.

Une troisième observation vient encore démontrer l'action heureuse du chlorate de potasse dans les affections graves de la langue.

Le nommé A. M..., passementier, portait, au commencement de l'année 1895, une ulcération profonde sur le bord gauche de la langue au niveau des dernières molaires. Son médecin avait touché cette ulcération avec la teinture d'iode, puis avec le crayon de nitrate d'argent.

Le mal continuant à faire des progrès, M. A... consulta, le 1er mai 1895, à l'hôpital Saint-Louis, l'un de nos collègues, qui conseilla des gargarismes au chlorate de potasse, répétés six fois par jour. Ce traitement parut agir favorablement, mais, le malade continuant à souffrir, retourne à l'hôpital Saint-Louis le 25 mai 1895, et cette fois un autre médecin prescrit de continuer les gargarismes de chlorate de potasse et de prendre un sirop mixte de Gibert.

Mais l'ulcération ne guérissait pas, sa surface était plus profonde, ses bords plus saillants et, dans le mois de juin 1895, le malade voit, pour la seconde fois, M. Hallopeau, qui conseille de cesser l'usage du sirop de Gibert et de revenir exclusivement à l'usage des gargarismes de chlorate de potasse, et cette fois le traitement paraît encore réussir, car du mois de juillet à la fin de septembre, le malade se croit guéri.

La guérison n'avait été que passagère et, le 15 novembre, le malade se rendit à l'hôpital international où M. Péan et le docteur Delaunay pensent que cette ulcération est de nature épithéliomateuse ou conséquence d'une gomme syphilitique. L'iodure de potassium est prescrit et l'on conseille au malade de revenir, en même temps, aux gargarismes avec le chlorate de potasse.

L'ulcération n'est guère modifiée par ce traitement, et avant d'intervenir chirurgicalement, on engage le malade à faire des lavages avec de l'eau chaude et, comme l'ulcération était devenue très douloureuse, on prescrit des lotions avec une mixture cocaïnée (2 grammes de chlorhydrate de cocaïne pour 100 grammes d'eau distillée). Tout cela se passait dans les premiers jours de décembre.

Ce fut seulement le 10 décembre 1895, que je vis le malade pour la première fois.

Il existe sur le bord gauche de la langue, au niveau des dernières molaires, une ulcération dont le grand diamètre antéro-postérieur mesure 4 centimètres, et le diamètre vertical 1 centimètre et demi. Les bords de cette ulcération sont saillants et déchiquetés, sa surface est déprimée, de coloration rose-grisâtre et recouverte de rares bourgeons, peu saillants au toucher; les bords et la surface de l'ulcération sont durs, non douloureux. La salivation est assez abondante, mais il n'y a pas de mauvaise odeur au moment de l'exploration.

L'aspect, l'évolution de cette ulcération avaient fait hésiter sur la nature de l'affection, et le diagnostic posé par différents médecins et chirurgiens était: ulcération cancroïdale ou gomme syphilitique ramollie. Mais le traitement antisyphilitique n'ayant donné aucun résultat favorable, au contraire, il était naturel de revenir au diagnostic d'épithélioma de la langue. Je dois cependant noter que l'examen du malade m'avait permis de reconnaître qu'il était alcoolique, arthritique, et que, de plus, il existait des râles dans les sommets des poumons avec expectoration bacillaire. Fallait-il s'arrêter à l'idée d'une ulcération tuberculeuse? J'autais dû, pour discuter cette hypothèse, cureter la surface de l'ulcération et la soumettre à l'examen bactériologique; encore le résultat eût-il été contestable, en partie au moins, car on aurait pu penser que les bacilles pouvaient appartenir aux crachats et non à l'ulcération elle-même. Quoi qu'il en soit, c'est une lacune que je dois mentionner.

Toutefois, je dois rappeler que les ulcérations tuberculeuses de la langue n'ont pas souvent cette étendue, sont le plus souvent multiples et ont, je crois, pour siège d'élection le dos de la langue et le bord antérieur de la langue, et je ne sache pas qu'on ait, en ces circonstances, prescrit avec succès l'usage du chlorate de potasse.

Cette réserve établie, il me reste à dire quelle a été l'heureuse action du chlorate de potasse dans le cas présent. De huit jours en huit jours je voyais le malade, et chaque fois je constatais une amélioration progressive. Le 17 décembre, huit jours après le début du traitement, l'ulcération était moins profonde, uniformément rosée, les rares bourgeons de sa surface et les bords étaient moins déchirés, moins saillants et moins durs.

Le 24 décembre, l'ulcération était divisée en deux parties, séparées par un tissu de coloration moins vive, plus pâle, les bords étaient moins saillants et la surface de l'ulcération était rosée, sans saillies notables.

Le 31 décembre, l'ulcération, rosée, est de moins en moins profonde, puis apparaissent des petits bourgeons régulièrement étendus, de bon aspect sur toute la surface de l'ulcération, qui ne mesure plus que 3 centimètres et demi dans son grand diamètre longitudinal, et à peine 1 centimètre et demi de diamètre vertical. Ce même jour, l'application locale du chlorate est douloureuse, ce qui semble indiquer le retour de la sensibilité physiologique.

Pendant les mois de janvier et de février, le traitement étant régulièrement continué, j'ai noté le retour progressif vers l'état normal, sans aucune période d'arrêt dans le travail de réparation, et, aujourd'hui, 10 mars, vous constaterez que l'ulcération est remplacée par une dépression non bourgeonnante et qui autorise à penser que le travail de cicatrisation s'effectue d'une façon régulière.

Il est donc vraisemblable que ce malade guérira complètement et que la guérison sera persistante, comme dans les deux observations précédentes, et, bien que, dans le cours du traitement, j'aie cru indiqué de donner l'huile de foie de morue au malade, je pense que c'est bien au chlorate de potasse, longtemps continué en applications locales et administré en potion, chaque jour à la dose de 4 grammes, qu'est due la marche heureuse vers une guérison complète.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remarquer que semblables résultats heureux ont été dus principalement à la potion de chlorate de potasse, dont l'élimination par la sécrétion salivaire agissait d'une façon continue sur les surfaces malades. Je ne saurais donc trop recommander, dans les cas de tumeurs de la bouche, où le diagnostic est souvent douteux, de prescrire le chlorate de potasse, suivant la

méthode que j'ai exposée, avant d'avoir recours au bistouri.

Pour conduire à bonne fin un semblable traitement, qui doit être continué deux à trois mois, il est indispensable de s'assurer de la régularité fonctionnelle des reins qui, avec les glandes salivaires, sont les principaux organes d'élimination du chlorate de potasse, ainsi que cela a été établi, depuis 1856, par les travaux de notre regretté collègue des hôpitaux, le docteur Isambert.

De plus, il convient de reconnaître si l'état des dents n'est pas une cause d'irritation pour les surfaces affectées et de ne pas négliger d'avoir recours au dentiste pour le pansement ou l'extraction des dents malades et au besoin pour la confection d'appareils nécessaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1896. — Présidence de M. MONOD.

COMMUNICATION

Luxation du nerf cubital. — M. JALAGUIER, à propos de l'observation de M. Schwartz, dans la dernière séance, rapporte le cas d'un homme de quarante ans qui, dans un violent mouvement d'extension, se fit une luxation du nerf cubital.

Cette luxation ne s'accompagna ni de douleurs, ni de troubles moteurs. La réduction était facile et se faisait spontanément. M. Jalaguier s'abstint de toute intervention.

Au moment où il observa ce malade, il fit quelques recherches anatomiques qui montrèrent que cette luxation ne peut s'effectuer que s'il y a rupture partielle des deux chefs du cubital antérieur ou des fibres arciformes qui les unissent. Dans les violents mouvements d'extension, les fibres musculaires du cubital antérieur peuvent être élongées ou rupturées, et la luxation du nerf peut alors se produire.

Quant à l'intervention, il faut tenir grand compte de l'état du nerf selon qu'il y a, ou non, névrite. Enfin, M. Jalaguier pense que la luxation du nerf cubital n'est pas aussi rare qu'on le croit et qu'elle passe souvent inaperçue.

RAPPORT

Ulcère de l'estomac, perforation, péritonite, laparotomie, guérison. — M. MICHAUX fait son rapport sur une observation adressée par M. Hartmann. Il s'agissait d'un homme de vingt-six ans qui entra à l'hôpital avec tous les signes d'une péritonite par perforation ou d'une occlusion intestinale.

Depuis une quinzaine de jours, cet homme se plaignait de douleurs vives dans l'hypogastre et le flanc gauche. Puis, il fut pris brusquement, un soir, de malaises et de douleurs abdominales très vives. M. Hartmann fait la laparotomie et trouve une péritonite avec exsudats fibrino-purulents et un épanchement purulent. Après un lavage soigneux, il explore l'estomac qui paraît le point de départ des accidents, et il trouve sur la face antérieure, près du cardia, un orifice qu'à cause de sa profondeur, il est impossible d'obturer. En conséquence, il se contente d'établir un barrage à la gaze iodoformée, et de placer deux gros drains.

Les premiers jours, la température est assez élevée et il s'écoule beaucoup de matières alimentaires. Mais une grande amélioration ne tarde pas à survenir et six semaines après la guérison était complète.

M. Michaux ajoute que les opérations de ce genre ont été pratiquées plus souvent à l'étranger. Il croit être le premier qui l'ait pratiquée en France. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un homme d'équipe qui, en soulevant un rail, fut pris brusquement d'une douleur vive abdominale. Croyant à une perforation, M. Michaux fait la laparotomie. Il trouve, sous le foie et près du cardia, une perforation qu'il ne put obturer qu'en l'enfermant dans un pli de la séreuse. Il draina, et son malade guérit après une suppuration assez abondante.

D'après les statistiques relevées par M. Michaux, les perforations stomacales ne seraient pas un accident exceptionnel de l'ulcère gastrique. Elles ne seraient pas rares. Dans ces cas, si l'on interroge les antécédents, on voit que tantôt l'ulcère stomacal s'est révélé par ses signes habituels; que tantôt il a donné lieu à des symptômes frustes, que le plus souvent, enfin, il est resté à l'état latent et a passé inaperçu.

Quant à la perforation, elle donne lieu toujours aux mêmes accidents : apparition d'une vive et brusque douleur abdominale à la suite d'un effort, d'une grande fatigue ou d'un excès de table, rétraction de la paroi, constipation, arrêt des gaz, légère élévation de la température; puis apparaissent bientôt tous les phénomènes de la péritonite, sauf, la plupart du temps, les vomissements. La marche des accidents est excessivement rapide, et la mort peut survenir en quelques heures. La situation est donc des plus dangereuses et il faut agir sans retard.

Les résultats de l'intervention sont des plus encourageants. Mickulicz le premier, en 1884, a pratiqué la laparotomie pour un ulcère de l'estomac avec perforation. L'opération consiste à pratiquer une incision médiane sus-ombilicale, à aller à la recherche de l'estomac, après avoir fait relever le foie par un aide. Si la perforation est facile à atteindre, on la suturera après résection de l'ulcère. Si la résection n'est pas possible, ou si la perforation est difficilement accessible, il faudra passer les fils à une assez grande distance, après avoir, au besoin, fait un pli à l'estomac. Dans certains cas, il faudra faire une gastro-entérostomie ou une gastrostomie, au niveau de la perforation. Enfin, comme dans le cas de M. Hartmann, on devra parfois se contenter d'établir un barrage à la gaze iodoformée, et de faire un bon drainage.

M. ROUTIER a opéré un malade présentant tous les signes d'une obstruction intestinale aiguë. La laparotomie lui permit de constater l'existence d'un énorme foyer de péritonite dans lequel des matières alimentaires se trouvaient mélangées au pus. Comme cause de ces lésions, M. Routier trouve une perforation au centre d'une masse cancéreuse qui obstruait le pylore. Le malade étant très faible, il se contenta de laver et de drainer. Contre son attente, ce malade survécut huit jours et mourut, non de péritonite, mais d'inanition. Ce fait prouve qu'on peut intervenir dans les cas, en apparence, les plus désespérés.

COMMUNICATION

Pyélo-néphrite. — M. ROUTIER communique deux observations de pyélo-néphrite. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans qui, sans raison appréciable, vit se développer une tumeur abdominale médiane, en même temps qu'il maigrissait notablement. On crut à une péritonite tuberculeuse. M. Routier fit la laparotomie et trouva un rein dilaté, contenant 1 litre et demi de pus. Il draina la poche. Les suites de l'opération furent des plus simples. Mais il resta une fistule urinaire, qui obligea M. Routier, six mois après, à pratiquer la néphrectomie abdominale.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme albuminurique depuis six ou sept ans et ayant présenté, dans les derniers temps, une crise d'urémie. L'examen montra à M. Routier qu'il s'agissait d'une pyonéphrose. Il pratiqua la néphrectomie. La guérison survint et l'albuminurie disparut. Il n'a pu trouver aucune cause à cette pyonéphrose.

Chez ces deux malades, M. Routier a eu quelque peine à

former le pédicule. Au lieu de se servir d'un fil de soie, il a fait une ligature élastique comme pour l'hystérectomie abdominale à pédicule externe.

PRÉSENTATIONS

Luxation irréductible de la rotule. — M. BRUN présente un petit malade qui, depuis quatre ans, était atteint d'une luxation irréductible de la rotule d'origine traumatique. La rotule reposait sur la face externe du condyle du fémur, sa face antérieure regardant en dehors. Le fonctionnement du membre étant très imparfait, M. Brun pratiqua l'opération suivante : il fit une incision courbe à concavité supérieure, mit à nu la capsule fibreuse, sectionna sa partie externe rétractée et épaissie et ne put obtenir la réduction qu'après ouverture de l'articulation. Pour maintenir la réduction, il excisa une partie de la capsule articulaire, en dedans de la rotule, et sutura à la soie les deux bouts de cette excision. Les suites de cette opération furent des plus simples et le résultat fonctionnel obtenu fut parfait.

M. CHAMPIONNIÈRE a eu à traiter une luxation de la rotule permanente, qu'il eût été impossible de traiter comme l'a fait M. Brun dans son cas. Il a fallu creuser une cavité dans le fémur pour y loger la rotule. La guérison s'est maintenue.

M. KIRMISSON a dû faire une opération analogue à celle de M. Championnière chez une jeune fille de treize ans. Cette première tentative ayant échoué, il a dû ultérieurement fixer la rotule au condyle interne au moyen d'un fil d'argent.

Bec-de-lièvre. — M. BERGER présente un enfant qui était atteint de gueule de loup. Il a obtenu une restauration satisfaisante. Il attribue ce bon résultat à ce qu'il a détaché l'aile du nez pour la recroqueviller et la suturer à la lèvre interne de la voûte palatine, de façon à reconstituer la narine. Il a refait la lèvre supérieure en débridant la joue.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Sappey, membre de l'Institut, ancien président de l'Académie de médecine (1887). Ses obsèques auront lieu demain mardi, 17 février, à midi précis, en l'église Saint-Sulpice.

— La Société de médecine de Paris célèbre son centenaire (22 mars 1896).

Samedi 21 mars, à quatre heures très précises, séance solennelle dans la salle habituelle, 3, rue de l'Abbaye.

1° Allocution du président, M. Ladreit de Lacharrière ; — 2° M. Duroziez : La Société de médecine de Paris depuis sa fondation ; — 3° M. Motet : Éloge de Duchenne (de Boulogne).

A neuf heures et demie du soir, réception chez le président, M. Ladreit de Lacharrière.

Dimanche 22 mars, à sept heures et demie du soir, banquet au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées.

— M. le docteur Ciaudo, membre du conseil général des Alpes-Maritimes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1896, M. le docteur Flandin, maire de Saint-Paulet de Caisson, délégué cantonal, a été nommé officier d'Académie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Batigne (de Paris) et Martinet fils (d'Épinal).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1895-1896, ouvert le mercredi 25 mars, sera clos le samedi 25 avril, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat du 25 au 28 mars inclus ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat du 15 au 25 avril inclus.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. Ils doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; en échange il leur sera remis un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1895-1896. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Jeux olympiques à Athènes* (du 5 au 15 avril 1896). Billets d'aller et retour à prix réduits de 1re et 2e classes pour *Athènes* et *Constantinople*, délivrés jusqu'au 5 avril 1896.

Billets d'aller et retour de Paris à Athènes : prix, aller et retour (nourriture comprise à bord des paquebots) :

Par les paquebots de la ligne de Constantinople (classe unique de chambre), 1re classe, 300 francs.

Par les paquebots de la ligne de Syrie, 1re classe, 340 francs ; 2e classe, 230 francs.

Validité : 60 jours. Franchise de bagage sur le chemin de fer, 30 kilogs (1re ou 2e classe) ; sur les paquebots, 100 kilogs en 1re classe et 60 kilogs en 2e classe.

Billets d'aller et retour de Paris à Constantinople : Sur la présentation du coupon complémentaire encarté dans les billets ci-dessus, il sera délivré à Athènes, par les Messageries maritimes, un billet d'aller et retour à prix réduits pour Constantinople, moyennant un supplément de 130 francs en 1re classe, par les paquebots de la ligne de Constantinople (classe unique de chambre) et 155 francs en 1re classe, et 120 francs en 2e classe par les paquebots de la ligne de Syrie.

Départs des paquebots de Marseille : ligne de Constantinople : le samedi, tous les 14 jours, à partir du 7 mars ; ligne de Syrie : le jeudi, tous les 14 jours, à partir du 12 mars.

Les billets sont délivrés à la gare de Paris P.-L.-M., à la Compagnie des Messageries maritimes, rue Vignon, 1, à tous les bureaux succursales de la Compagnie P.-L.-M., et dans les agences de voyages Cook et fils, Voyages économiques, Wagons-lits, Lubin, « Indicateurs Duchemin », Bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket-Office) et Desroches.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — JEUDI 19 MARS 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 19 MARS 1896. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'Instruction publique :

MM. les docteurs Bernard (de Cannes); Bouisson (de Marseille); Carence (de Toulon); Debaussaux, médecin-inspecteur du service de santé au 15e corps d'armée; Doze (de Draguignan); Fochier (de Lyon).

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Bernard (de Toulon); Chauvin (de Cogolin); Crouset (de Marseille); Demandre, médecin-major de première classe au 157e de ligne; Fioupe et Garnier père (de Marseille); Gasiglia et Grinda père (de Nice); Isnard (de Marseille); Jaboulay et Navarre (de Lyon); Roux (de Marseille); Viau (de Toulon).

— Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1896, le ministre de la guerre a accordé des témoignages de satisfaction aux médecins ci-après dénommés qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Benoit (de Dieulefit), quarante-deux ans de services; Dugenet (de Bléré), quarante et un ans de services; Landreau (de Baignes), quarante ans de services; Fontaine (de Marseille-le-Petit), trente-cinq ans de services; Deausse (de Pont-Saint-Martin), trente-trois ans de services; Camin (de Saint-Lys), trente ans de services; Delaunay (de Rosny), vingt-huit ans de services; Mosson (de Raon-l'Etape), vingt-six ans de services; Reverchon (de Nogent-en-Bassigny), vingt-trois ans de services.

— Par décision ministérielle, en date du 16 mars 1896, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés près les hôpitaux militaires suivants, pendant les saisons d'eaux minérales de 1896, savoir :

1° Bourbon-l'Archambault : MM. le médecin-major de première classe Rigal, médecin-chef; Rémond, médecin aide-major de deuxième classe.

2° Bourbonne-les-Bains : MM. le médecin principal de deuxième classe Bachelet, médecin-chef; Forgues et Polin, médecins-majors de première classe; Auclert, médecin aide-major de première classe; Camson, médecin aide-major de deuxième classe; Starck, pharmacien-major de deuxième classe.

3° Vichy : MM. le médecin principal de deuxième classe Antony, médecin-chef; Delamare et Mareschal, médecins-majors de première classe; Bouchereau, médecin-major de deuxième classe; Chanaud, médecin aide-major de première classe; Paris, médecin aide-major de deuxième classe; Quiquet, pharmacien-major de première classe; Cordier, pharmacien-major de deuxième classe.

4° Barèges : MM. le médecin principal de deuxième classe Geschwind, médecin-chef; Péborde et Carette, médecins-majors de première classe; Voulgre, médecin aide-major de première classe; Mathieu, médecin aide-major de deuxième classe; Boutineau, pharmacien-major de deuxième classe.

— Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a l'honneur de rappeler à MM. les étudiants qui veulent remplacer des médecins, qu'ils ne le peuvent faire sans se conformer strictement à l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine,

L'oubli de ces formalités a provoqué des poursuites en police correctionnelle, qui menacent d'aboutir à des condamnations; le doyen croit devoir en prévenir les étudiants.

L'article 6 est ainsi conçu :

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie et à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

— Un concours avait été ouvert en 1895, par la Société française d'hygiène, sur la question si importante de : « L'influence du logement sur la santé des habitants des petites villes et des communes rurales. »

Le Président de la République avait offert pour ce concours deux magnifiques vases de Sèvres.

Dans sa dernière séance générale, la Société, adoptant les conclusions du rapport de la Commission des prix, a proclamé les noms des lauréats :

Prix du Président de la République : M. G. Baudran (de Beauvais); médaille d'argent : M. le docteur Luigi Gasparini, de Gazzaniga (Italie); médaille de bronze : M. Guillemard, instituteur à Nantoux (Côte-d'Or).

Fidèle à ses traditions de vulgarisation scientifique, la Société française d'Hygiène a ensuite approuvé la mise au concours, pour l'année 1896, de la question suivante : « Le rôle de l'hygiène au xxe siècle, par l'instruction et l'éducation des masses. »

Toute latitude est laissée aux concurrents pour traiter la question au point de vue général ou spécial. La Société affecte à ce concours une médaille d'or; deux médailles d'argent et trois médailles de bronze.

Les mémoires, qui ne devront pas dépasser 36 pages in-8°, seront remis dans la forme académique, avant le 1er décembre 1896, au siège de la Société, 30, rue du Dragon, à Paris.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du discours que M. Franck a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Sappey, la séance a été levée en signe de deuil, M. Sappey ayant été président en 1887.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

Gros kyste glandulaire de la queue du pancréas, contenant 3 litres de liquide hématique. Ablation complète de la poche; guérison.

Par M. Cibert, interne des hôpitaux de Lyon.

Les observations de kyste glandulaire du pancréas sont relativement rares, et il est presque exceptionnel de rencontrer des tumeurs kystiques atteignant un volume aussi considérable que celle dont nous rapportons l'observation. A ce titre, ce fait offre déjà un certain intérêt, doublé par celui que présente encore la conduite chirurgicale qui a été suivie. La guérison complète de la malade semblerait militer en faveur de l'extirpation totale du kyste; elle a donné, dans le cas actuel, un beau succès.

Voici cette observation, telle que nous l'avons recueillie, jour par jour, dans le service de M. le professeur Poncet.

D... (Marie), vingt-six ans, née à Chaneins (Ain), entre le 7 novembre 1895, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Anne, n° 10.

Cette malade n'accuse aucun antécédent héréditaire : son père et sa mère sont vivants, en bonne santé. Elle a une sœur et deux frères qui, eux aussi, sont bien portants.

Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons rien de pathologique. Réglée à quinze ans, elle a eu deux enfants : en 1889 et en 1891.

Pendant sa première grossesse, à peu près vers le quatrième mois, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur abdominale, qu'elle percevait nettement, sur la ligne médiane, au-dessus de l'utérus gravide. Elle n'éprouva, du reste, aucun malaise, si ce n'est quelques douleurs faibles, de courte durée, dans le bas-ventre.

L'accouchement s'effectua normalement, mais la tumeur abdominale persista, augmentant peu à peu.

Survint la deuxième grossesse. Le volume trop considérable de son ventre inquiéta la malade. Elle alla consulter un médecin. Celui-ci ordonna un traitement qui ne fut pas suivi, et sur lequel nous n'avons aucun renseignement.

Le second accouchement, comme le premier, se fit bien, après une grossesse sans accidents.

Depuis lors, la tumeur continua à s'accroître lentement, progressivement. La malade ne ressentait aucun malaise; elle remarqua seulement qu'après une marche, un effort même peu violent, sa respiration devenait courte, haletante.

La digestion s'accomplit toujours parfaitement. Jamais de vomissements, pas de dégoût pour certains aliments. Pas de stéarrhée. Selles normales, régulières.

Jamais de troubles de compression de la vessie, de l'intestin ou des vaisseaux abdominaux.

La malade entre dans le service de M. Poncet.

Le ventre est très volumineux, présente une saillie médiane, surtout marquée à l'ombilic. Les parois abdominales sont souples. La tumeur régulière, non bosselée, arrondie, paraît avoir le volume d'une tête d'adulte. En la palpant, on a la sensation d'une poche pleine de liquide, très tendue, rénitente.

Sa mobilité est remarquable. En la saisissant latéralement, avec les deux mains, on peut, sans aucune peine, lui imprimer dans tous les sens des mouvements très étendus.

On la délimite bien de tous côtés. Une bande de sonorité la sépare nettement du foie, de la région pubienne et des flancs. L'estomac est au-dessus d'elle et ne la recouvre pas en avant.

Le toucher vaginal ne donne pas de résultat : utérus mobile. Les mouvements imprimés au kyste ne sont pas perçus. Les culs-de-sac, libres, sont très souples, et on ne peut arriver à toucher la tumeur par le vagin.

Toucher rectal négatif.

La malade a un peu maigri, mais l'état général est très bon.

On ne trouve ni albumine, ni sucre dans les urines.

La température a toujours été normale.

Le 13 novembre, M. Poncet pratique la laparotomie. Anesthésie à l'éther. Incision sus et sous-ombilicale de 20 centimètres. Aussitôt les plans aponévrotiques divisés et le péritoine incisé, on trouve la tumeur abdominale, mais on ne l'aperçoit que par transparence; elle est, en effet, recouverte par une toile cellulo-graisseuse qui glisse à sa surface. On reconnaît bientôt que l'on se trouve en présence de l'épiploon gastro-colique : en effet, le côlon transverse est considérablement abaissé, refoulé au-dessus du pubis. Quant à l'estomac, il est difficile de l'apercevoir, caché qu'il est sous le diaphragme. L'épiploon gastro-colique est tendu entre ces deux organes et étalé au-devant de la tumeur.

Incision sur la ligne médiane de l'épiploon gastro-colique; on est alors directement sur le kyste, qui est sillonné par des lacs veineux de très gros volume; ils sont nombreux, et, dans les manœuvres de décortication, ils se rompent plusieurs fois; l'hémorragie se fait alors par de très gros jets de sang, dont on se rend maître par des pinces à pression continue.

La tumeur, mise à nu, est ponctionnée avec un gros trocart à ovariotomie, et il s'écoule environ trois litres d'un liquide marron foncé, rappelant la coloration des épanchements hydro-hématiques anciens, couleur chocolat. Après évacuation de la poche, on commence la décortication. Celle-ci est particulièrement pénible; il est difficile de trouver une couche de clivage. Pourtant, cette manœuvre se fait petit à petit, des pinces hémostatiques sont posées sur les vaisseaux qui saignent, au fur et à mesure de leur ouverture.

A un moment donné, alors que le travail de dissection se poursuit dans la profondeur, du côté de la colonne vertébrale, on voit le pancréas, et on constate qu'il a des rapports absolument intimes avec la tumeur. En effet, son tissu se perd sur les parois de celle-ci; à un moment, on se trouve juste au-devant du rachis; on a atteint à peu près la limite du fond de la poche; il est difficile, sinon impossible, de créer un pédicule vrai, aussi, avec une grande pince courbe, on embrasse simultanément le fond de la poche et la portion du tissu pancréatique qui lui est adhérente. Ce pédicule comprend de gros vaisseaux.

Excision et ablation de la tumeur.

On éponge rapidement avec de gros tampons la cavité abdominale. Des pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux, car il se produit une hémorragie assez abondante. On essaie de faire des ligatures, mais celles-ci tiennent mal, et, devant l'insuffisance de ce moyen d'hémostase, on se décide à laisser sept pinces à demeure, en outre de la grande pince qui étreint le pédicule. Drainage à la Mickulicz. Pansement iodoformé. Bandage de corps.

(Ce compte rendu de l'opération est dû à M. le docteur Villard, chef de clinique.)

Le soir et le lendemain, la malade éprouve de légères coliques. L'état général reste bon.

Le 15 novembre 1895. La température est de 37°9. On se décide à enlever les sept pinces hémostatiques. On veut en faire de même pour la grande pince courbe, aussitôt un flot de sang sourd en abondance du fond de la plaie; heureusement, les mors de la pince n'avaient pas été déplacés, on les serre et l'hémorragie s'arrête. Le soir, la température monte à 38°5. Les jours suivants, un peu de fièvre se déclare, mais l'état général reste satisfaisant. On panse la malade tous les jours.

On ne peut enlever la pince qui tient le pédicule que le 20 novembre. A ce moment, se produit une suppuration assez abondante, causée par l'élimination du pédicule. Pus d'odeur très fétide. Pas de signes de péritonite, malgré une élévation quotidienne de la température. Elle atteint 40 degrés le soir du 28 novembre.

Le 29 novembre, M. Poncet se décide à enlever complètement le drainage à la Mickulicz, qu'on n'avait pu extraire en totalité, à cause de l'hémorragie qui se produisait, très abondante, au moindre attouchement de la plaie.

Le surlendemain, la température retombe à 38 degrés, et, dès lors, reste normale. La fièvre disparaît complètement, la malade reprend appétit, ne se plaignant d'aucun malaise.

Une fistule s'établit entre le pédicule et l'orifice cutané. Elle suppure un peu. Pansements fréquents.

Le 15 décembre, on examine les urines. Pas d'albumine ni de sucre.

La fistule mesure 4 centimètres de profondeur. La malade se lève une heure ou deux par jour.

La malade quitte l'hôpital le 15 janvier, complètement guérie.

Certains points relatifs à l'histoire de la malade, à l'opération et à ses suites, nous paraissent devoir être plus particulièrement mis en relief :

C'est ainsi que, chez cette jeune femme, la tumeur qui s'était développée, dès son début, dans la région ombilicale et sus-ombilicale, n'avait entraîné aucun malaise bien appréciable; et, rien, dans son évolution, ne pouvait laisser supposer un kyste pancréatique. En l'absence de tout trouble fonctionnel, aucun signe ne pouvait révéler une lésion du pancréas.

Les urines, les selles n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Cela se comprend aisément, la tumeur s'était développée aux dépens des acini de la queue du pancréas. L'organe, ainsi que M. Poncet a pu le constater pendant l'opération, était sain dans tout le reste de son étendue.

Les deux grossesses, survenues après l'apparition du kyste, ne paraissent pas avoir eu grande action sur son développement. La tumeur, à son tour, ne semble pas avoir apporté une gêne quelconque à l'accroissement de l'utérus et aux deux accouchements.

Lorsque la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, le kyste, de forme arrondie, avait sensiblement le volume d'une tête d'adulte; son centre répondait à l'ombilic, mais la tumeur était certainement plutôt sus-ombilicale que sous-ombilicale.

Contrairement à ce que l'on constate d'habitude pour des kystes de cette nature, celui-ci avait une assez grande mobilité. A première vue, surtout lorsque la malade était complètement étendue et que l'on regardait le ventre de profil, il semblait que la tumeur faisait, en quelque sorte, hernie immédiatement au-dessous de la paroi abdominale, comme si l'on avait eu affaire à une vaste éventration.

Ces différents signes avaient certainement permis de récuser tout diagnostic de tumeur liquide développée aux dépens des organes génitaux internes, mais les éléments d'un diagnostic anatomique précis faisaient défaut, et M. Poncet dut se contenter d'un diagnostic opératoire. Le volume de la tumeur, son accroissement, et, d'autre part, le désir de la malade d'être guérie par une intervention chirurgicale, tout autre moyen ayant échoué, justifiaient la laparotomie.

La paroi abdominale largement incisée, le kyste se présenta recouvert par le péritoine. On le vida par une ponction et l'on put aisément se rendre compte de ses rapports avec les organes avoisinants. Les premières tentatives d'énucléation furent d'abord assez simples; dès le début, cependant, elles s'accompagnèrent d'hémorragies assez abondantes, produites par la déchirure des veines voisines anormalement développées.

A un moment donné, le sang s'écoulait en telle quantité, malgré l'application de nombreuses pinces hémostatiques, que M. Poncet dut, pour assurer l'hémostase, se décider à l'extirpation complète du kyste. La tumeur faisait corps intime avec la queue du pancréas, aux dépens duquel, on le vit nettement, elle s'était développée.

L'extraction complète de cette énorme poche fut, comme on peut le supposer, en tenant compte de la situation et des rapports du pancréas, des plus laborieuses. Malgré les précautions prises dans la décortication, elle s'accompagna de nombreuses déchirures vasculaires dont l'hémostase était particulièrement difficile : déchirés plus ou moins obliquement, les gros troncs veineux avoisinants fournissaient du sang en quantité; toute ligature était impossible par suite de l'absence de pédicule vasculaire et on dut laisser en place sept pinces longuettes hémostatiques et une longue pince courbe enserrant la queue du pancréas et les vaisseaux divisés immédiatement au-dessous du kyste enlevé dans sa totalité.

M. Poncet, après une toilette rapide du péritoine, ferma immédiatement la plus grande étendue de la plaie par des sutures, et, dans l'angle sus-ombilical, pratiqua à la Mickulicz un tamponnement méthodique. Pour éviter l'intoxication iodoformée qui, dans les circonstances actuelles, paraissait à craindre, il constitua le parapluie avec de la gaze stérilisée et la capitonna de chiffons de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent relativement simples; néanmoins, la malade passa par des phases diverses témoignant d'un certain degré d'infection localisée, due très probablement au sphacèle des tissus enserrés par les pinces laissées à demeure.

Les petites pinces furent enlevées sans incidents le troisième jour; restait celle qui étreignait le pédicule pancréatique; lorsque M. le professeur agrégé Curtillet, assistant de M. Poncet, essaya d'enlever cette pince, le sang coula en abondance à la surface de la plaie. La pince n'avait été été, heureusement, que desserrée, il put étreindre de nouveau les vaisseaux non oblitérés, et c'est sept jours après l'opération que l'on put l'enlever sans crainte.

On enleva aussi progressivement les tampons inclus dans le parapluie de gaze stérilisée. Quant à ce dernier, il fut encore, pendant longtemps, laissé en place, suivant la recommandation de M. Poncet : plusieurs fois, en effet, il a été témoin d'accidents plus ou moins graves, parfois mortels, reconnaissant très nettement pour cause l'ablation hâtive d'un Mickulicz. En pareil cas, il faut savoir attendre que la plaie profonde soit devenue granuleuse, que la barrière créée à l'infection par des adhérences nombreuses, solides, soit bien établie; or, cette défense des tissus ne sera souvent réalisée qu'un temps relativement long après

la mise en place de ce mode de drainage. C'est ainsi que, dans le cas actuel, M. Poncet ne procéda à l'ablation totale du Mickulicz que quatorze jours après sa mise en place. Il recommande alors, comme il l'a pratiqué du reste chez notre opérée, de faire des tentatives d'extraction modérées, douces. Il faut se comporter vis-à-vis du parapluie plus ou moins adhérent aux tissus qui le recouvrent comme vis-à-vis d'adhérences organiques : c'est-à-dire qu'en exerçant de légères tractions sur les bords de la poche, avec la main gauche, par exemple, il faut, avec l'index et le médius droits, décoller méthodiquement et amener ainsi progressivement, lentement, la gaze adhérente. Ce n'est pas toujours en une seule séance que l'on obtiendra ce résultat; mais, en procédant ainsi, à des intervalles plus ou moins rapprochés, on se met à l'abri des déchirures, vasculaires ou autres, et l'on échappe également aux accidents infectieux. A chaque tentative d'extraction, des lavages avec de l'eau stérilisée chaude facilitent la manœuvre et entraînent au dehors des débris mortifiés qui doivent être éliminés. Cette manière de faire nous a paru avoir dans notre cas une importance de premier ordre, et nous pensons qu'en dehors de la technique opératoire suivie, la malade lui est redevable de sa guérison.

Malgré ce succès d'extirpation totale d'un gros kyste pancréatique, M. le professeur Poncet pense que, dans des cas de ce genre, l'opération de choix doit être, comme J. Bœckel et la plupart des chirurgiens le conseillent, la laparotomie avec ouverture pure et simple du kyste pancréatique et marsupialisation de la poche. En effet, l'ablation de la poche présente de grandes difficultés opératoires; elle expose à des hémorragies redoutables et aussi à la déchirure des viscères avec qui la tumeur a fatalement contracté des adhérences.

Le liquide provenant du kyste a été analysé par M. Porteret, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu :

« Sérosité alcaline, contenant 1gr75 d'urée, des traces de paralbumine. Ce liquide forme avec l'huile une émulsion stable; il a sur l'amidon un pouvoir saccharifiant assez notable et n'attaque pas la fibrine. La tumeur présentait la teinte bleutée qu'ont d'ordinaire les kystes de l'ovaire. Sa paroi, lisse, était sillonnée par de nombreux troncs veineux dont quelques-uns, surtout vers le pédicule, avaient le diamètre d'une plume d'oie. La poche paraissait uniloculaire, en ce sens qu'il n'y avait qu'un seul gros kyste, mais dans l'épaisseur de la poche se trouvaient inclus une multitude de petits kystes dont le plus gros ne dépassait pas le volume d'une noisette. En outre, la cavité du grand kyste était sillonnée par de longues brides, la cloisonnant en une série de loges qui, toutes, communiquaient largement les unes avec les autres. L'épaisseur de la coque du kyste mesurait environ 3 ou 4 millimètres. »

Examen histologique (pratiqué par M. le docteur Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale). — « Les coupes ont porté sur un point de la paroi où se trouvaient réunis, dans un espace d'un centimètre carré environ, une dizaine de petits kystes, visibles à l'œil nu, ayant, tout au plus, les dimensions d'un tête d'épingle.

Un fragment, fixé sur une lame de liège, fut immergé, pendant quelques heures, dans une solution d'aldéhyde formique, puis durci dans l'alcool ordinaire et l'alcool absolu, inclus dans la paraffine et coupé au microtome. Les préparations ont été colorées au picro-carmin.

A un faible grossissement, la paroi principale de la poche est constituée par une large bande de tissu fibreux stratifié. A mesure que l'on avance vers l'intérieur, on trouve inclus dans cette paroi des acini glandulaires de plus en plus nombreux. On assiste à la transformation progressive de ces acini en cavités kystiques, enfin, on ne trouve plus que des brides conjonctives tapissées sur leurs deux faces par de l'épithélium; ces travées connectives séparent deux kystes plus considérables.

C'est là une disposition absolument comparable à celle que l'on rencontre dans toutes les tumeurs kystiques, et, spécialement celles de l'ovaire. Mais, en examinant à un grossissement plus fort la constitution des différentes cavités, en partant des acini glandulaires, on reconnaît des caractères particuliers :

Dans un premier point qui représente la glande avant sa transformation kystique, on rencontre un groupe de dix à douze acini glandulaires, pour la plupart de forme allongée. Deux ou trois sont circulaires, la coupe ayant porté sur un diamètre perpendiculaire à leur axe. Des cellules pyramidales les constituent. Leur sommet converge vers le centre de l'acinus; on en compte deux ou trois par quadrant, environ 12 à 16 pour un cercle complet. Elles se composent d'un protoplasma granuleux, entouré par une membrane distincte, et d'épaisseur égale dans toute son étendue. A la base de l'élément, se trouve un gros noyau bien coloré, et il ne paraît pas y avoir de cellules de remplacement. Une trame conjonctive mince enveloppe l'acinus.

En somme, une très grande analogie existe entre ces acini et ceux d'une parotide; mais ici, il n'y a pas de lumière centrale, les cellules se touchant toutes par leur sommet; en outre, la forme des acini est le plus généralament allongée, au point de former une ellipse dont le grand diamètre a trois fois les dimensions du petit.

Au voisinage de ces points normaux, il se trouve un autre groupe dans lequel les cellules ont à peu près le même aspect, mais les acini ont une lumière centrale et on assiste ainsi à leur transformation progressive en un kyste microscopique.

Au fur et à mesure que le kyste grandit, les cellules changent de caractère, deviennent cylindriques, et leur cuticule disparaît au sommet; enfin, fait important, le protoplasma est de moins en moins granuleux : la cellule ressemble à celle des glandes de Lieberckühn.

En même temps, le tissu conjonctif péri-acineux augmente : au lieu d'une simple trame connective, on trouve un tissu conjonctif muqueux avec de nombreuses cellules ramifiées et quelques cellules fixes. Dans les plus grands kystes, le revêtement est en tous points comparable à celui des kystes ovariques; mais, il existe de nombreux diverticules constitués par des acini à lumière centrale. L'orifice qui fait communiquer le kyste avec l'acinus est d'abord très étroit, puis, il s'élargit progressivement; finalement, on rencontre de simples dépressions, et toute la paroi prend un aspect ondulé. Enfin, dans les kystes de plus grandes dimensions, l'épithélium, après avoir été cubique, s'aplatit.

La plupart des cavités ont un contenu finement granuleux, dans quelques-unes on aperçoit des débris de globules sanguins.

Tout autour des grands kystes, on voit un grand nombre de vaisseaux : les uns sont des capillaires normaux, les autres sont des capillaires considérablement dilatés.

Le tissu conjonctif subit aussi diverses modifications ; par places, il est surtout muqueux; en d'autres points, il

devient franchement fibreux, et l'on trouve de larges bandes stratifiées dans les points les plus périphériques.

Le diagnostic histologique paraît absolument certain : il s'agit d'une transformation kystique d'une glande, et le processus nous paraît avoir de nombreuses analogies avec celui de la maladie kystique du sein.

La pièce que nous examinons doit-elle être considérée comme une tumeur ou comme le résultat d'une inflammation chronique?

On sait que pour la maladie kystique du sein, les auteurs ne sont pas encore absolument d'accord, et que Schimmelbusch, contrairement à l'avis de Delbet, penche pour la théorie de l'adénome.

Parmi les différents kystes qui ont déjà été l'objet d'examens histologiques complets, celui de Hartmann (Congr. de chir., 1891) était un épithélioma avec nodules de généralisation dans le foie. Celui de Tilger (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1894) était, au contraire, bien manifestement dû à une inflammation chronique développée dans un pancréas adulte.

Il en résulte que M. Hartmann incline à considérer que les kystes du pancréas, comme les kystes de l'ovaire, peuvent être des adénomes se transformant en épithéliomas mucoïdes. Pour Tilger, les kystes débutent par une cirrhose pancréatique; consécutivement à cette cirrhose, les acini glandulaires se transforment en kystes par ramollissement de leur portion centrale.

La description que nous avons faite du kyste qu'il nous a été donné d'étudier, nous autorise à penser que, dans ce cas, il ne s'agit ni d'une inflammation chronique, ni d'un épithélioma, mais bien plutôt d'un tératome ou tout au moins d'un adénome fœtal. On sait, en effet, que les acini du pancréas adulte n'ont plus de canal excréteur, ni de lumière centrale. Pendant le développement de cet organe, il existe une période dans laquelle il n'a pas encore été remanié par les vaisseaux, constituant alors une véritable glande en grappe dont les acini ont une lumière à leur centre.

Le fait que dans les acini les plus parfaits de notre kyste, il n'existait pas de tige centro-acineuse et pas de vaisseaux, prouve, à notre avis, que la glande n'avait pas encore subi de remaniements vasculaires. Des acini avaient-ils été, pour ainsi dire, oubliés pendant la période de développement parfait, exclus de leurs fonctions et devenus ultérieurement kystiques? Ou bien, au sein d'un pancréas adulte, quelques cellules embryonnaires paraglandulaires avaient-elles constitué tardivement des acini dont le développement complet et normal ne s'était pas produit? C'est ce que nous ne saurions dire, mais nous pensons que l'une ou l'autre de ces hypothèses doit être admise.

Nous avons donc affaire, nous semble-t-il, à un adénome fœtal. Peut-être même un grand nombre de tumeurs doivent être considérées comme relevant de la même pathogénie, à savoir une monstruosité de développement, et non une tumeur, au sens propre du mot.

Si, dans le cas de M. Hartmann, la tumeur est devenue un épithélioma, cela ne prouve pas qu'elle était épithéliomateuse dès le début. Ne voyons-nous pas souvent les goitres devenir ultérieurement cancéreux? Et d'ailleurs, chacun sait que les kystes dermoïdes, types de tératomes, peuvent devenir des cancers.

En résumé, l'étude que nous avons faite de ce kyste du pancréas nous conduit à penser que l'on rencontre dans cet organe deux grandes variétés de kystes : les uns se développent par une inflammation chronique dans un pancréas devenu cirrhotique; et, comme la formation de ces kystes s'accompagne presque toujours d'hémorragies, on les considère comme étant dus à ces hémorragies, d'où leur nom de kystes hématiques.

Les autres sont des monstruosités de développement, des adénomes de la période fœtale : ils peuvent persister à l'état de kystes simples, comme dans le cas de Hartmann. C'est, d'ailleurs, de cette façon, que nous envisageons toutes les tumeurs kystiques en général, et si l'on nous permet une comparaison avec ce que l'on trouve dans le sein, il nous semble que l'on doit admettre, là aussi, deux variétés de tumeurs kystiques : les unes, dues manifestement à une inflammation chronique dans un sein adulte [le fait que M. Gaudier (Société de biologie, 1895) a pu en reproduire expérimentalement, prouve bien l'existence de ces tumeurs kystiques inflammatoires]; les autres, dues à une monstruosité de développement et résultant, soit comme les tumeurs kystiques des maxillaires, de la multiplication tardive des éléments épithéliaux, soit de la prolifération et de la transformation kystique d'acini appartenant bien à la glande, mais non encore parfaitement développés.

Ces kystes, qui sont des adénomes fœtaux, ont une grande tendance à devenir cancéreux, et c'est pour cela que certains auteurs les considèrent comme étant des tumeurs. MM. Bard et Lemoine ont admis que, dans toutes les glandes, il peut y avoir une faiblesse congénitale de la membrane basale, et ils ont proposé la théorie de l'angiome glandulaire, pour expliquer toutes les maladies kystiques; il est infiniment probable que les membranes basales, elles aussi, sont frappées d'un arrêt de développement; mais le fait que, dans notre cas, nous avons trouvé des acini pancréatiques se distinguant des acini normaux par l'absence de vaisseaux, nous paraît démontrer qu'il y a, dans la production des maladies kystiques, un élément de plus dont il faut tenir compte.

DU GONOCOQUE EN MÉDECINE LÉGALE (1)

Par le docteur Paul Simon,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy,

L'importance médico-légale de la notion du gonocoque a été jusqu'ici très diversement appréciée. Certains faits, tels que ceux de Straus (2), de Vibert et Bordas (3), tendent à faire admettre que cet agent peut être rencontré dans le pus d'uréthrites ou de vaginites de cause banale, nullement vénériennes, tandis que, pour beaucoup d'autres auteurs, le gonocoque ne s'observerait que dans les écoulements réellement blennorragiques. Cette opinion a été défendue en particulier par Jullien (4) qui, tout en admettant la spécificité du gonocoque, déclare cependant que le moment n'est pas encore venu d'introduire cette donnée en médecine légale, le temps ne l'ayant pas suffisamment sanctionnée.

Cette sage réserve n'avait pas toujours été observée : Lévi (5) ayant trouvé le gonocoque dans le col utérin d'une petite fille et dans l'écoulement uréthral d'un individu inculpé de viol, n'hésite pas à conclure à la culpabilité de l'accusé.

---

(1) *Rev. méd. de l'Est*, 1896, p. 12.
(2) Straus. *Arch. de méd. expérim.*, 1889.
(3) Vibert et Bordas. *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1891.
(4) Jullien. *Union méd.*, 1892.
(5) Lévi. *Giorn. ital. di mal. ven.*, 1890.

Bien plus, Lobert (1), Horand (2), Kratter (3) affirment avoir réussi à déceler la présence du gonocoque sur du papier et sur du linge ayant appartenu à des enfants violés. Au contraire, Aubert (4) et Bosch (5) tout en restant convaincus de la nécessité de l'examen bactériologique en médecine légale, constatent qu'on ne peut accorder aucune valeur aux recherches faites sur des taches suspectes, et ils ajoutent fort justement que même l'existence du gonocoque dans un écoulement vaginal n'implique pas toujours un coït infectant, en raison des nombreuses causes de contamination indirecte qui peuvent se présenter.

La question est donc des plus complexes; elle devient insoluble quand l'examen bactériologique n'est pas concluant et que l'identité du gonocoque ne peut être parfaitement établie. C'est ce que j'ai eu occasion récemment d'observer avec M. le professeur Spillmann, dans le cas suivant, que je relaterai brièvement.

Il s'agissait d'examiner un individu inculpé d'avoir exercé des attouchements obscènes sur la personne d'une petite fille de cinq ou six ans et de lui avoir communiqué une blennorragie dont il était lui-même affecté. La fillette présentait, en effet, un écoulement vaginal verdâtre très abondant, contenant des gonocoques de Neisser avec leurs caractères de coloration ordinaires et leur disposition intra-cellulaire caractéristique.

Le prévenu était un homme de trente-sept ans, de constitution vigoureuse et bien portant en apparence. Il avouait avoir eu, vers l'âge de vingt ou vingt-deux ans, une blennorragie qui aurait guéri au bout de trois semaines sans laisser aucune trace; mais il niait absolument avoir jamais contracté, depuis, aucune maladie vénérienne. L'examen du canal de l'urèthre, pratiqué à plusieurs reprises avec les précautions d'usage, ne permit de constater aucun suintement muqueux ou purulent; mais, par contre, l'urine, d'ailleurs limpide, contenait, au moment de l'émission, quelques filaments d'apparence muqueuse qui se précipitaient au fond du vase par le repos. L'examen bactériologique du dépôt, pratiqué par M. Haushalter, professeur agrégé, révéla les faits suivants :

Sur les préparations, colorées au violet de gentiane, il existait des cellules épithéliales, quelques globules blancs et des microbes divers : parmi ceux-ci, les uns, en assez grand nombre, siégeaient en dehors des cellules et avaient la forme soit de courts bâtonnets, soit de microcoques; d'autres étaient contenus dans ces cellules et, parmi ceux-ci, dans certaines cellules; il en était qui, par leur union deux à deux, leur forme allongée en haricots se touchant par leurs faces excavées, rappelaient l'aspect des gonocoques. Mais en traitant ces lamelles par la méthode de Gram, ces éléments se décoloraient d'une façon incomplète et insuffisamment nette pour que l'on pût affirmer avec certitude, que les éléments contenus dans ces cellules étaient bien réellement des gonocoques.

Dans ces conditions, nous ne pouvions évidemment que réserver notre appréciation, mais sans vouloir exagérer la portée d'un fait peut-être isolé, il est permis de constater que dans un cas où l'examen bactériologique pouvait, dans une certaine mesure, renseigner le médecin légiste sur la nature et la contagiosité d'un exsudat uréthral *ancien*, cette recherche est demeurée impuissante à caractériser le gonocoque de Neisser et n'a pu déceler que des diplocoques assez voisins de lui par leur forme et leurs caractères de coloration. Comme c'est surtout dans des faits de ce genre que la présence du gonocoque pourrait être considérée comme un argument en faveur d'un attentat criminel, puisque dans une blennorragie aiguë cette recherche est infiniment moins nécessaire, il semble que l'examen bactériologique ne doive être souvent que d'un faible secours. D'ailleurs, eût-on trouvé dans un écoulement vaginal des gonocoques avec leurs caractères pathognomoniques de forme, de coloration et de culture, qu'il resterait à soulever la question d'une contagion indirecte ou accidentelle : pour certains auteurs, celle-ci serait la règle, le crime l'exception.

(1) Lobert. *Bull. méd. du Nord*, 1887.
(2) Horand. *Lyon méd.*, 1888.
(3) Kratter. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1890.
(4) Aubert. *Lyon méd.*, 1884.
(5) Bosch. Th. de Montpellier, 1893.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose.

Par le docteur F. Lacroix.

M. Faisans a soulevé, ces jours derniers, à la Société médicale des hôpitaux, une très intéressante discussion au sujet du traitement de la tuberculose par la créosote. Trois séances ont été consacrées à ce sujet, et plusieurs des orateurs, tout en refusant de la reconnaître, à elle seule, comme le spécifique de la tuberculose, attribuent à la créosote des qualités antibronchorrhéiques réelles et incontestables.

Pour MM. Ferrand et Lereboullet, cette substance est un excellent balsamique, peut-être le meilleur des balsamiques, capable de rendre les plus grands services dans les bronchorrhées, et un des plus précieux adjuvants de l'hygiène des tuberculeux.

M. Fernet est du même avis lorsqu'il déclare que « la créosote a pour effets immédiats certains phénomènes d'excitation qui se produisent du côté de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, du système nerveux; c'est dire que l'appétit s'accroît, les battements du cœur se régularisent et deviennent plus forts, les forces se relèvent, l'embonpoint augmente ».

Mais la créosote jouit d'une autre propriété encore; d'après Hanot, l'urobiline, qu'il a rencontrée dans les urines de 48 p. 100 des phtisiques de son service, disparaît après 15 à 20 jours d'emploi de capsules créosotées (en moyenne 6 par jour). Debove explique cette disparition par l'action de la créosote sur les fermentations intestinales; ce serait donc un excellent antiseptique gastro-intestinal.

En résumé, la créosote ne serait pas, comme quelques-uns l'ont cru, ni une panacée universelle, ni à elle seule le spécifique absolu de la tuberculose, mais elle reste, dans cette affection, un des plus puissants adjuvants de la médication : 1° comme antibronchorrhéique; 2° comme modificateur hygiénique de premier ordre; 3° comme antiseptique gastro-intestinal.

Mais, avec MM. Fernet, Legendre et la plupart des médecins, nous ajouterons que les bons effets de la créosote dans la tuberculose, comme dans les affections broncho-pulmonaires, ne peuvent se produire que lorsque cette substance est administrée à des doses convenables. Dans les cas contraires et lorsque les doses sont exagérées, il se produit, comme avec tous les médicaments, du reste, des phénomènes d'intolérance. Et ces phénomènes ne se rencontrent guère que

dans l'administration de la créosote à haute dose par les injections hypodermiques (1).

Tous ces inconvénients pourront toujours être évités en faisant prendre la créosote par la voie rectale, dissoute dans du lait, au moyen de la Recto-Créosote Trouette contenant 50 centigrammes de créosote pour 20 centimètres cubes de lait stérilisé sous pression à l'autoclave, ou par la voie stomacale au moyen des Gouttes Livoniennes, petites capsules renfermant 5 centigrammes de créosote pure de bois de hêtre émulsionnée avec du baume de Tolu et du goudron; l'heureuse association de ces trois médicaments antibronchorrhéiques est très assimilable, ne fatigue pas l'estomac, et se prend au moment des repas, deux ou trois Gouttes Livoniennes à chaque repas, soit six par jour, et c'est une dose bien suffisante dans la plupart des cas.

On n'oubliera pas que la créosote est indiquée d'une façon absolue dans les formes torpides de la tuberculose, et que c'est dans ces cas qu'elle produit son maximum d'effet, et qu'il ne faut pas négliger en même temps le traitement hygiénique, exercice, air sain et pur, frictions, etc.

Mais à côté des indications qui précèdent, il y a place, dans le traitement de la tuberculose, pour d'autres modificateurs hygiéniques : parmi eux, nous citerons, en première ligne, la suralimentation par la poudre de viande Trouette-Perret, méthode recommandée par nos plus grands maîtres. Cette poudre de viande, grâce à sa saveur agréable et à son manque absolu d'odeur, est toujours prise très facilement dans du lait, du bouillon, du thé, du chocolat, du grog, du potage au tapioca, etc. C'est dans les formes torpides de la maladie qu'elle procurera le plus rapidement ses effets : retour de l'appétit, disparition des sueurs, augmentation de poids, etc. (L'usage de cette poudre de viande produit aussi les plus heureux effets dans la convalescence de toutes les maladies, dans la croissance des enfants, et dans tous les cas où on a besoin d'alimenter fortement les malades avec le minimum de fatigue.)

Et pour assurer aux malades un fonctionnement régulier de leurs organes digestifs, nous conseillons ordinairement de faire prendre, après chaque repas, un petit verre à liqueur d'élixir de Papaïne de Trouette-Perret; ce précieux agent thérapeutique digère et peptonise avec la plus grande facilité les aliments.

On sait de quels soins il faut entourer l'estomac des malades et surtout des tuberculeux; d'un autre côté, la suralimentation leur est aujourd'hui recommandée, et il est certain que les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont des plus encourageants, l'élixir de Papaïne de Trouette-Perret, en apportant une grande facilité dans les digestions, permettra dans tous les cas de faire bénéficier les malades, même ceux à insuffisance gastrique, de la méthode si fort préconisée par Debove.

(1) Il faut se rappeler avant tout que, dans les formulaires les plus accrédités, Bouchardat, Dujardin-Beaumetz, etc., la dose maximum indiquée pour la créosote est de 2 grammes dans les vingt-quatre heures, et que dans l'accident dont il a été question à la Société médicale des hôpitaux, *accident suivi, du reste, de guérison rapide*, le malade prenait journellement 140 à 150 grammes d'huile créosotée au 15e, soit de 9 à 10 grammes de créosote pure en injections hypodermiques, A ce compte et avec des doses si manifestement exagérées, tous les médicaments ne seraient-ils pas des toxiques?

REVUE DE LA PRESSE

Suture de parois artérielles. — Heidenhain, ayant malencontreusement enlevé un fragment de paroi de l'artère axillaire au cours d'une opération de cancer du sein, eut la présence d'esprit de faire immédiatement comprimer le vaisseau en amont et en aval et de fermer l'orifice temporaire au moyen de pinces de Péan; il fit ensuite la suture au catgut des lèvres de la plaie en appliquant endothélium contre endothélium, puis il retira les pinces.

La malade guérit sans qu'à aucun moment il y ait eu d'hémorragie secondaire; la fonction du bras était intacte.

L'auteur fait remarquer que l'opérée était âgée de cinquante-neuf ans et est d'avis qu'il ne faut pas trop se préoccuper de l'artério-sclérose dans des cas semblables. (*Wiener Klin. Woch.*)

Tétanie dans la grossesse. — Thomas (de Baltimore) rapporte le cas d'une femme, enceinte pour la huitième fois, qui entrait à l'hôpital pour des crampes insupportables. La malade avait déjà souffert dans ses précédentes grossesses de crises analogues.

Les crises commencent par un tremblement dans les mains, puis les doigts se raidissent et la main se ferme au point que les ongles pénètrent dans la peau, les bras sont étroitement appliqués contre la poitrine; en même temps les mains bleuissent et gonflent. Les mêmes phénomènes se produisent aux pieds. Parfois la crise s'étend à la totalité du corps, aux muscles des yeux et du visage, au larynx, et la malade menace d'étouffer sans jamais, cependant, perdre connaissance.

La moindre pression sur le parcours d'un nerf amène la contracture des muscles de son territoire d'innervation. Hypersensibilité très grande du courant électrique. (*Centralbl. f. gynæc.*)

Nouvelle méthode de traitement de la rétroversion utérine compliquée d'adhérences. — Pryor (de New-York), voulant éviter les inconvénients de la laparotomie dans le traitement de la rétroversion utérine, lui substitue la voie vaginale. Il indique lui-même le manuel opératoire suivant : le doigt, explorant le cul-de-sac postéro-supérieur du vagin, sent un repli muqueux de forme semi-lunaire; on pratique alors en ce point, avec une paire de ciseaux, une incision de même forme (premier temps). Cela fait, avec le bout de l'index de la main gauche, on sépare les lèvres de la plaie jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau du fond utérin; on ouvre alors le péritoine avec des ciseaux, si le doigt ne l'a pas encore ouvert (deuxième temps); on introduit ensuite le doigt dans l'ouverture et on libère l'utérus des adhérences qui le fixent à droite et à gauche (troisième temps).

L'intervention se complète par l'introduction d'un fort tampon de gaze iodoformée dans le trajet qui vient d'être créé en arrière de l'utérus. C'est là le point délicat de l'intervention : en effet, dit Pryor, si l'on introduit le tampon trop profondément, il peut irriter les annexes et les enflammer et s'il ne pénètre pas entre les lèvres de la plaie, il ne la draine pas suffisamment.

Ce procédé, comme la laparotomie, permet l'exploration des annexes et leur ablation si elles sont reconnues malades. (*Centralbl. f. gynæc.*, n° 7, 1896.)

De la valeur curative de l'érysipèle dans la syphilis. — A l'appui de l'influence que l'érysipèle peut exercer sur la marche de la syphilis, Rudolph (de Magdebourg) rapporte tout au long l'histoire d'une jeune couturière qu'il eut l'occasion de suivre de près depuis le 4 mai 1893. Cette jeune fille avait gagné la syphilis quatre ans auparavant; depuis cette époque, elle n'avait cessé de suivre un traitement mercuriel intense, administré en injections sous-cutanées et en frictions auxquelles elle joignait de fortes doses d'iodure de potassium. Quand il la vit, Rudolph constatait la présence d'un certain nombre de ganglions sous-maxillaires, gros comme des œufs de pigeon; il en trouvait aussi à la nuque, où ils variaient du volume d'un pois à celui d'une noisette. L'état général n'est pas bon : amai-

grissement, faiblesse, marche difficile; la malade se plaint de douleurs rhumatismales localisées aux genoux et remontant au début des accidents spécifiques; Rudolph constate de l'empâtement articulaire à ce niveau. Il prescrit, malgré l'extrême faiblesse, de nouvelles frictions qui restent sans résultat.

Le 13 avril 1894, il est appelé de nouveau auprès de la couturière; il la trouve cachectique. L'entourage lui apprend que, depuis un an, elle est presque constamment au lit à cause de sa grande faiblesse, de ses douleurs articulaires et de maux de tête continuels. Rudolph constate, en outre, à ce moment, la présence d'un érysipèle typique envahissant toute la tête et accompagné d'une fièvre intense. Le 17 et le 18, la malade sans connaissance délire la nuit; l'érysipèle envahit la tête dans sa totalité. Le 20, la fièvre tombe; le 23, disparition de l'érysipèle.

En même temps, on constate la disparition des manifestations anciennes de la syphilis : les ganglions sous-maxillaires, qui, au début, s'étaient hypertrophiés au point de faire supposer leur suppuration prochaine, rétrocèdent avec l'infiltration érysipélateuse; les douleurs articulaires et les maux de tête disparurent et, un mois après, la malade qui, depuis l'année 1889, n'avait pas pu travailler, recouvrait complètement ses forces perdues. L'an dernier, elle tenait une auberge à la campagne.

Cependant, dès le 31 juillet 1895, un peu plus d'un an après la disparition de l'érysipèle, elle écrit à Rudolph que, depuis un mois environ, elle a la joue droite enflée et une glande sous le menton. Le 20 septembre, Rudolph constate lui-même la présence d'une gomme au niveau de la tubérosité tibiale droite.

Il découle de cette observation, ainsi que le fait remarquer son auteur, que l'érysipèle peut exercer une action thérapeutique bien autrement active que le traitement mercuriel et ioduré le mieux compris, mais que, cependant, il est incapable d'enrayer complètement l'infection, puisque les accidents peuvent reparaître un an à peine après leur disparition. (*Centralbl. f. clin. med.*, n° 5, 1896.)

PAUL VIOLLET.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Instructions à remettre par les instituteurs aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

I

PENDANT LA MALADIE. — Dès qu'une maladie contagieuse se montre dans une famille, il faut immédiatement faire appeler un médecin, parce que toutes ces maladies peuvent être graves et doivent être soignées. C'est, aussi, parce que le médecin, en veillant à ce que la présente instruction soit suivie et en prescrivant les mesures complémentaires qu'il jugera utiles pour chaque maladie en particulier, pourra éviter la propagation de la maladie dans la famille du malade et dans la commune.

On ne doit jamais avoir peur des maladies épidémiques ou contagieuses, car on peut sûrement empêcher leur développement, en détruisant les germes qui les produisent.

Ces germes sont des corps très petits, qui peuvent se loger partout : dans les fentes du plancher ou du carrelage, sur les murs, dans les rideaux et les tapis, dans le linge et les vêtements, dans l'eau et dans les aliments, etc.

Les mesures indiquées ci-après ont pour but d'empêcher les germes de s'accumuler et de les détruire partout où ils peuvent se rencontrer.

Chambre du malade. — La chambre du malade doit être tenue très propre, bien aérée et convenablement chauffée, selon la saison et selon l'ordonnance du médecin.

La chambre du malade doit renfermer aussi peu de meubles que possible, pas de tapis ni de rideaux.

Il est préférable que le lit soit au milieu de la pièce et jamais dans une alcôve.

Autant que possible, le malade sera placé dans une chambre où il soit tout seul avec la personne qui le soigne et qui doit n'avoir, avec les autres personnes de la famille ou de la maison, que des relations indispensables. L'entrée de la chambre sera particulièrement interdite aux autres enfants.

Il ne doit y avoir dans la chambre aucune provision de lait ou d'aliments quelconques, aucune boisson ou tisane, à moins que ce ne soit dans des récipients bien clos. Il vaut mieux même que les aliments ou boissons ne soient apportés dans la chambre du malade qu'au fur et à mesure des besoins, et ce qui n'est pas immédiatement consommé doit être, après que le malade y a touché, brûlé ou jeté dans un vase uniquement affecté à cet usage.

Il est très utile de placer auprès du malade un bol contenant un peu d'eau dans lequel il crachera. Il y a grand intérêt, en effet, à maintenir humides les crachats qui, étant secs, se répandent dans l'air sous forme de poussière, et peuvent ainsi propager la maladie.

Le contenu du bol doit être jeté dans le vase spécial, après la visite du médecin.

Pendant toute la durée de la maladie, on tient toutes les pièces d'habitation très propres, on les aère par l'ouverture des fenêtres pour laisser entrer l'air et le soleil le plus longtemps possible tous les jours.

Nettoyage de la chambre. — Pour nettoyer la chambre, il ne faut pas la balayer, de crainte d'agiter les poussières qui peuvent contenir des germes et transmettre la maladie aux autres personnes de la famille, de la maison ou des maisons voisines; il faut, au contraire, soit répandre d'abord sur le sol de la chambre de la sciure de bois humide, soit l'essuyer avec un linge légèrement humide. On doit ensuite laisser séjourner pendant une heure dans l'eau bouillante et rincer ce linge, puis brûler les balayures dans le foyer. S'il n'y a pas de feu allumé, ces balayures seront mises dans le vase spécial dont il a été parlé au paragraphe précédent.

Désinfection des effets, vêtements, draps, etc. — Aucun des effets, linge de corps, vêtements, draps, qui ont servi au malade, ne doit être secoué par la fenêtre; on les mettra dans une boîte, un panier ou un sac, jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur désinfection.

Pour la désinfection des draps blancs ou de couleur, des linges et étoffes (toile, laine, coton), on les ploie dans l'eau maintenue bouillante à gros bouillon, pendant une heure au moins, puis on les porte de suite à la lessive.

Ces modes de désinfection sont remplacés par l'étuve à vapeur sous pression, s'il en existe une dans la commune.

Pour désinfecter les objets de cuir et les chaussures, on les lave soigneusement avec une solution antiseptique (solution d'acide phénique à 5 grammes pour 100 grammes d'eau, ou solution de sublimé à 1 gramme pour 1000 grammes d'eau et 2 grammes de sel marin).

Ces opérations, quand elles sont faites avec soin, n'altèrent pas sensiblement les objets.

Désinfection des déjections. — Aucune des déjections du malade, urine, matières fécales, crachats, vomissements, ne doit être répandue sur les fumiers ou dans les cours d'eau, ni jetée sur le sol.

Ces déjections, comme les résidus du balayage, comme l'eau du lavage à l'eau bouillante des effets et des vêtements, doivent être transportées dans le vase spécial, qui doit être toujours rempli à moitié au moins d'une solution de sulfate de cuivre (50 grammes de sulfate de cuivre par litre d'eau).

Ce vase doit être vidé dans les cabinets d'aisances ou dans un trou en terre, à demi rempli de chaux vive et creusé à une grande distance des puits et cours d'eau.

Le vase est lavé sur place même, avec la solution de sulfate de cuivre, avant d'être reporté dans la chambre du malade.

Personnes qui soignent les malades. — Les personnes qui soignent un malade ne doivent ni manger ni boire dans sa chambre. Elles ne doivent jamais quitter cette chambre sans s'être lavé très soigneusement les mains au savon. L'eau qui aura servi au lavage des mains est versée dans le vase spécial, et celui-ci est ensuite vidé dans les cabinets d'aisances.

Eau de boisson. — L'eau servant à boire, à cuire les aliments et à prendre les soins de propreté pour le malade, doit être bouillie. Tous les membres de la famille doivent aussi faire usage d'eau bouillie pendant le temps de la maladie ou de l'épidémie.

II

APRÈS LA MALADIE. — *Désinfection après la maladie.* — A la fin de la maladie, tous les objets qui garnissent la chambre du malade doivent y être laissés jusqu'après la désinfection, qui doit être faite le plus tôt possible pour tous ces objets sans exception, qu'ils aient ou non servi au malade.

Pour les effets, linges de corps, vêtements, draps, couvertures, etc., on procède à la désinfection comme il est dit plus haut.

Pour les meubles, traversins, oreillers, etc., on en découd l'enveloppe, qu'on lave à l'eau bouillante, comme il est dit plus haut pour les draps; le contenu (laine, crin, varech, plume, paille, etc.) est soit brûlé, soit lavé tout au moins de la même façon.

Pour désinfecter la chambre, on lave les murs, le plafond et surtout le sol (plancher, carrelage ou terre battue) avec une solution d'acide phénique à 5 grammes pour 100 grammes d'eau, ou avec une solution de sublimé à 1 gramme pour 1000 additionnée de 2 grammes de sel marin pour 1 litre d'eau, ou avec une solution de crésyl à 5 grammes par 1000 grammes d'eau. Le sol est ensuite épongé et essuyé avec soin. Si les murs sont blanchis à la chaux, on devra toujours procéder à un nouveau blanchissage de la surface.

Il pourra être pris, sur l'avis du médecin, d'autres mesures de desinfection suivant les cas.

S'il existe un service spécial de désinfection dans la commune ou à proximité, il devra toujours être fait appel à ce service, qui sera seul chargé de la désinfection.

Mesures à prendre par le malade avant sa sortie. — Le médecin indique quand le malade doit être lavé et quand il doit sortir (mais la sortie ne doit jamais avoir lieu qu'après un bain ou un lavage à l'eau de savon).

Le médecin dit aussi quand l'enfant peut jouer avec ses camarades et retourner à l'école.

Exclusion de l'école. — Le rentrée en classe ne peut s'effectuer que quarante jours après le début de la maladie pour la variole, la scarlatine et la diphtérie, et seize jours seulement après la rougeole.

Dans l'intérêt même des enfants, l'instituteur a le devoir de renvoyer dans sa famille tout enfant chez lequel il peut craindre l'apparition d'une affection contagieuse.

Tout le monde a intérêt à prendre chez soi les précautions nécessaires pour empêcher que la maladie se transmette aux autres membres de la famille et aux voisins.

Tout le monde a intérêt à ce que son voisin prenne des précautions chez lui quand il a un malade atteint d'une maladie contagieuse.

La présente instruction est applicable à toutes les affections épidémiques et contagieuses des adultes [choléra, fièvre typhoïde, diphtérie (croup, angine couenneuse), scarlatine, rougeole, suette, typhus, dysenterie épidémique, phtisie].

— M. le docteur Escalier, médecin-adjoint au lycée d'Alais, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement du docteur Monteils, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Laure, médecin en chef de la marine en retraite, à Cannes.

— M. le docteur Pierre Budin, accoucheur en chef de la Maternité, commencera son enseignement clinique pour les docteurs et les étudiants en médecine, le jeudi 19 mars 1896, à neuf heures et demie du matin, et se continuera pendant trois mois, les jeudis suivants, à la Maternité.

Le directeur de la Maternité délivre des cartes d'admission.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 35. — SAMEDI 21 MARS 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 21 MARS 1896. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'est ouvert hier jeudi.

La question écrite était formulée : Cæcum. — Indications et manuel opératoire de l'anus artificiel.

Questions restées dans l'urne : Nerfs de la main. — Complications nerveuses dans les fractures.

Mésentère. — Traitement des plaies de l'intestin.

— La IVe session du Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, conformément à la décision prise au Congrès de Rome en 1894, se tiendra à Clermont-Ferrand à la fin de septembre 1896.

Les sociétés et associations scientifiques, les savants de la France et de l'étranger sont invités à prendre part à cette réunion internationale.

Le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Les membres adhérents, nationaux et étrangers, sont soumis à une cotisation de vingt francs (la cotisation des femmes et enfants des adhérents ou des membres d'une même famille est réduite à dix francs).

Le Comité appelle plus particulièrement l'attention sur un certain nombre de questions dont on trouvera plus loin le programme définitif. La plupart de ces questions seront chacune l'objet d'un exposé ou d'un rapport qui sera publié, envoyé à tous les adhérents trois mois au moins avant l'ouverture du Congrès, et servira de point de départ à la discussion dans les séances de sections.

Les auteurs de ces rapports auront surtout pour mission d'exposer l'état actuel de la science sur la question dont ils seront chargés, mais il ne saurait leur être interdit de faire connaître leurs recherches ou leurs vues personnelles. Aussi le Comité d'organisation déclare d'avance décliner toute responsabilité au sujet des opinions émises dans ces rapports.

En dehors des questions portées sur le programme, d'autres travaux concernant l'hydrologie, la géologie et la climatologie pourront être soumis au Congrès.

Les auteurs sont priés d'envoyer au secrétariat du Congrès les titres et conclusions de leurs mémoires au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

Une série d'excursions dans les stations de la région centrale sera organisée suivant un programme qui sera communiqué ultérieurement à chaque membre adhérent. Le Comité fera les démarches nécessaires pour que les membres du Congrès et leur famille bénéficient des avantages ou réductions sur les prix de voyages que les compagnies de chemins de fer français et étrangers accordent habituellement en pareille circonstance.

Le Comité espère, en outre, avec le concours des diverses administrations ou propriétaires de sources minérales, pouvoir organiser à Clermont une exposition thermale comprenant plans, dessins, minéraux, objets et appareils divers ayant trait à l'histoire et au développement de nos stations, et devant présenter un grand intérêt au point de vue archéologique, géologique et industriel.

Les travaux du Congrès seront recueillis et publiés par les soins d'une Commission spéciale désignée par le Comité d'organisation, et les adhérents recevront gratuitement un volume contenant : 1° la liste des donateurs ; 2° celle des membres honoraires et adhérents ; 3° les actes et travaux du Congrès. — Un exemplaire des statuts et du règlement du Congrès sera adressé en même temps que les rapports dont il a été parlé plus haut.

Le Comité espère que tous ceux qui s'intéressent aux études d'hydrologie, de climatologie et de géologie voudront bien participer à ces grandes assises scientifiques, et il les prie de faire connaître le plus tôt possible leur adhésion.

Questions proposées par le comité d'organisation. — *Hydrologie.* — I. De l'action dominante et de la spécialisation des différentes eaux minérales au point de vue thérapeutique. — II. Que doit-on entendre par une cure thermale ? Rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires. — III. De l'action des eaux minérales sur la nutrition. — IV. L'acide carbonique et les bicarbonates alcalins dans les eaux minérales et leur rôle thérapeutique. — V. Etude critique de la législation des eaux minérales et de la police sanitaire dans les stations thermales. — VI. Du captage des eaux minérales. — VII. Stérilisation et embouteillage des eaux minérales transportées.

Climatologie. — I. Recherche des moyens propres à apprécier le degré de clarté et de coloration du ciel et leur influence en hygiène. — II. Du régime des vents dans des régions déterminées et de leur influence sur l'état sanitaire. — III. Des observations météorologiques, leur rôle dans l'étude des climats. — IV. Conditions d'entraînement des poussières dans l'atmosphère. Influence de ces poussières sur la santé. — V. Que doit-on entendre par climal d'altitude ? Quelles conditions ce climat doit-il réunir ? Préciser les principales indications thérapeutiques.

Géologie. — I. Influence des tremblements de terre sur le régime des eaux minérales. — II. Gisements géologiques des principales sources du plateau central. — III. Des eaux chlorurées-sodiques dans leurs relations avec les terrains lagunaires. — IV. De l'origine de l'acide carbonique et des produits carburés dans les fumerolles et dans les eaux minérales. — V. Des eaux artésiennes profondes, dans leurs relations avec certaines sources minérales.

REVUE GÉNÉRALE

Fausses cystites.

Par les docteurs A. Guépin, ancien interne des hôpitaux de Paris, et P. de Grandcourt.

I

Par « fausse cystite », il faut entendre toute affection dont la symptomatologie peut faire conclure à l'existence d'une cystite, c'est-à-dire d'une inflammation vésicale, alors qu'en réalité, la vessie reste saine.

Dans quelques cas, le cystoscope a révélé certaines modifications légères de la muqueuse vésicale (congestion, par exemple); mais, il y a loin de là aux lésions nettement inflammatoires et purulentes de la cystite.

La cystite présente tant de formes absolument distinctes, les unes cédant facilement au traitement intra-vésical, d'autres, enfin, disparaissant comme par enchantement par le traitement chirurgical d'une affection de voisinage, la cystite présente tant de variétés cliniques, qu'il est permis de se demander si, à côté des formes classiques et nettement constatées, il n'y a point place pour des cas moins étudiés et plus incertains, qui ne seraient que des cystites simulées.

Autrement dit, et c'est ce que nous pensons démontrer, les lésions des organes génito-urinaires en général et parfois du voisinage, peuvent combiner ou surajouter leurs symptômes de telle sorte que l'ensemble considéré comme pathognomonique de la cystite, surgisse en dehors de toute altération vésicale.

L'importance d'un diagnostic exact dans ces cas louches, est de toute évidence; car, il faut localiser le traitement sur les organes lésés, d'abord pour obtenir la guérison, ensuite pour éviter aux organes sains des soins toujours au moins inutiles, et souvent pernicieux.

II

La symptomatologie de la cystite peut se résumer à trois faits principaux : la fréquence des mictions, la douleur en urinant, la présence du pus dans l'urine. De l'association de ces trois symptômes, quel que soit l'ordre de leur apparition, ne découle pas fatalement l'existence d'une cystite vraie.

La muqueuse vésicale n'est ouverte aux affections microbiennes qu'autant qu'elle présente déjà une lésion sur laquelle le microbe peut s'implanter et se développer. Sinon, le cathétérisme le mieux fait serait, le plus souvent, une cause de cystite. Et, si l'on examine les urines du premier venu, qu'il ait été soumis une seule fois au cathétérisme, et même sans qu'il y ait jamais eu ni cathétérisme, ni aucun signe de néphrite ancienne ou récente, on y découvre parfois (1) nombre de micro-organismes. Pourtant, les urines restent absolument claires, et il n'y a aucun signe d'irritation vésicale.

On voit même quelquefois se mélanger à l'urine, et cela pendant une longue période, du pus en quantité notable, provenant du rein ou d'un abcès du voisinage, refluant de l'urèthre dans la vessie, sans qu'il y ait consécutivement inflammation vésicale. La transformation ammoniacale de l'urine, l'excès d'acide urique, constituent certainement, comme les faits précédents, une cause d'irritation, mais qui, dans un grand nombre de cas, n'aboutit jamais à la cystite.

Cependant, alors que le pus et les sécrétions irritantes restent à peu près sans action notable sur la muqueuse vésicale, les affections rénales, même celles qui ne s'accompagnent point de modifications urinaires, provoquent, dans des conditions encore ignorées, de la douleur en urinant, de la fréquence des mictions; telle est, par exemple, la pollakiurie des brightiques.

Inversement, en présence d'une cystite avérée, les symptômes peuvent être dissociés. Le tabétique est sujet (et avec lui, la plupart de ceux qui portent une myélite chronique) à une inflammation vésicale dont la gravité est connue, coïncidant parfois avec l'anesthésie de la vessie et du canal. Il ne souffre point; mais, la cystite n'en évolue pas moins, sans que ses manifestations pathognomoniques soient alors au complet.

III

Lorsque Morgagni (1) et Harder, cité par Bonet (2), lorsque Rayer (3) reprit, longtemps après, les faits publiés avant lui, on fut surpris d'apprendre que certains malades avaient pu présenter, pendant leur vie et durant une longue période, des signes évidents de cystite, alors que la nécropsie révélait à la fois l'intégrité absolue de la vessie et une lésion plus ou moins lointaine de l'appareil urinaire, jusque-là méconnue. Chez tous, on trouva des calculs rénaux. Et on en conclut que, très rarement d'ailleurs, les calculs du rein provoquaient l'excitation vésicale, soit par un réflexe, soit par extension des phénomènes inflammatoires à la vessie. Puis, on publia de différents côtés des exemples de cystite simulée où la lithiase rénale n'était point en cause, où, au contraire, on avait noté et constaté *post mortem* la tuberculose ou le cancer du rein; M. Le Dentu (4), s'appuyant sur ces données, reconnut que l'excitation vésicale est commune à beaucoup d'affections du rein.

A côté de ces faits, il s'en trouva d'autres nombreux, dans lesquels une lésion quelconque des voies urinaires ne put être décelée. On admit alors l'hypothèse d'une névralgie ano-vésicale (Roux, Velpeau, Sandras), d'une névralgie du col vésical (Civiale). Ce dernier auteur écrivit même que la névralgie pouvait être le point de départ de suppurations vésicales, opinion moins inexacte qu'il semble, au premier abord, quand on voit combien l'excitation vésicale prépare la vessie à l'infection.

Et cependant Brodie objectait aux cas précédents que les névralgies vésicales n'étaient, le plus souvent, que l'expression symptomatique de lésions de l'urèthre profond.

En 1870, M. Reliquet (5) rapporte l'observation d'un jeune homme soigné longtemps pour une cystite, qui n'avait que des coliques néphrétiques et guérit après l'expulsion des graviers. Il rattacha l'excitation vésicale à l'irritation de

(1) Reliquet. *Antisepsie des voies urinaires avant les théories microbiennes*, 1890. — Enriquez. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1891.

(1) Morgagni. *De sed. et causis morb.*, epist. XLII, § 4. — *Ibid.*, § 5.

(2) Bonet. *Sepulchretum*, lib. III, sect. xxvii, Obs. X.

(3) Rayer. *Maladies des reins*, 1839, t. III, p. 92-93. — Lowdell, cité par Rayer. — Howship. *Id.*

(4) Le Dentu. *Affections chirurgicales des reins*, etc., 1889, p. 147. — Morris, Guillet, cités par Le Dentu, p. 552. — Milner-Morre, cité par Le Dentu.

(5) Reliquet. *Union méd.*, 1870

l'uretère et, plus tard (1), attira de nouveau l'attention sur cette idée.

Depuis, et un peu partout, les auteurs spécialisés ou non dans l'étude des affections des voies urinaires, signalèrent des faits de cystite anormale, cédant brusquement après l'ablation d'un calcul rénal, l'ouverture d'un phlegmon iliaque (2), la déplétion des vésicules séminales (3), la suppression d'un organe malade et voisin de la vessie (4), et proposèrent diverses explications des phénomènes observés et de leur pathogénie.

Tous ces cas, en apparence de causes si diverses, mais si rapprochés par leurs symptômes, l'inefficacité constante du traitement habituel des cystites, la réussite, immédiate parfois, de procédés thérapeutiques indirects dirigés contre les lésions de l'organe primitivement atteint, appartenant ou non à l'appareil urinaire, restaient pour ainsi dire isolés. On savait donc que les maladies du rein, médicales ou chirurgicales, de l'uretère, de l'urèthre profond et des organes voisins, du système nerveux parfois, provoquaient l'ensemble des signes de la cystite, la vessie restant saine, et que cette cystite ne cédait qu'après guérison de sa cause première. Les uns la rattachaient à un simple réflexe; les autres, plus modernes, à une infection légère diversement propagée. Mais l'anomalie n'était point expliquée pour cela. Il semblait qu'une règle générale fît défaut pour réunir ces données éparses, et pour permettre de jeter un regard d'ensemble sur cette importante question pratique.

Il n'en était rien. M. Reliquet (5), en 1878, avait formulé la proposition suivante : « Toutes les causes d'irritation siégeant dans un point quelconque des voies urinaires, depuis le collet du bulbe jusqu'au rein, ou dans les organes annexes (glandes périphériques, voies génitales), ou encore dans les organes du voisinage, provoquent l'excitation vésico-uréthrale », c'est-à-dire la contracture de l'urèthre et la vessie. « Certaines affections du système nerveux agissent quelquefois de même (tabes, par exemple). »

Partant de cette règle, dont la confirmation se trouve dans de nombreuses observations d'origine diverse, dont nous rappellerons les plus importantes, nous avons proposé de réunir, sous le nom de « fausses cystites », ces états indéterminés, et que, faute d'appellation plus exacte, on peut considérer encore comme des excitations vésico-uréthrales réflexes, la présence des microbes dans l'urine ne suffisant point, ainsi que nous l'avons vu, à justifier l'existence d'une inflammation vésicale et le traitement seul efficace, faisant tout au moins, de ces cystites anormales, une variété absolument spéciale (6).

IV

Successivement, nous étudierons ici les fausses cystites dans leurs causes rénales, uretérales, nerveuses, etc., en faisant remarquer que toujours les symptômes physiques et fonctionnels sont les mêmes dans les cas typiques. En effet, toujours dans ces circonstances, il y a fréquence des mictions, douleurs en urinant, abondance plus ou moins marquée du pus dans l'urine. En outre, le plus souvent, quand l'examen de la sensibilité vésicale a été fait d'une façon méthodique, celle-ci, spontanée ou provoquée par le contact d'un instrument sur la muqueuse, comme par la pression au-dessus du pubis, comme également par la distension du réservoir urinaire, a été trouvée exagérée dans tous ses modes. La contracture de l'urèthre profond, rendant le cathétérisme quelquefois difficile et douloureux, vient compléter le tableau. Tout est réuni pour simuler la cystite, et, comme les malades atteints de fausse cystite ont ou ont eu fréquemment dans leur passé urinaire des raisons suffisantes pour expliquer l'apparition d'une cystite, la confusion est encore plus facile. Ailleurs, la symptomatologie est moins nette. La fréquence des envies d'uriner est encore considérable, la douleur est aussi vive et même très violente, avec les caractères qu'elle affecte dans la cystite; mais les urines sont à peine troubles. Cependant, en relevant les observations, nous trouvons nombre d'erreurs reconnues par ceux mêmes qui les avaient commises.

Affections du rein. — Le retentissement des lésions du rein sur la vessie, connu, comme nous l'avons dit, depuis fort longtemps, mais considéré comme exceptionnel, est au contraire la règle, et en particulier dans les affections inflammatoires. La pyélite (1), la pyélo-néphrite où domine la purulence des urines, s'accompagnent de violentes douleurs vésicales que réveillent ou exagèrent les efforts de miction, de fréquence excessive des besoins d'uriner. L'exacerbation de tous ces symptômes, souvent rattachés à la coexistence d'une cystite intense, coïncide avec la rétention partielle du pus dans les voies urinaires supérieures. Si le médecin, dont l'attention est attirée du côté de la vessie plus que du côté du rein, néglige de faire un examen attentif de tous les organes, il peut laisser passer la lésion rénale et traiter longtemps sans succès la cystite présumée. Du moins peut-il attacher aux signes d'excitation vésicale une importance qu'ils n'ont point et négliger le traitement de leur affection causale. Un fait de Mattews Duncan (2) et deux observations personnelles publiées, nous prouvent que la confusion n'a pu être évitée par des chirurgiens éminents (3); ce diagnostic est donc parfois d'une difficulté réelle.

Quand, au contraire, il s'agit d'une affection non inflammatoire, de calculs du rein par exemple, non compliqués d'infection, l'urine peut également être sanglante, trouble, les mictions douloureuses et rapprochées. Dans les néphrites chroniques, la pollakiurie sera douloureuse, et par moment accompagnée de troubles urinaires plus ou moins marqués. Mais, si nous rappelons ces faits, c'est surtout pour prouver l'influence du rein malade sur la vessie saine, car ils sont loin d'être aussi caractéristiques que ceux sur lesquels nous appuyons nos assertions.

Affections de l'uretère. — La colique néphrétique aiguë s'accompagne de ténesme vésical, d'urines rares et sanglantes, que personne ne songerait à attribuer à des lésions

(1) Reliquet. *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, 1878.
(2) Legueu. Péri-uretérite. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894.
(3) Reliquet. Coliques spermatiques, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1874.
(4) Reymond. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893.
(5) Reliquet. Spasmes de l'urèthre et de la vessie, *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, Paris 1878.
(6) P. de Grandcourt. *Étude et diagnostic des fausses cystites*, Th. de doct., Paris juillet 1895. — A. Guépin. *Journ. des conn. méd.*, juillet 1895. — *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1895. — Communic. à la Soc. de méd. de Paris, juillet 1895. — Communic. à l'Acad. de méd., 17 déc. 1895.

(1) Lecorché. *Maladies des reins*, Paris 1875, p. 615.
(2) Mattews Duncan. *Med. Times and Gaz.*, 1878.
(3) A. Guépin. *Gaz. méd. de Paris*, août 1894. — De Grandcourt. Th. citée, p. 40 et suiv.

vésicales; et, lorsque, comme dans le cas déjà cité de M. Reliquet, les douleurs reviennent pendant longtemps, à des intervalles rapprochés, sans qu'il y ait expulsion de graviers, il est difficile de formuler un diagnostic exact. Deux faits de M. Guyon, publiés dans la thèse de M. Legueu, sont à rapprocher du précédent. Si la colique néphrétique se surajoute à un état rénal (1), la pyurie abondante se combine à l'hématurie, compliquant encore une question déjà obscure. La péri-uretérite comme l'abcès péri-néphrétique, l'uretérite, étudiée à ce point de vue par Mann (2), qui attire l'attention, dans un travail récent, sur la fréquence de cette lésion chez la femme, et sur les erreurs de diagnostic possibles, prêtent également parfois et ont prêté à confusion avec la cystite.

Affections vésicales. — L'irritation que déterminent les corps étrangers vésicaux, quelle que soit leur nature, est, à la longue, le point de départ d'une cystite; mais celle-ci ne paraît se montrer que lorsqu'une infection se développe sur le terrain ainsi préparé. Il est certainement bien difficile d'établir une catégorie de fausses cystites ayant son origine dans une altération des parois vésicales. Cependant, les néoplasmes de la vessie, infiltrés dans les parois, perdent leurs signes cliniques habituels et manifestent parfois leur présence par des phénomènes d'excitation vésicale accompagnés bientôt de pyurie.

Les moyens usuels de traitement de la cystite aggravent l'état des malades, que l'ouverture du réservoir urinaire et le drainage permanent peuvent seuls soulager. La cystite est ici constituée avec l'ensemble absolu de ses caractères, et, comme le fait remarquer M. Guyon (3), ce qui permet d'éviter l'erreur, c'est l'ordre d'apparition des symptômes et leur mode de succession. D'abord se montre la fréquence des mictions, puis l'hématurie, enfin la pyurie, tandis que, dans la cystite, l'association des trois signes précédents existe dès le début. Ce n'est pas non plus exactement ce que nous avons envisagé sous le nom de fausse cystite, puisque la vessie n'est point indemne de lésions; mais ces faits servent du moins à démontrer la nécessité d'une bonne séméiologie.

Affections de l'urèthre. — Parmi les nombreuses affections de l'urèthre profond qui retentissent toujours plus ou moins sur la vessie, comme l'avait déjà observé Brodie, il faut surtout parler des prostatites. La prostatite aiguë localisée s'accompagne nécessairement d'envies fréquentes, douloureuses et d'urines purulentes ou sanglantes. Cet état est parfois subitement amélioré par l'évacuation par pression du doigt sur la prostate (4), d'un véritable bourbillon qui vient sortir au méat. S'il s'agissait d'une cystite, comment expliquer une guérison aussi rapide, alors que le traitement ordinairement efficace dans la cystite restait sans résultat? Comment expliquer que la fréquence, les douleurs et le pus aient brusquement disparu? Dans les prostatites chroniques, lorsqu'il se produit une poussée aiguë, soit purement congestive, comme chez les hémorroïdaires; soit infectieuse, à la suite d'un cathétérisme par exemple, les envies d'uriner se rapprochent, la douleur se montre pendant la miction, et ces deux symptômes, unis à la purulence des urines, complètent le tableau de la cystite. Il est vrai que parfois, quand on introduit une sonde dans la vessie, l'urine en sort claire, tandis que dans le vase elle est nettement purulente (1). Toutefois, on est en présence d'une excitation vésicale, parfois très violente et justiciable du traitement de la prostatite, dont elle n'est qu'une manifestation. Le pus sécrété dans la prostate peut aussi refluer dans la vessie et s'y mélanger à l'urine; le problème devient alors plus difficile à résoudre. La prostatite sénile, l'hypertrophie prostatique du vieillard provoque également, dans certaines circonstances, une excitation vésico-uréthrale pouvant aboutir à la rétention d'urine douloureuse, alors que la vessie contient à peine quelques grammes de liquide. Encore ici, le traitement de la prostatite convient seul aux symptômes vésicaux.

L'urèthre de la femme, qui représente les parties profondes de l'urèthre masculin, voit ses moindres lésions retentir douloureusement sur la vessie, qui rapidement entre en contracture. Les polypes (Reliquet, Mattews Duncan), les abcès du septum uréthral, qui nous paraissent être des suppurations glandulaires localisées, entraînent à leur suite l'excitation vésico-uréthrale, excitation qui disparaît après la suppression de sa cause, mais résiste aux lavages vésicaux anodins, et s'aggrave sous l'influence des moyens thérapeutiques intra-vésicaux violents. La dilatation de l'urèthre, faite souvent d'une façon absolument empirique, a parfois amélioré de ces « vessies irritables » (pour se servir d'un terme déjà un peu abandonné), peut-être parce qu'elle permettait la guérison de fissures ou de polypes uréthraux passés inaperçus.

Affections de voisinage. — Il a été parlé des périnéphrites, des péri-uretérites, dans leurs rapports avec l'excitation vésicale. Dans les péri-cystites, on peut toujours soutenir que la vessie présente quelque altération de ses parois, manifeste ou difficile à déceler. Aussi ne faut-il point s'attacher trop à ce genre de faits. Mais au contraire, le syndrome cystite accompagne régulièrement les affections de la vésicule séminale, depuis la simple réplétion excessive des continents, jusqu'à la spermato-cystite aiguë ou chronique et la colique spermatique. Lorsque les canaux ou l'un des canaux éjaculateurs est oblitéré, les mictions sont fréquentes, les douleurs vives, les urines troubles et parfois sanglantes. Le traitement intra-vésical est sans effet, tandis que l'expulsion du corps étranger oblitérant guérit brusquement le malade.

Chez la femme, les lésions de l'appareil génital influencent également la vessie. M. Zuckerkandl (2) a très bien observé les symptômes d'irritabilité vésicale chez ses malades, et il pense devoir rattacher la fausse cystite à une hyperémie du bas-fond vésical. Il est permis de se demander s'il n'a point pris l'effet pour la cause. D'ailleurs, quoi qu'il en soit, en traitant les affections génitales de la femme, on supprime une cystite présumée, à coup sûr rebelle, et cela le plus souvent sans avoir besoin d'agir ensuite directement sur la vessie.

M. Reymond (3), à qui ces faits n'ont point échappé, pense

(1) Belfield. *New-York Med. Record*, mai 1887.
(2) Mann. *The Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1894.
(3) Guyon. Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895.
(4) Reliquet et Guépin. *Les glandes de l'urèthre*, t. I, Obs. XV, Paris 1894.

(1) Reliquet et Guépin. *Id.*, t. I, Obs. X.
(2) Zuckerkandl. Club méd. de Vienne, 9 mai 1894.
(3) Reymond. Loc. cit.

qu'il s'agit alors d'une infection vésicale à travers les parois. Cette hypothèse ingénieuse ne saurait être admise pour toutes les variétés de fausse cystite, et lors même qu'elle ne serait point controuvée dans le cas particulier, ne tendrait qu'à faire rentrer dans le cadre des cystites vraies, quelques exemples que nous en retirons, au nom de la clinique.

Affections du système nerveux. — D'après M. Féré (1), qui a réuni sur la question un grand nombre de documents très complètement étudiés, la motilité comme la sensibilité vésicale sont fréquemment modifiées dans le cours des affections du système nerveux et, en particulier, dans l'ataxie locomotrice. L'excitation vésicale douloureuse, parfois associée à l'hématurie, vient simuler la cystite et peut se montrer de bonne heure comme signe prémonitoire de l'affection nerveuse, évoluant encore insidieusement. Il importe chez ces malades d'éviter le traitement intra-vésical toujours au moins inutile, souvent le point de départ de graves complications. Mais les progrès effectués dans la connaissance des maladies nerveuses, la variabilité même des troubles urinaires qui simulent tantôt le rétrécissement (2), tantôt la cystite, tantôt les signes fonctionnels de l'hypertrophie prostatique, leur apparition et leur disparition brusques, viennent aider au diagnostic. M. Janet (3) reconnaît que, chez les neurasthéniques, l'excitation vésico-uréthrale a souvent été confondue avec la cystite.

Affections générales. — Dans la glycosurie, M. Bazy (4) a signalé des troubles urinaires simulant l'inflammation vésicale et traités comme tels sans succès d'ailleurs. Chez les rhumatisants, chez les goutteux, apparaissent parfois des phénomènes de cystite, rattachés jadis à l'action du froid seul. M. Bazy (5) ne croit point que ces différentes diathèses suffisent à créer de toutes pièces une véritable cystite. Il n'en est pas moins utile pour le traitement de connaître l'état général diathésique du malade et de le prendre en sérieuse considération. Les maladies infectieuses, les intoxications, l'usage de certains médicaments, et en particulier des alcalins, dont l'action sur les urines est depuis longtemps bien connue, s'accompagnent ou provoquent l'excitation vésico-uréthrale avec l'état trouble des urines, qui suit toujours les contractions violentes et répétées de la vessie.

Ainsi, il ne s'agit pas ici seulement de simples cystalgies réflexes, toujours rares, comme le croyait M. Gergault (6) après Rayer, de névralgies vésicales, de contracture du col de la vessie (de Candmont), mais bien du syndrome cystite au complet dans des circonstances nombreuses, et assez caractérisé pour en imposer à des cliniciens expérimentés. Quand on passe en revue, comme nous venons de le faire, les causes multiples de fausse cystite, on hésite désormais à classer parmi les névralgies, parmi les cystites douloureuses, rebelles, etc., un grand nombre de cas qui, repris, étudiés à nouveau, permettront vraisemblablement de découvrir et de traiter avec succès la cause des accidents.

La congestion de l'appareil urinaire ou du petit bassin, qui se manifeste soit chez les hémorroïdaires, comme nous l'avons vu, d'une façon irrégulière, soit encore régulièrement chez la femme aux périodes menstruelles, ne nous paraît point suffire à déterminer l'apparition d'une fausse cystite. Mais, ce qui est certain, c'est qu'elle en exagère notablement les symptômes et que, ici comme ailleurs, il convient de faire la part exacte de ce qui revient aux différents facteurs de la cystite présumée, qui a souvent sa cause réelle, non seulement dans une maladie localisée à tel ou tel organe, mais parfois dans un état pathologique simultané de plusieurs points éloignés des voies urinaires. A l'occasion d'une poussée d'hémorroïdes, à l'occasion des règles ou de l'établissement de la ménopause (Barié), se manifestent ou se réveillent des accidents vésicaux, jusque-là tolérés, parfois même absolument ignorés. Civiale disait qu'au moment de la ménopause, les catarrhes de vessie sont fréquents, graves et communément opiniâtres.

V

Si la connaissance des fausses cystites n'avait qu'un intérêt purement théorique, il serait inutile d'insister longuement sur le diagnostic. Mais en pratique, l'erreur a de déplorables conséquences. Un malade atteint de cystite simulée est soigné d'abord par des lavages anodins, soumis à un régime adoucissant et à l'usage des balsamiques; leur inefficacité les fait remplacer bientôt par des caustiques (nitrate d'argent ou sublimé). La prétendue cystite s'exagère alors notablement, et, en désespoir de cause, on pratique le curetage vésical, inutile et dangereux, ou l'on ouvre la vessie, ce dernier moyen seul donnant une amélioration tant que la fistule urinaire reste largement perméable. Pendant ce temps, la lésion rénale, uretérale ou prostatique, évolue et l'on a d'autant moins de chances de la découvrir, que l'on s'attache davantage à traiter l'état vésical par des moyens de plus en plus énergiques.

Certainement, tous les malades n'en arrivent point là; mais nous ne comptons plus les cas de fausse cystite traités sans résultat, bien au contraire, par les instillations, les lavages longtemps prolongés, qui ont guéri en supprimant la cause de l'excitation vésico-uréthrale réflexe, et où de longues souffrances auraient pu être épargnées par un examen, partant par un diagnostic plus exact.

Sur quels éléments baser d'une façon certaine le diagnostic de cystite? Les symptômes principaux (fréquence, douleur, pyurie) apparaissent en même temps dans la cystite, successivement dans certaines cystites simulées par un néoplasme infiltré des parois vésicales, ainsi qu'il a été dit. Il n'y a là qu'un cas particulier, et le signe tiré de l'*ordre de succession des symptômes* ne saurait être généralisé, bien des fausses cystites débutant comme des cystites vraies. Enfin, il n'est point toujours possible, surtout quand la maladie remonte à une époque éloignée, d'avoir des renseignements précis sur ce qui peut paraître au malade un détail négligeable.

La *dissociation de la sensibilité vésicale*, à laquelle M. Bon-

(1) Ch. Féré. Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux et en particulier dans l'ataxie locomotrice, *Arch. de neurol.*, 1884.

(2) Reliquet et Guépin. Faux rétrécissements de l'urèthre, *Progrès méd.*, 1893.

(3) Janet. Pollakiuries nerveuses, etc., *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895.

(4) Bazy. Étude sur les faux urinaires, et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques, *Arch. gén. de méd.*, 1890, Congr. de chir., 1890.

(5) Bazy. *Origine infectieuse de certaines cystites dites à frigore.*

(6) Gergault. *Des cystalgies et de leur traitement chirurgical*, Th. de Paris 1882, p. 28.

neau (1), dans sa thèse, attache une valeur capitale, serait caractérisée par l'indolence à la distension et au contact. « Le cathétérisme est indolent, et on peut, avec la sonde, toucher les parois vésicales sans provoquer de réaction. Une pression au-dessus du pubis ne révèle aucune sensibilité; l'erreur est donc facile à éviter. » Malheureusement, presque toujours, il n'en est point ainsi et les modifications de la sensibilité vésicale sont en tout identiques à ce qu'elles sont dans la cystite. Pour se rendre compte, enfin, de l'insensibilité à la distension et au contact, il faut faire des manœuvres intra-vésicales, qu'il importe d'éviter le plus souvent possible.

En résumé, ces données ne sont utilisables que dans quelques cas exceptionnels et, sans toutefois les négliger, il convient de ne point s'y attacher exclusivement.

Dans certaines circonstances, et lorsque l'intensité des douleurs et la gravité des autres symptômes justifient pareille détermination, on peut avoir recours à l'*anesthésie chloroformique*. M. Reliquet (2) reconnut, en 1872, que « lorsque le chloroforme permet de dilater une vessie (contracturée et supposée malade), il faut rechercher la cause de l'excitation de l'organe, en dehors de son col et de sa paroi ». En effet, pendant la narcose chloroformique, la vessie reste sensible, soumise qu'elle est à l'influence du sympathique. Dans le sommeil incomplet, qui diminue le pouvoir modérateur du cerveau sur la moelle, la vessie se contracte avec plus de facilité qu'à l'état de veille, et même pendant le sommeil complet, peut rester contracturée, lorsqu'elle présente des lésions de ses tuniques (3).

Les *caractères du pus* mélangé à l'urine ont-ils une réelle valeur? Quand la sonde, comme dans des exemples cités, ramène de l'urine claire, tandis que l'urine contenue dans le vase est purulente, il est déjà probable que, s'il y a cystite, à celle-ci se surajoute une autre lésion. Mais l'aspect du pus, glaireux ou non, le moment de la miction où il apparait dans sa plus grande abondance, son mélange plus ou moins intime à l'urine, n'ont qu'une importance médiocre (Rayer). L'examen microscopique peut y révéler des cellules d'épithélium vésical, sans que cette constatation puisse utilement servir au diagnostic.

Dans la recherche de chacun des symptômes secondaires, et dans l'étude détaillée des différents procédés d'examen, on trouve les éléments d'un diagnostic différentiel entre la cystite et les fausses cystites. Il importe donc que le praticien retienne :

Que le diagnostic de la cystite est parfois très difficile;

Qu'on ne doit point, au moindre signe d'excitation vésicale, agir directement contre l'infection présumée de la vessie, mais d'abord examiner *complètement* le malade, s'attacher à reconnaître l'intégrité de l'appareil urinaire, utiliser les moyens de différenciation énoncés plus haut, et songer qu'à côté des causes ordinaires de la fausse cystite, le système nerveux doit souvent être interrogé. A la fausse cystite, à l'excitation vésico-uréthrale réflexe, s'ajoute parfois une infection, une cystite vraie; mais cette dernière ne peut évidemment guérir que lorsque le réservoir urinaire aura été mis au repos par la suppression des causes de son excitation.

(1) Bonneau. Th. de doct., Paris 1893.
(2) Reliquet. Calcul vésical, etc., *Rev. photogr. des hôpit.*, 1872.
(3) A. Guépin. Sur l'innervation vésicale, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, mai-juin 1892.

Volontairement nous avons laissé de côté l'*exploration cystoscopique* de la vessie qui ne saurait donner à tous encore, des résultats de valeur. Et cependant, dans quelques cas rares et douteux, le cystoscope peut être utilisé et venir aider au diagnostic en prouvant, *de visu*, l'intégrité, ou une lésion plus ou moins étendue, de la muqueuse vésicale.

VI

La fausse cystite, n'ayant point d'existence indépendante, ne saurait avoir un traitement unique. Elle s'améliore et guérit avec sa cause. Cependant, il arrive parfois que cette amélioration se fasse attendre ; une cystite vraie s'est greffée sur le terrain préparé à son évolution par la congestion et la suractivité fonctionnelle. Alors seulement, une thérapeutique spéciale pourra être instituée comme dans toute cystite.

L'abondance du pus, la formation de sels calcaires dans les mucosités vésicales difficilement évacuées, l'existence de caillots sanguins dans les urines émises franchissant l'urèthre avec peine, fournissent l'indication de laver la vessie. Mais, à part ces circonstances relativement rares, le malade, atteint de fausse cystite, bénéficiera toujours de l'abstention des moyens usuels de traitement local des cystites, autant que de l'application du traitement rationnel de l'affection dont il souffre. C'est surtout ce qu'il faut ne point ignorer.

DE L'ACTION PRÉVENTIVE ET IMMUNISANTE
DES AGENTS DE LA MATIÈRE MÉDICALE (1)

Par M. V. Laborde, membre de l'Académie de médecine.

VI

Avec le professeur Laveran, l'auteur de la grande découverte systématisée de l'élément pathogène du paludisme, l'hématozoaire paludique, nous entrons franchement et rationnellement dans la question de l'action préventive médicamenteuse de la quinine; car, pour Laveran, ce n'est pas seulement le fait de la prévention qui résulte de ses recherches et de sa démonstration, c'est aussi le mécanisme dévoilé de cette action, qui s'exercerait directement sur l'élément pathogène lui-même, sur l'hématozoaire paludique.

« On peut, dit-il, étudier directement l'action de la quinine sur les hématozoaires en mélangeant une goutte de solution de sulfate ou de chlorhydrate de quinine à une goutte de sang palustre : dans ces conditions, on constate que les mouvements des flagella ne s'observent plus, et que les hématozoaires prennent leurs formes cadavériques. La disparition des parasites dans le sang des malades soumis à la médication quinique montre bien, d'ailleurs, que la quinine détruit les hématozoaires. »

D'après Laveran, l'observation suivie du sang des palustres soumis à la médication quinique permet de constater l'influence positive du traitement. Cette influence s'exprime par la raréfaction rapide, presque immédiate des éléments parasitaires : les corps sphériques et les flagella disparaîtraient les premiers; tandis que les corps en croissant résisteraient davantage.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 318.

C'est précisément cette résistance variable des éléments parasitaires qui expliquerait, toujours d'après Laveran, la possibilité et la fréquence des rechutes ; celles-ci étant dues à la repullulation de ceux des hématozoaires qui n'ont pas été détruits par la quinine.

C'est pourquoi il est nécessaire d'opposer à cette résistance et à cette repullulation des traitements successifs, sans attendre les rechutes.

C'est là, en tous cas, une démonstration péremptoire de la nécessité, et en même temps de l'efficacité du traitement préventif et immunisant, quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme réel de l'action médicamenteuse.

Il y a lieu de tenir compte de ce que j'appelle l'action prédominante, élective, de la substance médicamenteuse, sur l'élément anatomique normal, qu'elle impressionne, certainement, au même titre que l'élément morbide ou pathogène; si bien que l'action médicamenteuse notamment et, en particulier, l'action préventive, prophylactique, ou immunisante résulterait, non plus de l'influence directe, immédiate sur l'élément parasitaire, mais des conditions nouvelles provoquées par l'intervention du médicament, au contact de l'élément anatomique.

Pour ce qui est de la quinine, en particulier, nous savons pertinemment, aujourd'hui, de par la démonstration expérimentale, que son action élective s'exerce, dans la sphère du système nerveux, sur les centres de sensibilité et de thermogénèse, qui, d'après cette démonstration même, semblent être superposés dans leur localisation; de telle sorte que la dépression des phénomènes de sensibilité et des phénomènes thermiques est un résultat constant de cette action prédominante.

Si nous ne sommes pas ici en présence de produits solubles de sécrétion microbienne de la nature des toxines, nous n'en possédons pas moins des manifestations symptomatiques, dont l'expression essentielle, fondamentale, est la fièvre spéciale, la fièvre paludique, sur lesquelles s'exerce, d'une façon péremptoire, saisissable, l'influence de la quinine, et qui constituent une indication nette de son emploi, rationnalisée par la connaissance de son action physiologique prédominante sur les centres thermogènes, nous pourrions dire, en ce cas, fébrigènes, en raison de leur intervention pathogénique.

Or, je le répète, cette action de la quinine est d'autant plus réelle, d'autant plus accentuée, et partant efficace, que la préparation médicamenteuse réalise des conditions d'activité meilleures, plus favorables.

VII

M. Laborde rappelle ici les nouvelles conquêtes de la chimie au point de vue des produits dérivés de la quinine. Il cite, en outre, la quinéthyline et la quino-propyline dont l'action paraît même supérieure à celle de la quinine.

Se basant sur des considérations chimiques, M. Grimaux avait prévu la possibilité de former des sels doubles de quinine à deux acides différents : le chlorhydro-sulfate, le bromhydro-sulfate, l'iodhydro-sulfate, ainsi que les phosphates correspondants.

C'est le chlorhydro-sulfate qui est surtout à retenir, pour les applications thérapeutiques, qui peut rendre, et qui a déjà rendu de signalés services, comme curatif, et aussi comme préventif de la fièvre paludique.

Ce qui fait de ce sel une préparation précieuse c'est sa facile solubilité dans l'eau : il se dissout, en effet, dans son poids d'eau à la température ordinaire, ayant, à cet égard, un avantage sensible même sur le chlorhydrate, et un très grand avantage sur le sulfate médicinal qui exige près de 700 parties d'eau, et qui ne se dissout dans l'estomac qu'à la faveur d'un acide : d'où son intolérance bien connue.

Cette facile solubilité rend aussi le chlorhydro-sulfate très maniable pour les injections hypodermiques, sans qu'il en résulte ni douleur, ni accident local : une solution préparée avec 5 grammes de sel et 6 centimètres cubes d'eau renferme par centimètre cube 50 centigrammes de sel.

Enfin, sa teneur centésimale en quinine est la même que celle du sulfate médicinal cristallisé, soit 74,2, et se rapproche très sensiblement de celle du chlorhydrate neutre (81,6).

Son étude expérimentale nous a permis de constater et de démontrer l'analogie parfaite de son action physiologique avec celle de la quinine, dont elle reproduit exactement le tableau symptomatique.

Mais, ce qui paraît distinguer le nouveau sel de ses congénères simples, notamment et surtout du sulfate, et même, à un certain degré, du chlorhydrate, c'est que l'absorption et, par suite, les effets en sont incontestablement plus rapides, ce qui tient probablement à sa plus grande solubilité, toutes autres choses égales d'ailleurs. Il en résulte une facilité de tolérance, dont la constatation expérimentale préalable avait fait présumer, dans les applications pratiques, une probabilité, qui s'est pleinement réalisée.

M. Laborde rappelle ici que cette opinion est entièrement partagée par MM. Cantetaut, Laveran, Jules Simon. Puis il cite plusieurs observations qui lui sont personnelles et dans lesquelles il a obtenu d'excellents résultats du chlorhydro-sulfate de quinine, non seulement à titre curatif, mais aussi et surtout à titre préventif.

Après avoir exposé ces faits dans tous leurs détails, M. Laborde s'exprime ainsi :

Voilà des faits qui parlent suffisamment d'eux-mêmes pour qu'ils aient besoin de commentaires ou d'interprétations : l'action préventive de la quinine s'en dégage, dans toute sa réalité et sa clarté, même à l'égard des rechutes les plus graves, dans le paludisme chronique et confirmé.

Nul doute que cette même action préventive, immunisante, en vue des attaques et des déterminations possibles de paludisme, dans les conditions où l'on s'y trouve exposé, ne se réalise également, si l'on a égard à un choix approprié, par sa facile absorption, sa tolérance, et son efficacité adéquate à ces propriétés, du médicament préventif, qu'est essentiellement la quinine.

Ce choix doit particulièrement porter sur les chlorhydrates, et, plus particulièrement, selon nous, et, d'après les raisons justificatives que nous venons d'en donner, sur le chlorhydro-sulfate.

Je ne m'attarderai pas à répondre à l'objection, ressassée par quelques sceptiques, que l'administration préventive de la quinine risque de mettre en défaut son action et son efficacité curatives, quand elles viennent à être nécessitées par l'explosion de la fièvre : l'augmentation convenable des doses, surtout avec les préparations facilement maniables et tolérées qui sont actuellement en nos mains, est certainement de nature à répondre victorieusement à cette crainte et à cette objection, ainsi que je pourrais le montrer.

Le cours de la discussion me permettra, peut-être, de revenir sur ce côté de la question, de même que sur l'emploi

qui, certes, n'est pas à dédaigner, de l'acide arsénieux, surtout dans certaines formes du paludisme chronique : les importants travaux de Baudin, les observations de notre distingué confrère le docteur Fernand Roux sur ce sujet, auquel il a consacré un chapitre remarquable de son livre sur les maladies des pays chauds, enfin le récent mémoire de M. le docteur de Gouvea (de Rio-Janeiro), dont le professeur Potain a présenté, à cette tribune, un résumé, méritent d'autant plus d'appeler l'attention sur ce sujet, qu'il demanderait des études nouvelles relativement au véritable mode ou mécanisme d'action des préparations arsenicales sur l'agent pathogène du paludisme.

VIII

Conclusions. — Quant à moi, j'espère avoir atteint le but que je me proposais pour le moment :

Ramener l'attention vers la question trop négligée et, en grande partie, méconnue de la prévention, de l'immunisation médicamenteuse par les agents proprement dits de la matière médicale, tirés du règne végétal ou minéral;

Montrer, par des exemples topiques, que l'étude de cette question, dans le domaine à la fois expérimental et clinique, est de nature à éclairer d'un jour plus vif, plus visible et plus tangible, en quelque sorte, la question de l'immunisation par les vaccins animaux, ou les antitoxines, en la transportant sur le terrain — qui est son véritable terrain — de la toxicologie et de la physiologie générales;

Enfin, réaliser une application particulière de ces données préalables et fondamentales à la prévention et à la prophylaxie du paludisme, par la médication quinique la mieux appropriée.

Je laisse à d'autres, à des collègues mieux placés que moi, à ce point de vue, par leur situation et leur expérience, le soin d'ajouter à ces conclusions celle qui nous semble tout naturellement appelée à y figurer, relativement aux funestes résultats de la récente expédition qui a provoqué cette discussion, et à la leçon qu'il est permis d'en tirer pour l'avenir.

REVUE DE LA PRESSE

L'emploi de l'iode dans la conjonctivite granuleuse. — L'on sait que cette affection est, au début, caractérisée par l'infiltration lymphoïde de la muqueuse et de la sous-muqueuse de la conjonctive avec hyperplasie des sacs lymphatiques; cet état inflammatoire est entretenu par des micro-organismes. L'emploi de l'iode qui est à la fois un antiseptique puissant et un agent précieux pour obtenir la destruction des éléments lymphoïdes qu'il déshydrate, paraît donc tout à fait justifié dans le traitement de la conjonctivite granuleuse. Aussi, M. E. Neznamoff a-t-il essayé de s'en servir, mais de façon à l'avoir à l'état pur. A cet effet, il l'a dissous dans l'huile de vaseline blanche qui n'irrite pas la conjonctive. Celle-ci peut dissoudre 1 1/2 p. 100 d'iode et donne alors une solution rouge foncé, transparente, qui peut être conservée pendant huit jours, et dans laquelle l'iode ne se combine pas et conserve ses propriétés chimiques.

En expérimentant cette solution, d'abord sur des animaux, puis sur lui-même, l'auteur a pu se convaincre qu'elle n'amène qu'une très légère irritation qui ne dure pas longtemps et est suivie de sensation de repos de l'œil. L'auteur a alors essayé de recourir à cette solution dans le traitement du trachome à forme cicatricielle, avec pannus, en badigeonnant la conjonctive avec une solution à 1 1/2 p. 100. Dans les formes ordinaires de pannus, avec vascularisation et infiltration superficielle de la cornée, l'amélioration s'observe déjà au bout de trois à quatre jours : les vaisseaux se vident et s'oblitèrent, l'infiltration se résorbe, la cornée redevient transparente, la vision s'améliore. Deux ou trois semaines de badigeonnage rendent les paupières absolument molles et souples.

Dans le pannus crassus, les résultats sont également excellents et rapides de même que dans la conjonctivite granuleuse, compliquée d'ulcérations cornéennes, de kératite phlycténulaire.

Sur les conseils de l'auteur, le professeur Hirschmann appliqua ce traitement, et toujours avec les mêmes résultats satisfaisants, à la kératite interstitielle et aux blépharo-adénites chroniques et rebelles. Dans les formes granuleuses et papillaires du trachome, la solution à 1 1/2 p. 100 ne produit pas d'effet suffisant; aussi, M. Neznamoff emploie-t-il dans ces cas une solution de 3 à 5 p. 100 de vaseline iodée, additionnée d'éther de pétrole jusqu'à dissolution; les badigeonnages avec cette solution amènent une vive rougeur et du larmoiement; la douleur, vive au premier abord, se calme très vite. S'il y a des follicules saillants, l'auteur conseille de les exprimer ou de les scarifier, puis de badigeonner une ou deux fois par jour avec la solution d'iode de 3 à 5 p. 100 dans de l'huile de la vaseline blanche additionnée d'éther de pétrole. Au bout de deux à trois semaines, il ne reste plus trace de conjonctivite.

Si la sécrétion est abondante, il est bon de recourir d'abord à une solution à 0,5 p. 100 d'iode dans de la glycérine, afin de sécher la conjonctive avant de faire agir sur elle une solution iodée plus forte. (*Wratsch*, 1895, n° 47.)

Abus des interventions chirurgicales en gynécologie. — Les progrès de la bactériologie et de l'antisepsie ont certes rendu possibles des interventions jadis considérées comme trop hardies; mais la facilité avec laquelle on se décide aujourd'hui à opérer, a, d'après le professeur Lebedeff, trop élargi les indications opératoires et a permis de les faire trop radicalement. C'est surtout en gynécologie qu'on intervient trop fréquemment, et cela, d'après l'auteur, sans que les indications soient suffisantes. Ainsi, par exemple, dans la dysménorrhée par rétrécissement de l'orifice externe ou interne du col ou consécutive à des déviations utérines, on a l'habitude de faire le débridement simple ou double du col, sans que cette opération puisse être utile. Dans les déchirures de la portion vaginale et l'endométrite catarrhale, on fait, sans aucune raison, la trachéorraphie. L'amputation de la portion vaginale, dans la métrite chronique et la rétro-déviation, ne fait nullement disparaître les douleurs, ni l'irrégularité des règles.

La laparotomie dans la grossesse extra-utérine et l'hématocèle rétro-utérine, faite dans le but d'enlever des caillots qui sont en voie de dégénérescence régressive, est aussi un abus, puisque la guérison peut être obtenue par des procédés plus lents, mais moins dangereux. La laparotomie exploratrice touche à l'empirisme, et dans certains cas l'abstention est aussi méritoire pour le gynécologue que le succès obtenu à l'aide d'une intervention.

La castration dans les névroses est absolument dénuée de toute base scientifique.

L'opération de Porro remplace trop souvent l'opération césarienne sans que les indications soient bien nettes; la symphyséotomie qui détruit l'intégrité du bassin se fait trop souvent et n'est pas justifiée, même par le succès opératoire. Cette opération devrait être réservée exclusivement aux accouchements avec bassin rétréci à indications spé-

ciales. L'amputation sus-vaginale, pour un fibrome sous-muqueux, ne devrait pas être faite non plus, car on peut faire l'ablation de la tumeur et laisser l'organe intact. Les gynécologues eux-mêmes deviennent d'ailleurs abstentionnistes. Ainsi Schrœder, Olshausen, Martin recommandent avec raison de faire la résection partielle des ovaires, s'il y a une partie du parenchyme, si petite qu'elle soit, qui reste intacte. L'ovariotomie, dans l'oophorite chronique, est de plus en plus délaissée et remplacée par la climatothérapie et la balnéothérapie. M. Lebedeff rapporte deux cas d'ovarite où le séjour aux eaux minérales a été très utile.

Chez une des malades, il s'agissait de salpingo-ovarite double, chronique, probablement gonnorrhéique. L'ablation des annexes, d'un côté, n'a amené aucune amélioration ; la malade fut alors envoyée aux eaux et, au bout de deux ans, la guérison fut complète.

Une autre malade était atteinte d'une affection double des annexes ayant causé la stérilité pendant sept ans. Grâce au traitement conservateur, les annexites rétrocédèrent notablement, et, au bout d'un an, il n'en resta que des traces; la malade devint enceinte et accoucha normalement. (Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.)

Influence de la compression des membres inférieurs œdématiés sur la respiration, le pouls, la pression artérielle, la morphologie et la diurèse. — M. A. Stroujensky a observé, sur plusieurs malades atteints d'anasarque de causes diverses, l'influence qu'exerce sur le pouls, le sang, la respiration et la diurèse, l'application sur les membres inférieurs d'une bande en toile. A cet effet, la bande était appliquée deux fois par jour, durant quatre jours pendant lesquels les malades ne prenaient aucun médicament et étaient au second dégré du régime hospitalier ordinaire. Pour juger de la diminution du volume des membres on les plongeait dans un cylindre rempli jusqu'au deux tiers d'eau, et l'on mesurait la quantité d'eau déplacée.

Les résultats de ces recherches peuvent être résumées de la façon suivante :

1° La compression exercée par la bande rend rapidement (un quart à une demi-heure) le pouls plus lent, plus ample et plus dur; en moyenne, le nombre de pulsations diminuait de sept par minute. Exceptionnellement, il y a accélération du pouls.

2° Le tracé de la pression artérielle, pris une ou deux heures après l'application de la bande, donne une ligne d'ascension plus élevée, un sommet obtus ; souvent le tracé prend l'aspect nettement anacrotique.

3° La tension sanguine s'élève, au début, en moyenne de 15 millimètres; mais revient au chiffre antérieur, une à deux heures après.

4° La quantité d'éléments figurés du sang et le taux de l'hémoglobine augmentent une demi-heure après l'application de la bande. Mais au bout de deux heures, tous les deux diminuent et, deux jours après, ils deviennent inférieurs au chiffre antérieur à l'application de la bande.

5° Le nombre de respirations est peu modifié; leur amplitude est un peu augmentée.

6° L'élimination d'eau par les urines est augmentée.

7° La densité des urines était sans modification ou faiblement diminuée.

8° Le volume des segments des membres, sur lesquels était appliquée la bande, diminue toujours.

On peut donc conclure de ces observations, que la compression par la bande est loin d'être indifférente; elle amène surtout une élévation de la pression artérielle et améliore la circulation locale. La bande peut, par conséquent, rendre service dans les cas où il s'agit d'élever la pression. En augmentant le reflux de la lymphe, elle favorise les échanges nutritifs locaux. (*Wratsch*, 1895, n° 47.)

La scopolamine comme calmant et hypnotique. — MM. Olderoggué et Jurmann ont étudié l'action de la scopolamine chez des sujets atteints de troubles psychiques aigus et chroniques; parmi les premiers, il y avait des malades atteints d'hallucination aiguë, de delirium tremens, des maniaques. Chez les aliénés chroniques, les auteurs étudiaient principalement l'influence de la scopolamine sur l'insomnie et sur l'excitation des paralytiques.

Dans les psychoses aiguës, 2 à 4 dix-millièmes de gramme de bromhydrate de scopolamine amenaient, au bout de cinq à quinze minutes, l'incertitude de la marche, la somnolence, et bientôt survenait un sommeil profond et tranquille; ce dernier était précédé de dilatation pupillaire et de ralentissement du pouls. Au réveil, les malades paraissaient encore être sous l'influence de l'action calmante du médicament. L'action de la scopolamine était surtout manifeste dans l'excitation maniaque et les hallucinations aiguës ; cette action favorable était plus faible dans la mélancolie avec anxiété précordiale.

Dans le delirium tremens, la scopolamine reste sans aucun effet.

Dans les psychoses chroniques, la scopolamine agissait aussi bien que dans les formes aiguës; elle calmait les malades et leur rendait le sommeil. Parmi les phénomènes secondaires provoqués par la scopolamine, il faut citer la faiblesse des membres inférieurs, la mydriase qui persiste souvent pendant deux jours; parfois la photophobie, le ralentissement des battements du cœur et l'augmentation de la pression et de la diurèse.

En outre, les malades se plaignent souvent d'un sentiment de vide dans la tête. Les injections répétées amènent une légère accoutumance qui exige l'emploi de doses un peu plus élevées.

Résultats de la gastro-entérostomie. — M. A. Troïanoff a rapporté, à la Société de chirurgie russe de Pirogoff, l'histoire d'un malade de trente-huit ans, chez lequel tous les symptômes faisaient supposer l'existence d'une sténose maligne du pylore. Les vomissements alimentaires, les douleurs au creux épigastrique et l'affaiblissement progressif du malade imposaient l'intervention. Aussi, M. Troïanoff se décida-t-il à lui faire la gastro-entérostomie. Au cours de l'opération, on constata, au niveau du pylore, une tumeur probablement squirreuse, adhérant intimement à la face inférieure du foie et aux organes voisins. Pas de métastases visibles.

Anastomose, d'après le procédé de Wölfler-Braun. Les résultats opératoires furent excellents.

Après quelques jours de nutrition par voie rectale, le malade fut graduellement remis au régime ordinaire sans que les vomissements aient réapparu ; l'état général s'améliora d'une façon remarquable. L'étude comparative des fonctions de l'estomac, avant et après l'intervention, démontre que la gastro-entérostomie améliore non seulement la motricité, mais encore le chimisme gastrique (la communication a été faite trois mois après l'intervention).

S. BROÏDO.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


GOUDRON FREYSSINGE


3 à 6 cuillerées
à café par jour
Désinfectant
Antiseptique
CHARBON NAPHTOLÉ
GRANULÉ
FRAUDIN
PHARMACIEN DE 1re CLASSE
Boulogne-Paris


CACHET DE GARANTIE
HF

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 mars 1896.

La Société de médecine de Paris a inauguré, samedi 21 mars 1896, les fêtes de son centenaire.

La science devait avoir, comme toujours, ses premières préoccupations et c'est au lieu de ses séances habituelles, dans la vieille maison abbatiale de Saint-Germain-des-Prés, que M. Ladreit de Lacharrière, président de la Société de médecine de Paris, assisté du président de l'Académie de médecine et du doyen de la Faculté de médecine de Paris, a ouvert la séance par le discours suivant :

Messieurs,

En ouvrant cette séance solennelle de notre centenaire, je sens tout l'honneur qui m'est fait; et je vous dois d'abord l'expression de ma gratitude.

Je remercie en votre nom les représentants éminents de toutes nos institutions médicales qui honorent de leur présence notre fête commémorative, modeste par le milieu où nous les recevons aujourd'hui, mais qui est grande par la pensée qui nous réunit.

Je souhaite la bienvenue aux membres correspondants qui sont accourus aujourd'hui pour prendre leur place au milieu de nous.

J'adresse un souvenir fraternel à nos correspondants étrangers qui soutiennent au loin le bon renom de notre Société. Nous en comptons en Angleterre, en Belgique, en Suisse, en Autriche, en Italie, en Espagne, au Brésil et dans la République argentine. Nous pouvons en être fiers, car ils jouissent tous de la plus légitime renommée.

Après avoir salué notre famille médicale tout entière, portons, Messieurs, nos regards en arrière vers nos illustres prédécesseurs.

Les institutions vraiment utiles, et qui ne s'écartent pas du but pour lequel elles ont été créées, ne peuvent pas vieillir. Le temps les fortifie, il leur lègue des traditions qui font leur force et qui les protègent. C'est ainsi que notre Société atteint avec l'entrain de l'âge mur la centième année de son existence.

Lorsque notre grande Révolution, renversant les préjugés comme les privilèges, inaugura l'ère de la liberté et du libre examen qui a été si féconde, elle fit table rase de toutes les institutions pour bâtir l'édifice nouveau. Les corporations médicales sombrèrent comme les autres. La médecine, trop disciplinée jusqu'alors, n'eut plus aucune loi protectrice.

En instituant l'enseignement dans les écoles, la loi de frimaire an III n'avait pas réglementé l'exercice de la médecine. Une patente, pour l'obtention de laquelle l'administration municipale n'exigeait pas toujours des titres scientifiques, suffisait pour la pratique de l'art de guérir. Le charlatanisme le plus impudent briguait les faveurs du public. C'est alors qu'un groupe d'hommes éminents, soucieux de leur renommée et des progrès de la science, songèrent à former une association. Notre Société fut créée et prit d'abord le nom de Société de santé de Paris.

Le 22 mars 1796, les fondateurs reçurent l'autorisation de se réunir.

Notre Société répondait trop aux aspirations du corps médical et aux besoins de l'époque pour ne pas prendre un rapide développement. Trois mois après sa création, elle comptait 99 membres résidants, 72 correspondants; à sa cinquième année, le nombre des membres résidants était de 140, celui des correspondants de 100. Elle comptait 38 membres associés étrangers, et parmi ses membres honoraires figuraient les noms des savants les plus illustres de l'époque.

Notre savant collègue M. Duroziez va vous faire connaître les noms de ceux qui ont plus particulièrement marqué dans l'histoire de notre société; pour moi, dans cette courte allocution, je ne veux tracer qu'une esquisse rapide de notre passé.

Dès la création de notre Société, la personnalité de ses membres, leur grande honorabilité, ne pouvaient manquer d'appeler l'attention de l'autorité départementale; aussi, dès le début, elle fut chargée de missions importantes et consultée sur toutes les questions pour lesquelles il était nécessaire de réclamer les lumières des sciences médicales. La Commission des épidémies et des épizooties était appelée à délibérer sur toutes les questions d'hygiène et de police médicale. Il en fut ainsi jusqu'à l'époque de la création des conseils d'hygiène et de salubrité.

Une Commission, nommée à l'élection et renouvelée tous les trois mois, était chargée de donner ses soins aux employés du département de la Seine, de constater la durée de leurs maladies, elle donnait son avis sur la santé de ceux qui, pour cause d'infirmités, faisaient valoir leurs droits à la retraite. Cette Commission a fonctionné jusqu'en 1871.

Dès la première année de sa fondation, la Société avait créé à l'Hôtel de Ville des consultations gratuites qui furent toujours très recherchées.

La manière dont ces consultations étaient faites mérite aujourd'hui une attention particulière.

Quatre membres de la Société étaient désignés pour trois mois et devaient être tous les quatre présents à chaque con-

sultation. Ils se réunissaient après la séance pour délibérer sur les cas particuliers et difficiles, et soumettaient à la Société les faits qui paraissaient dignes de son attention. Combien de faits intéressants étaient ainsi recueillis !

Vous penserez comme moi, Messieurs, qu'il est regrettable qu'une aussi précieuse institution ait été abandonnée.

Dans nos consultations, aujourd'hui beaucoup plus surchargées, combien laissons-nous passer, sans les recueillir, d'observations intéressantes qui pourraient être le point de départ de travaux importants !

Pour reconnaître ses services, le préfet Frochot, en l'an X, « considérant que la Société de médecine de Paris était vraiment départementale, et que les services qu'elle rendait journellement lui méritaient cette dénomination, » décidait qu'un appartement de trois pièces lui serait affecté dans le palais de l'Hôtel de Ville.

La Société y a tenu ses séances depuis l'an X jusqu'en 1871, l'incendie de l'Hôtel de Ville a détruit ses archives, et nous retrouvons aujourd'hui une part de ses travaux dans les recueils importants et les publications périodiques de l'époque.

Ce qui nous a été conservé nous permet de nous rendre compte de la part que notre Société a prise aux progrès scientifiques de ce siècle fécond.

Que de transformations se sont opérées dans les sciences médicales ! Combien de théories, après avoir séduit les esprits les plus clairvoyants, ont été reconnues vaines et inexactes !

L'observation clinique, sans abandonner la tradition hippocratique, a trouvé dans la chimie et la physique des éléments de contrôle d'une précision inconnue jusqu'alors, et on peut dire que les progrès dans les sciences médicales se sont multipliés avec une rapidité vertigineuse.

Heureux ceux dont le nom a pu rester attaché à une de ces étapes de la science !

Tous ces travaux merveilleux, toutes ces recherches qui nous captivent, à si juste titre, resteraient ignorés d'un certain nombre si les Sociétés scientifiques ne leur donnaient pas, avec un contrôle, la diffusion qui leur est nécessaire.

Dans sa sphère modeste la Société de médecine de Paris n'a cessé, depuis un siècle, d'être un foyer scientifique bien précieux pour tous ses membres. Elle n'est restée étrangère à aucune découverte, et elle a reçu souvent les prémisses de celles de ses membres les plus distingués. C'est ainsi que Duchenne (de Boulogne) a apporté à sa tribune ses premières recherches sur les lésions de la moelle.

Depuis la création de l'Académie de médecine, la division de la Société de médecine de Paris en six sections n'avait plus la même utilité, aussi la Société s'est-elle préoccupée surtout de réunir les connaissances les plus variées.

Il est presque impossible, même pour les esprits les mieux doués, de posséder une érudition un peu universelle. La spécialisation des études de chacun est devenue nécessaire, et notre Société est fière de compter, dans chacune des branches de notre art, les représentants les plus autorisés. Ils mettent en commun les sujets qui font plus particulièrement l'objet de leurs recherches, et ce que nous avons appris dans nos lectures nous apparaît sous une forme mieux définie dans l'exposition d'un fait bien observé.

Comme au jour de sa fondation la Société de médecine de Paris est une association de cliniciens, et c'est ainsi que nous sommes les fidèles continuateurs de nos illustres devanciers. Nous le sommes aussi par les sentiments de confraternité affectueuse qui unit tous les membres de notre famille scientifique.

Pénétrés de cet esprit d'union et de solidarité, abordons, Messieurs, avec confiance le nouveau siècle qui commence, conservons les grandes traditions de notre chère Société, afin que ceux qui célébreront le deuxième centenaire puissent dire que nous avons utilement travaillé pour la science et honoré notre pays.

Les applaudissements unanimes de l'assemblée n'étaient pas terminés, que, sur l'invitation du Président, M. le secrétaire général Louis Jullien donne lecture d'un télégramme par lequel S. A. I. le prince d'Oldenbourg acceptait le titre de membre d'honneur de la Société. Il n'y a plus de fête française sans que le souvenir de la Russie soit associé à nos joies et à nos espérances. M. Jacques de Narkievicz-Iodko, conseiller d'État, collaborateur de l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg et membre de la Société de médecine de Paris, était présent. Après avoir recueilli les plus vives félicitations pour ses communications personnelles, il pourra rapporter au prince les applaudissements qui ont accueilli son télégramme.

La parole est alors donnée à M. Duroziez, qui raconte avec beaucoup d'humour l'histoire de la Société de médecine de Paris. Il est peu de sociétés qui aient su rendre autant de services et à la science et à l'humanité. Quand on entend les noms des membres fondateurs et de leurs successeurs, on comprend sa fierté si légitime. Ce sont les plus grands noms de la science. M. Duroziez, dont on connaît la droiture et la rigueur scientifique, n'a pu s'empêcher de retracer les luttes d'influence de la Société et de la Faculté, et la création de l'Académie de médecine qui, alors, n'était qu'une rivale. La présence du président de l'Académie et du doyen de la Faculté disaient que l'histoire seule avait conservé le souvenir de ces différends. Après avoir célébré les travaux de la Société, rappelé les services rendus aux malades et à l'administration, M. Duroziez a traité avec un grand succès la question de l'utilité des banquets. Nous verrons plus loin combien il avait raison sur ce point. De vifs applaudissements l'ont remercié de son aimable causerie et la parole est donnée à M. Motet pour la lecture de son éloge de Duchenne (de Boulogne).

Tous nos confrères connaissent depuis longtemps le talent si délicat, si fin, et, en même temps, si profondément savant de notre éminent confrère. Si nous ne pouvons, faute de place, reproduire cette étude, nous pouvons dire combien elle a été accueillie avec faveur par l'assistance. Comme il a retracé, de main de maître, « la continuité dans l'effort » qui caractérise la vie scientifique de Duchenne ! Comme il a bien dit cette modestie, ce courage, cette foi, cette clarté d'expression, que notre âge déjà avancé nous a permis d'admirer dans ce vrai savant ! Et pendant que M. Motet parlait, nous qui avions connu, qui avions aimé et admiré Duchenne — alors que tant de médecins le méconnaissaient — nous nous reportions à la grande figure de notre maître Trousseau. Nous ne pouvions séparer ces deux chers souvenirs : Trousseau ne fut pas seulement un maître incomparable, il fut un grand cœur, il comprit Duchenne, l'encouragea, le soutint, et lui adoucit les amertumes de la lutte.

Duchenne fut un précurseur de l'École de la Salpêtrière, que Charcot créa et que ses élèves et successeurs maintiennent à une si grande hauteur. M. Motet répondait aux sentiments de ses auditeurs, quand, au milieu des applaudissements, il a terminé son éloge par ces mots : « J'imagine que ses mânes doivent tressaillir d'allégresse au spectacle que leur offrent notre reconnaissance, notre respect et la solennité même de l'hommage que nous avons voulu lui rendre ! »

était immédiatement entraînée par le flot de liquide ingéré et rapidement éliminée.

4° Le plus souvent, il y a un parallélisme presque absolu entre les courbes que représentent l'acidité relative (acidité p. 1000) et la quantité absolue d'acide excrété. Ce parallélisme se trouve détruit lorsqu'il y a, après le repas, un certain degré de polyurie. La courbe de l'acidité relative va alors en s'élevant, tandis que la courbe de l'acidité absolue va en s'abaissant.

5° Lorsqu'une notable quantité d'acide de sécrétion se trouve soustraite à l'estomac, soit par le vomissement, soit par le lavage, cela se traduit par un abaissement notable de l'acidité de l'urine. L'urine, dans ces conditions, peut même devenir alcaline.

6° La quantité moyenne d'acide éliminé par heure est plus élevée chez les hyperchlorhydriques que chez les hypochlorhydriques.

7° L'ingestion du lait élève notablement la quantité d'acide excrété par les urines; cela est dû sans doute à ce que le lait donne rapidement naissance, dans l'estomac, à une notable quantité d'acide lactique, et que cet acide se trouve rapidement entraîné vers le rein, en vertu même de l'augmentation de la diurèse.

8° Il n'est pas possible de tracer des courbes de l'acidité urinaire pendant la digestion, qui puissent servir à faire indirectement le diagnostic de la variété chimique de la dyspepsie. Il paraît même vraisemblable que ces courbes ne peuvent pas être tracées.

9° Il faudra exclure le lait des repas d'épreuve destinés à la recherche et à l'étude de ces courbes. Ces repas d'épreuve devront être identiques chez tous les malades.

10° Les malades étudiés devront être soumis à un régime constant pendant un temps suffisant; nous avons vu, en effet, que la bière bue la veille influençait notablement les chiffres de l'acidité qui se trouvaient sensiblement élevés.

Iodure de potassium et iodure de sodium. — M. Briquet (d'Armentières) résume ainsi un travail qu'il vient de publier (*Journal de méd. et chir. prat.*, 25 février 1896) :

1° L'iodure de potassium doit être préféré à l'iodure de sodium, sauf dans les maladies des voies respiratoires et contre certaines douleurs rhumatismales.

2° Si l'iodure de potassium est mal toléré, soit d'emblée, soit au cours du traitement, il faut recourir au second dont la valeur thérapeutique indéniable n'est qu'un peu inférieure à celle de l'iodure de potassium.

3° Il serait peut-être pratique de toujours commencer par l'iodure de sodium qui est généralement mieux supporté, et, aussitôt la tolérance obtenue, de passer à l'iodure de potassium.

4° Si l'on admet qu'à la longue l'iodure de potassium puisse avoir un effet dépresseur que ne posséderait pas l'iodure de sodium, il convient, en cas de traitement de longue durée, d'alterner de temps à autre les iodures de sodium et de potassium, pour obtenir le maximum d'effet utile et le minimum d'effet dépresseur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1896. — Présidence de M. MONOD.

RAPPORT

Plusieurs observations de chirurgie. — M. PICQUÉ fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Chevassu, médecin-major. Il s'agit d'abord de deux cas de péritonite par perforation de l'appendice : un jeune homme de vingt ans présenta, dans la convalescence d'une scarlatine, tous les signes d'une péritonite aiguë; on fit une incision sur la fosse iliaque droite et, au milieu d'un liquide infect, on trouva le cæcum distendu et on réséqua l'appendice qui était perforé. Le pus contenait des coli-bacilles et des streptocoques. Ce malade a bien guéri. Dans le second cas, il s'agissait également d'une péritonite consécutive à la perforation de l'appendice par un noyau de cerise; ablation du corps étranger, lavage et drainage sans résection de l'appendice; guérison.

Une autre observation de M. Chevassu a trait à une tumeur fibreuse du dos de la main. Quelque temps avant l'apparition de cette tumeur, une épine avait pénétré au milieu du deuxième espace interosseux de la main. Cette tumeur était dure, indolente, bosselée, mobile; elle présente la forme d'un macaron. Elle était adhérente aux tendons extenseurs, fut enlevée et on trouva au centre un morceau d'épine.

M. Chevassu adressa, en outre, une observation de rupture traumatique de l'urèthre qu'il a recueillie chez un jeune soldat tombé à califourchon sur un corps dur; uréthrorragie, rétention d'urine, tuméfaction de la région périnéale. Une incision, faite dans cette région, conduit sur une cavité remplie de sang et de caillots et sur le canal de l'urèthre, rompu sur presque toute sa périphérie. M. Chevassu plaça des sutures sur les lèvres uréthrales sans y comprendre la muqueuse; guérison complète.

COMMUNICATIONS

Cholélithiase biliaire. — M. TUFFIER communique l'observation d'une religieuse de quarante ans qui avait eu des coliques hépatiques sans ictère, auxquels avait succédé l'apparition d'une tumeur siégeant à la région hypochondriaque. Un traitement médical contre la lithiase des voies biliaires fut en vain institué pendant plusieurs mois, durant lesquels la tumeur nettement liquide, prit de l'extension du côté du flanc droit. M. Tuffier fait une incision sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen et trouva enchassée sous le foie une volumineuse tumeur transparente, présentait l'aspect d'un kyste hydatique ; une ponction donna issue à un liquide clair et transparent.

Aprés avoir appliqué deux plans de suture reliant la paroi de la poche à la séreuse pariétale, M. Tuffier incisa et en retira vingt-trois calculs nageant dans un liquide clair. Un drainage a été établi et vingt jours plus tard la malade était guérie. Deux points sont à remarquer dans ce fait : d'une part, la difficulté du diagnostic, car il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule ; et de l'autre, la rapidité de la guérison après simple incision et draînage.

Pour la cholélithiase biliaire, on a préconisé la cholécystotomie idéale et la cholécystectomie. Depuis 1891, M. Tuffier a opéré treize malades atteintes de lithiase biliaire. Dans tous ces cas, il n'a eu recours qu'à la cholécystotomie temporaire. Chez quatre de ces opérées, il ne semblait pas exister d'infection et la guérison a suivi l'intervention ; chez les neuf autres, plus gravement atteintes, il compte six succès et trois morts. Tout en ne voulant pas faire le procès des deux autres méthodes opératoires, il estime que la cholécystotomie temporaire avec drainage est une excellente opération applicable à la plupart des cas.

Du bec-de-lièvre. — M. KIRMISSON, à propos du petit malade présenté par M. Berger dans la dernière séance, fait remarquer que le résultat obtenu est excellent. Mais il lui semble que ce procédé ne doit pas être toujours applicable chez les jeunes enfants, où il faut éviter les grandes dissections et les grandes pertes de sang.

Pour sa part, il emploie depuis quelque temps le procédé suivant : il dessine un lambeau à sommet supérieur sur la lèvre; puis, décollant la partie de la lèvre sur laquelle siège

la lésion du bec-de-lièvre ainsi que la partie de la joue attenante, il fait décrire à tout ce lambeau un mouvement de torsion, le faisant passer de la position oblique à une position horizontale, et il reconstitue ainsi la narine, en suturant ce lambeau à la partie restante de la lèvre avivée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que de tout temps on a essayé de détacher le plus possible de tissus de l'os pour refaire la narine et la lèvre. Quant à lui, il fait des sutures profondes, arrive jusque dans la bouche et il fait en sorte que ces sutures profondes ne se trouvent pas juste en face des sutures superficielles, afin d'éviter l'amincissement de la lèvre ainsi reconstituée.

M. BERGER rappelle ce que son procédé présente de particulier : ce n'est pas le décollement de la lèvre et de la joue qui doit toujours être le premier temps de l'opération ; c'est le détachement complet de l'aile du nez d'avec les sillons naso-jugal et naso-labial. Il ramène ensuite la pointe de l'aile du nez vers la sous-cloison à laquelle il la fixe après avivement. Quant à ses sutures, il ne les pratique plus comme M. Lucas-Championnière, il les passe au ras de la muqueuse.

LECTURES

Pseudarthrose du tibia. — M. TACHARD lit une note sur le traitement de la pseudarthrose du tibia par les injections inter-fragmentaires de teinture d'iode.

Fracture non consolidée du tibia. — M. HARTMANN présente un malade opéré pour une mauvaise consolidation d'une fracture du tibia. Après libération des fragments, il plaça un appareil de Hennequin. La guérison fut ainsi obtenue.

La séance est levée.

LE PROFESSEUR SAPPEY

Le professeur Sappey qui vient de mourir était âgé de quatre-vingt-six ans. Tous ceux de nos confrères qui ont étudié à Paris se rappellent sa belle et fine figure de savant, encadrée d'une longue et ondoyante chevelure blanche. D'une taille au-dessus de la moyenne, la tête toujours légèrement penchée et le haut du corps incliné en avant, Sappey marchait lentement, comme toujours absorbé par ses pensées.

D'un aspect froid et réservé, il était doux et affable malgré son allure un peu solennelle, son accueil était des plus sympathiques. L'élève avait pour lui une sorte de respectueuse vénération. C'est que Sappey était en tout l'homme du devoir : exact, ponctuel, assidu à ses cours. Juge intègre, il considérait les examens de la Faculté comme la sanction vraie des études médicales, et s'il était un juge éclairé et compétent, il n'en était pas moins un juge sévère, il ne pardonnait point à l'ignorant, mais jamais personne ne protesta contre un refus signé par Sappey.

L'ouvrage qui contribua à établir sa réputation fut son *Traité d'anatomie descriptive*, qui eut un grand succès, desi plus légitimes. Il publia un magnifique Atlas sur le système des vaisseaux lymphatiques, et les théories qu'il y émit lui tinrent au cœur jusqu'à la fin de sa vie.

Agé de près de quatre-vingts ans, il mettait la main à un Traité d'anatomie générale, dont le premier fascicule est déjà paru, et chaque matin, jusqu'à sa dernière heure, il venait encore s'enfermer dans son laboratoire de l'École pratique, pour poursuivre ses recherches anatomiques.

Aide d'anatomie, prosecteur, agrégé de chirurgie, Sappey, que Nélaton honorait de son estime et de son amitié, ne fut jamais chirurgien des hôpitaux ; membre et ancien président de l'Académie de médecine, il avait conquis l'Institut et était commandeur de la Légion d'honneur.

Sa carrière scientifique fut des mieux remplies et des plus honorables. Avec Sappey disparaît le dernier type d'une génération ancienne d'hommes de science et de recherches, qui illustra la première moitié de ce siècle, parmi lesquels on trouva Bichat, Cruveilhier, Magendie et Claude Bernard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1896, les médecins militaires dont les noms suivent, qui ont fait partie du corps expéditionnaire de Madagascar, ont été inscrits à leur rang d'ancienneté sur les tableaux de concours pour la Légion d'honneur, établis à la suite de l'inspection générale de 1895 :

Pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Alvernhe, Delabrousse et Soula.

— Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1896, les médecins militaires dont les noms suivent, qui ont fait partie du corps expéditionnaire de Madagascar, ont été inscrits à leur rang d'ancienneté sur les tableaux d'avancement établis à la suite de l'inspection générale de 1895 :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe hors cadre Silice et Salètes.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Chabrut, Pichon, Vielle, Ferrand, Pouy et Thooris.

— Le prix de médecine navale pour l'année 1895, est décerné à M. le médecin principal de la marine Brémaud, pour son rapport médical sur l'escadre cuirassée du Nord.

Des témoignages officiels de satisfaction sont, en outre, accordés à MM. les docteurs Burot, Gazeau, Pineau, Roussel, Segard, Simond, Suard et Vignoli.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Bordier est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lermont (de Wormhoudt), Manoury (de Paris) et Viel (de Cherbourg).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris est terminée.

Sont déclarés admissibles à la deuxième épreuve les trente candidats dont les noms suivent, par ordre alphabétique : MM. Berbez, Bruhl, Capitan, Claisse, Courtois-Suffit, Deschamps, Florand, Gallois, de Gennes, de Grandmaison, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Legry, Lesage, Letienne, Lion, Macaigne, Méry, Michel, Nageotte, Parmentier, Plicque, de Saint-Germain, Sallard, Sottas, Soupault, Souques, Thiroloix et Triboulet.

— Par décision ministérielle, en date du 20 mars 1896, l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aura lieu, en 1896, dans les conditions suivantes :

Réserve. — 223 médecins seront convoqués, savoir : 5 médecins-majors de deuxième classe; 40 médecins aides-majors de première classe; et 178 médecins aides-majors de deuxième classe.

Armée territoriale. — 360 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe; 156 médecins aides-majors de première classe; 154 médecins aides-majors de deuxième classe.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués par le directeur du service de santé et sur le territoire du corps d'armée au gouvernement militaire dont ils relèvent par leur affectation.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie, à la Tunisie ou à la Corse, et résidant en France, seront convoqués, après entente entre les généraux commandants de corps d'armée intéressés, dans la région de corps d'armée où ils ont fixé leur domicile.

C'est au directeur du service de santé qui a établi les ordres de convocation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale devront adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit une dispense, un sursis, un devancement d'appel ou un changement de destination, soit une autorisation de stage sans solde.

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur J. Courmont, professeur agrégé.

— M. le docteur Vibert est nommé médecin-adjoint au lycée du Puy, en remplacement de M. le docteur Soulier, décédé.

— Le troisième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Londres, du 4 au 8 août prochain.

Les questions soumises à la discussion sont les suivantes : Du prurigo ; — Kératose, étiologie et variétés ; — Rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau ; — Trichophytie et trichophytoses ; — Nature et rapports des diverses variétés de l'érythème polymorphe ; — De la réinfection syphilitique : — Durée de la période de contagion de la syphilis ; — Syphilis maligne.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

187. M. HANNEBELLE. Contribution à l'étude du traitement de la syndactylie congénitale. — 188. M. SOUEIX. Troubles oculaires dans le psoriasis et le pemphigus. — 189. M. LARROQUE. Les gommes épiscrérales. — 190. M. BERTRAND. Essai sur la pleurésie dans la blennorragie. — 191. M. MANCEAU. Du salol en chirurgie et en particulier du liquide comme véhicule des substances antiseptiques. — 192. M. ANCELET. Essai historique et critique sur la création et la transformation des maternités à Paris. — 193. M. PAULY. De l'épilepsie jacksonnienne. (Considérations cliniques et thérapeutiques.) — 194. M. POTZTER. Contribution à l'étude des myélites infectieuses. — 195. Mlle HERN. Grossesse imaginaire. — 196. M. MINELLE. Contribution à l'étude des mixomes de la parotide. — 197. M. LUCAS. Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet. — 198. M. ANDRÉ (L.). Quelques considérations sur la prophylaxie de la syphilis extra-génitale. — 199. M. LEFÈVRE. De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — 200. M. WALCH. Etude clinique du rein mobile (indications thérapeutiques). — 201. M. AUBRY. Du sarcome diffus de la muqueuse utérine. — 202. M. BANZET. Suppurations envisagées au point de vue de leur forme et de leurs rapports avec la fièvre. — 203. M. DELAGE. Contribution à l'étude des phosphoglycérates. — 204. M. SPINDLER. De la rupture prématurée des membranes dans ses rapports avec l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. — 205. M. GLINÉANU. Rapports de l'hystérie et de la tuberculose pulmonaire. — 206. M. MIRALLIE. De l'aphasie sensorielle. — 207. M. TEXIER. L'empirisme et le charlatanisme. — 208. M. GILLARD. Le procédé de Laborde comme traitement de la mort apparente. — 209. M. PAPILLAUD. La suture métopique et ses rapports avec la morphologie cranienne. — 210. M. THOIZON. Revue des moyens et des médicaments employés contre les dyspepsies et les gastro-entérites des nourrissons. — 211. M. LARRE. Etude sur les complications dans les grossesses et accouchements gémellaires.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Le Dentu, en prenant la parole sur la question de l'appendicite soulevée dans l'avant-dernière séance par M. Dieulafoy, nous paraît avoir bien mis les choses au point, relativement au traitement chirurgical de cette affection. Tandis que M. Dieulafoy, médecin, préconise l'opération dans tous les cas, M. Le Dentu, chirurgien, admet qu'il y a des cas où l'on peut attendre, où il faut attendre. Il signale même le danger qu'il y aurait, dans certaines circonstances, à intervenir trop tôt, alors que les adhérences protectrices ne sont pas suffisamment établies. Enfin, dans les cas très graves où l'opération urgente, immédiate, s'impose, M. Le Dentu ne dissimule pas les grands dangers de l'intervention elle-même. Les conclusions de M. Le Dentu, pour être moins radicales et moins chirurgicales que celles de M. Dieulafoy, ne nous en paraissent que plus sages et plus légitimes.

M. Renaut (de Lyon) est venu confirmer une notion aujourd'hui bien établie, celle des bons effets de la balnéation chaude systématique dans le traitement de la bronchite diffuse infantile.

MM. Linossier et Lannois continuent leurs recherches sur l'absorption des médicaments par la peau saine. Après le gaïacol, voici le salicylate de méthyle qui serait très vite et très facilement absorbé par la peau, puisqu'on retrouve une grande quantité d'acide salicylique dans les urines. Ces applications thérapeutiques, basées sur des expériences physiologiques très concluantes, nous paraissent présenter un grand intérêt et nous ne saurions trop encourager MM. Linossier et Lannois à poursuivre leurs recherches dans ce sens.

Nous signalons un rapport très documenté de M. Lancereaux sur un travail de M. Lemaistre (de Limoges) relatif à l'influence des poussières des fabriques de porcelaine sur la santé des ouvriers. Tout en analysant la communication de M. Lemaistre, M. Lancereaux a étendu cette étude à l'influence de toutes les poussières. C'est là une question qui intéresse tous les hygiénistes.

Enfin M. Mossé (de Toulouse) a produit une statistique qui montre l'influence considérable des épidémies de grippe sur la mortalité dans cette ville.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Observation de mutisme ayant duré dix-huit mois (1).

Par le docteur Catrin,
Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

X..., né le 12 janvier 1871, est arrivé au 45e régiment d'infanterie comme appelé le 14 novembre 1892. Il a fait son service pendant huit mois sans être malade. Il a eu pourtant un panaris bénin de l'index, qui a nécessité un traitement de deux jours à l'infirmerie.

En mai 1893, il déroba un porte-monnaie à un de ses camarades de chambrée et fut envoyé en prison préventive à Amiens, le 29 mai 1893; là il se présenta à la visite et prétendit ne pouvoir répondre à aucune des questions du médecin de la prison, qui l'envoya le 2 juin 1893, avec le diagnostic : *Hystérie*, maladie qui seule pouvait expliquer ce mutisme. X... resta à l'hôpital pendant plus de trois mois; il en sortit le 20 septembre, avec le diagnostic : *Bégaiement*.

Le conseil de guerre le condamna, le 3 octobre, à un an de prison. Pendant sa détention, il acquit la réputation d'un habile ouvrier, malgré son mutisme persistant.

Le 9 mars 1894, il retourna à l'hôpital pour un phlegmon de la main; il y resta treize jours, toujours muet et aphone, puis termina son année de prison, sans changement dans son état pathologique. Enfin, un peu avant l'expiration de sa peine, le médecin chargé du service des détenus l'envoya de nouveau, le 16 septembre 1894, à l'hôpital d'Amiens, pour être soumis à un nouvel examen avant son départ pour le bataillon d'Afrique.

Le diagnostic d'entrée était *mutisme hystérique*. Le médecin traitant de l'hôpital d'Amiens demanda, le 28 septembre 1894, l'envoi de X... à l'hôpital du Val-de-Grâce, où, ajouta-t-il, « il pourra être soumis à une observation minutieuse, qui permettra de décider si oui ou non il simule, car, au cas où sa maladie serait réelle, il serait nécessaire, à mon avis, de demander sa réforme. »

X... entra à l'hôpital du Val-de-Grâce au troisième fiévreux, le 16 novembre 1894, et, le 11 décembre de la même année, je pris le service et trouvai X... dans le même état de mutisme.

X... est un homme robuste, sans infirmité appréciable; il est blond, presque imberbe, sauf un léger duvet à la lèvre supérieure; sa physionomie présente un singulier mélange de niaiserie et de malice et prévient peu en sa faveur; il fuit en général le regard, les paupières clignotent ou tombent pour recouvrir les yeux, qui rarement fixent la personne qui l'examine. Cependant, quand on l'interroge, son visage s'anime un peu, il suit avec une vivacité anxieuse les paroles et les mouvements et répond par gestes rapides et expressifs aux questions qu'on lui pose.

Il existe une certaine asymétrie de la face, le côté gauche étant sensiblement plus développé que le droit; de même pour le crâne, mais en sens inverse, la bosse temporale droite paraissant plus saillante que la gauche.

L'ogive de la voûte palatine est modérément exagérée, mais de façon peu notable; on sait du reste que ce signe a perdu beaucoup de la valeur qu'on lui attribuait au point de vue de l'épilepsie.

Aucun trouble dans les fonctions digestives, l'appétit est conservé, les selles sont régulières; de même le système respiratoire est intact, de même encore le système circulatoire; le malade est un peu pâle, anémique, mais aucun souffle ni au cœur, ni dans les vaisseaux du cou.

La force musculaire est normale et ne paraît jamais avoir été altérée; tous les mouvements s'exécutent facilement, la marche, la course, les stations assise, debout, couchée et les mouvements les plus complexes.

La sensibilité, d'après les rapports de tous les médecins qui ont examiné X..., est très diminuée; néanmoins la sensibilité au contact est conservée et c'est surtout de l'analgésie qui a été notée. On a même remarqué que les piqûres saignaient peu ou pas. La sensibilité testiculaire est moindre que normalement.

J'ai, en effet, trouvé la sensibilité à la douleur un peu obtuse, mais je ne crois pas à l'importance de ce signe chez un individu ayant intérêt à simuler, et je crus même remarquer chez X... un imperceptible tressaillement des muscles de la face, quand la piqûre était faite brusquement, alors que le malade ne s'y attendait pas.

On a de même noté l'anesthésie du pharynx, mais je n'accorde qu'une valeur très relative à ce symptôme un peu délaissé actuellement et dont, dès 1889 (1), j'avais signalé

---

(1) *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1896, p. 121.

(1) Catrin. Le somnambulisme naturel, *Lyon méd.*, 1889, XXX, p. 430.

la banalité, ce qui a été confirmé ultérieurement par M. Rendu, etc.

D'ailleurs, pas de localisation précise de cette diminution de la sensibilité, pas d'hémi-anesthésie, pas de plaque, pas d'anesthésie segmentaire en gigot, en botte, en manchette, en caleçon; si l'attouchement de la conjonctive ne provoque aucun clignement, celui de la cornée amène immédiatement l'occlusion palpébrale. Pas d'hyperesthésie, de dysesthésie, d'haphalgésie.

Les réflexes sont normaux : plantaire, rotulien, testiculaire, brachial. Pas de signe de Romberg, pas de perte du sens de l'espace.

Sens. — Goût et odorat normaux. Acuité auditive un peu diminuée, mais encore un esprit soupçonneux pourrait-il alléguer que X... feint de ne pas bien entendre pour préparer sa mimique qui, pourtant, je l'ai déjà reconnu, est assez vive.

Le champ visuel est peut-être un peu rétréci à droite, mais on pense qu'avec un muet aphone, il doit être assez difficile de correspondre; et la diminution n'est ni assez notable, ni assez régulièrement concentrique pour avoir une importance diagnostique considérable.

Pas d'achromatopsie, ni de dyschromatopsie.

Langage. — Non seulement le malade ne peut parler, non seulement il lui est impossible de proférer le moindre son, mais encore il ne peut articuler ni produire aucun de ces bruits dans lesquels le larynx joue un rôle effacé ou même nul.

Cependant X... souffle, mais il affirme ne pouvoir siffler. Il n'est resté de sonore qu'une toux en *é* qu'il reproduit à volonté, quand on l'y invite, mais qui n'a aucun des caractères de cette toux hystérique, si bien décrite par un de mes premiers maîtres, le professeur Lasègue.

L'examen laryngoscopique montre un larynx normal, dont les cordes sont mobiles, se contractent, se rapprochent sous l'influence des mouvements expiratoires. Pas de polype, pas de paralysie uni ou bilatérale.

Pas de surdité ni de cécité verbales.

Pas d'agraphie; mais, sur ce point spécial, il existe une particularité; X... affirme ne savoir écrire que son nom, aussi ne reconnaît-il que les lettres de ce nom, ne trace-t-il au crayon ou à l'encre que ces mêmes lettres. Telle est du moins l'observation qu'un médecin qui avait examiné le malade antérieurement m'avait transmise; nous verrons ultérieurement ce qu'il y a de réel dans cette singularité.

Les mouvements de la langue sont libres, mais il semble que, selon les moments, il y ait eu des variations dans l'étendue de ces mouvements, car bien que personne n'ait noté une paralysie des lèvres ou de la langue, tantôt X... projette librement sa langue au dehors, tantôt il dit ne pouvoir exécuter ce mouvement que dans certaines limites; latéralement cet organe remue, mais le malade affirme ne pouvoir l'incurver.

Ainsi que l'a dit un de mes collègues, qui a fourni un rapport sur X..., en face d'un pareil malade, l'embarras du médecin est grand; j'ajouterai : surtout depuis la découverte du mutisme hystérique.

Il s'agit évidemment ici d'une aphasie motrice pure, compliquée d'aphonie; l'absence de toute paralysie, la persistance de l'audition et de la vision verbales, de la faculté d'écrire permettent d'éliminer immédiatement une lésion cérébrale ou méningée; une oblitération ou une altération quelconque de l'artère sylvienne aurait compromis tous les éléments du langage, étant donné la distribution des branches de cette artère.

Le médecin militaire de l'hôpital d'Amiens a fait, avec juste raison, observer que l'alcoolisme ne pouvait être mis en cause, vu le régime des prisonniers; de même le paludisme, la paralysie générale.

Il faut évidemment s'arrêter à un unique diagnostic, le seul qui puisse justifier cette étrange affection; aussi tous ceux qui ont vu le malade ont prononcé le mot : *hystérie*, avec plus on moins de conviction, car les moyens thérapeutiques douloureux on non ont été antérieurement employés. Le billet d'entrée porte en effet : Électrisation laryngée, bains sulfureux, application d'un aimant entre les deux épaules, granules de sulfate de strychnine, application à la nuque de compresses humides. En outre, une alimentation restreinte avait été donnée pendant un certain temps.

Examinons donc si ce malade présente les caractères du mutisme hystérique si magistralement décrit par Charcot.

Au point de vue symptomatique, il y a identité complète et la symptomatologie peut se résumer en quelques mots : *Aphasie motrice pure compliquée d'aphonie*. Il existe même, chez notre malade, ce semblant de désir exagéré de répondre aux questions posées et même, dans un sens restreint, puisque X... ne sait pas écrire, cette facilité à prendre la plume pour tracer les caractères qu'il connaît.

Le début du mutisme, dit le médecin de la Salpêtrière, est souvent précédé par une période de balbutiement, de bégaiement, de même que la guérison. Or, l'enquête nous apprend que, à son arrivée à la prison d'Amiens, au début de sa maladie, X... pouvait encore prononcer quelques mots : « oui, non », qu'il poussait quelques cris inarticulés; ce n'est que peu à peu que X... s'est enfoncé dans son mutisme complet. Un billet d'hôpital porte même le diagnostic : « Bégaiement. »

Toutefois, fréquemment, le mutisme hystérique est précédé, non d'attaques convulsives, mais de vertiges, d'étourdissements, de bruits dans les oreilles. Interrogé sur ce point, X... n'accuse aucun de ces symptômes.

L'enquête de la gendarmerie nous apprend en outre que X... a toujours eu la parole difficile, qu'il a toujours bégayé, ayant parfois de la peine à se faire comprendre, mais jamais les témoins n'ont constaté de mutisme absolu.

Donc, en réalité, il n'y a pas eu de période prémonitoire de bégaiement.

Charcot ne signale pas dans ses cliniques si les malades peuvent ou non siffler, et, assistant à une des leçons, où il nous montrait un homme atteint de mutisme hystérique, je ne l'ai pas vu interroger le malade dans ce sens.

Rarement les attaques de mutisme hystérique durent aussi longtemps que dans notre cas; chez l'homme dont je viens de rappeler l'observation, le mutisme avait persisté sept mois dans une première attaque, puis trois, cinq, quatre et trois dans les quatre suivantes; dans d'autres observations, la durée a été moindre encore, mais je n'ai pu trouver d'exemples de mutisme aussi prolongé que celui de X... (dix-huit mois). C'est là un argument de valeur relative, mais, en des circonstances aussi difficiles, on peut, je crois, appeler à son aide tous les éléments de diagnostic.

Mais existe-t-il chez X... d'autres signes d'hystérie, des antécédents personnels ou héréditaires, ou avons-nous affaire à une *hystérie mono-symptomatique?*

Le père de X... a cinquante-huit ans, se porte bien, n'a jamais eu de maladie qui ait frappé son fils; la mère est morte à cinquante-six ans, il y a deux ans, après huit jours d'une affection de poitrine. Deux frères sont morts l'un à vingt-cinq ans de fièvre typhoïde, l'autre à vingt-cinq ans aussi, il y a huit mois, de maladie inconnue. X... a trois sœurs : vingt-sept ans, dix-neuf ans, seize ans, bien portantes. Aucun membre de sa famille ne bégaie, ne présente de symptômes nerveux. Lui-même a toujours joui d'une bonne santé; sauf pour des accidents dus aux rhumatismes, il n'a jamais interrompu son service, soit comme détenu, soit comme militaire, soit comme ouvrier. Jamais d'attaques d'hystérie, de toux, de dyspnée, etc.

Restent donc cette anesthésie du pharynx sans valeur et cette obtusion générale de la sensibilité, qui peut facilement

se simuler et qui, dit P. Janet, n'est qu'une distraction.

Quant à l'absence de sang, lors des piqûres, je pense qu'il peut y avoir des hystériques hémophiles, comme il peut y en avoir d'hémophobes, et cette pénurie hémorragique dépend et de l'état de la peau et de la région piquée; c'est ainsi qu'à la cuisse et au bras, je n'ai pu obtenir que difficilement une goutte de sang, tandis qu'au doigt l'hémorragie a été très suffisante.

L'asymétrie cranienne aurait plus d'importance pour l'épilepsie que pour l'hystérie, encore ce signe de Lasègue est-il souvent en défaut. Je n'insiste pas sur le léger rétrécissement du champ visuel à droite, ni sur l'ogive exagérée de la voûte.

On voit, en résumé, que c'est presque à l'hystérie monosymptomatique qu'il faut conclure; les quelques stigmates frustes d'hystérie présentés par le malade étant tous subjectifs, aucun n'ayant un caractère d'objectivité indubitable. Or si, comme on l'a dit, l'hystérie est une grande simulatrice, les hystériques sont aussi de grands simulateurs, allant jusqu'à feindre la cécité, l'aliénation mentale, etc.

En tout état de choses, à mon sens, il est donc prudent de s'assurer, par un examen approfondi, non seulement de la réalité de l'affection des hystériques, mais encore de leur bonne foi.

M. Tartière a publié, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1889, une observation de mutisme hystérique, qui persista dix mois, mais guérit après la réforme prononcée, ainsi que s'en est assuré très loyalement notre collègue.

J'avais été frappé, dans la lecture de l'observation de X..., de ce fait qu'il ne pouvait lire ou écrire que les lettres figurant son nom. Si cette particularité s'affirmait, elle avait une certaine valeur, car il faudrait une mémoire considérable pour ne pas tomber dans les pièges qu'on peut nous tendre. Mon premier examen porta donc sur ce point et je ne tardai pas à acquérir la conviction que mon malade mentait tout au moins à ce sujet.

Quand on le faisait écrire, on constatait immédiatement que X... était loin d'avoir acquis, « pour manier la plume », cette dextérité que signalait Charcot chez les muets hystériques. Il hésitait avant de tracer un caractère quelconque, et si on l'observait attentivement, on pouvait presque lire sur son visage le travail mental de l'homme qui cherche s'il doit ou non se souvenir. Dès lors, je lui mis en main un crayon, qui se manie plus facilement, puis l'excitant à écrire rapidement, je lui dictai successivement et très vite les lettres, *l*, *u*, *g*, *n*, *a*, *i*, qui rentrent dans la composition de son nom, puis tout à coup, j'introduisis dans mon énumération une lettre étrangère à celles qui figurent dans son nom, par exemple le *t*; presque involontairement X... barra son *t*. J'obtins successivement l'*m*, le *p*, enfin, mais difficilement, l'*s*.

Un jour, je fis écrire *ma*, puis un autre *du*, enfin un troisième *ra*. Quatre jours plus tard, je dictai *Madura*, que mon muet affirme ne pouvoir écrire et ne se décide à tracer qu'après que je lui ai montré qu'antérieurement il a pu écrire chacune des syllabes séparées.

Il y avait donc tout au moins mauvaise volonté, mais encore n'est-ce pas exceptionnel dans l'hystérie.

Le premier traitement que j'appliquai à X... fut l'isolement absolu, c'est là une pratique recommandée par tous les neuropathologistes et cette simple mesure suffit parfois pour améliorer, et même guérir des symptômes hystériques.

Chaque jour je passai une heure ou deux avec mon malade, le persuadant qu'il guérirait, qu'il devait guérir, et que je voulais qu'il parlât le 25 décembre.

Puis je m'efforçai de lui apprendre à émettre les sons *a*, *e*, *i*, *o*, *u*, soit avec les lèvres, soit en toussant. Puisque vous toussez en *é*, lui disais-je, vous pouvez tousser en *a*, *o*, etc. Il céda assez facilement sauf pour l'*i*. Dans ce cas, au lieu d'expirer, il aspirait avec violence.

Enfin, je soumis X... à une manœuvre que je n'ai vu signaler dans aucun traité, et qui m'a paru fort efficace dans ces circonstances spéciales.

Je plaçai le malade debout, le dos appuyé contre un mur, puis je l'excitai à prononcer tout au moins en expirant fortement la voyelle *a*. En même temps, je plaçais mes deux mains sur l'abdomen et j'aidais aux efforts respiratoires, en appuyant sur la paroi du ventre. Pendant dix, vingt, trente mouvements, je pressais doucement, puis brusquement et au moment où X..., un peu engourdi par la monotonie de cet exercice, était sans méfiance, j'appuyais vigoureusement sur l'abdomen. Par cette manœuvre, je parvins à obtenir à diverses reprises des sons suffisamment nets pour démontrer tout au moins que l'aphonie n'était pas absolue; mais il fallait pour arriver à ce résultat que X... oubliât de surveiller ses cordes vocales. L'exercice était très fatigant pour le médecin, mais plus encore pour le malade dont la tension d'esprit était très vive.

N'eussé-je obtenu qu'une seule articulation de son que cela m'aurait suffi pour affirmer la possibilité de la guérison à bref délai.

Cette conviction que j'avais, je m'efforçai de la faire passer dans l'esprit de X..., accumulant raisonnement sur raisonnement et les répétant à satiété pour lui démontrer que puisqu'il prononçait *a*, il pouvait émettre *o*, etc. Le malade promit, dès lors, de s'exercer chaque jour à l'articulation des mots.

Dans l'hypothèse d'une simulation, il faut toujours, d'ailleurs, accorder au simulateur un certain temps pour lui permettre de capituler honorablement. Mais, pendant quelques jours, je fus obligé de négliger X... ou du moins d'abréger mes séances de persuasion; immédiatement, il y eut non seulement cessation de l'amélioration, mais encore perte des résultats acquis.

Il faut, dans des cas analogues, ne jamais quitter son malade et montrer une fermeté aussi grande que son obstination. C'est là une des grosses difficultés du traitement des simulations.

Le 25 décembre arriva sans que X... eût parlé et je laissai écouler cette journée sans nouvelle tentative, car tout le succès eût été, dès lors, attribué à la suggestion.

Mais le 27 au matin, j'entrai dans la chambre de mon malade, en lui disant que je n'en sortirais que lorsqu'il parlerait. J'avais avec moi trois machines de Gaiffe que je lui montrai, lui affirmant que je pouvais multiplier par trois les secousses électriques que j'allais tenter de lui appliquer thérapeutiquement.

La séance fut relativement courte; je démontrai au malade l'usage de l'appareil, donnant d'abord des secousses rares, puis plus fréquentes, je tirai devant lui le manchon de la bobine, lui faisant constater que le courant augmentait d'intensité à mesure que le manchon sortait.

Après une heure de séance, et seulement vingt minutes d'application des courants, non à leur maximum du reste, X... se reconnaissait guéri et venait l'affirmer verbalement à M. le médecin-chef.

Beaucoup de médecins concluront à la simulation, d'autres soutiendront l'hystérie, malgré les signes non équivoques de mauvaise foi de la part de X... « La plupart des sujets hystériques se comportent, affirme-t-on, comme des simulateurs. »

Le doute devant toujours profiter à l'accusé, nous l'avons laissé bénéficier des conceptions les plus récentes sur l'hystérie, considérée comme psychose.

Nous ne pouvons que nous réjouir de pouvoir guérir par

des moyens aussi simples, si ce n'est la psychose, du moins une de ses manifestations les plus gênantes au point de vue du service militaire.

Depuis cinq ans, j'ai eu à traiter trois cas de mutisme, dont un datant de sept mois (1); j'ai eu trois guérisons, mais toutes trois par des moyens différents. Un de mes malades m'a avoué la simulation et m'a déclaré par écrit qu'il ferait bien son service. Il avait été incité à simuler le mutisme parce qu'il avait eu un de ses camarades réformé pour ce motif.

Quant à la thérapeutique employée dans le cas de X..., dira-t-on que c'est la suggestion qui a amené la guérison? Bien que j'aie pris certaines précautions, signalées plus haut, pour me mettre à l'abri de cette supposition, j'admets volontiers que mes discours aient été pour quelque chose dans l'heureuse issue de la maladie, et je pense que, si la suggestion n'avait jamais produit de plus mauvais résultats, chacun s'en montrerait décidé partisan.

(1) *Lyon méd.*, 1889, XXXVII, p. 84.

REVUE DE LA PRESSE

La maladie de Morvan; ses rapports avec la syringomyélie et avec la lèpre. — Un cas de maladie de Morvan, observé par Prus, lui permet d'identifier cette maladie avec la lèpre par la découverte de l'agent de cette affection dans le sang du sujet, et de rattacher ainsi un certain nombre de cas de syringomyélie à ce même agent, par suite des rapports intimes, notés depuis longtemps, existant entre la syringomyélie et la maladie de Morvan.

Ce cas est le suivant :

Une juive de Galicie, âgée de quarante-six ans, sentait, il y a de cela huit ans, ses forces s'amoindrir dans l'épaule droite; elle éprouvait en même temps de vives douleurs irradiées dans le bras du même côté. Bientôt se développait, par un processus analogue à celui qu'on observe dans le mal perforant, un travail inflammatoire au voisinage de la malléole interne (pied gauche), et de la malléole externe (pied droit); puis apparaissait, à l'extrémité des doigts, une série de panaris évoluant sans douleur. Avec le temps survenaient de l'anesthésie à ce niveau, de la paresthésie et de la douleur de la nuque et des bras, de la raideur et de la paresse des muscles de la nuque, de l'abolition de la sensibilité linguale, une chute des dents et de la gêne de la parole. En dernier lieu survinrent de l'atrophie de la première phalange des quatrième et cinquième orteils du pied gauche, de l'ankylose de plusieurs articulations inter-phalangiennes, de l'articulation médio-carpienne et du coude, désordres suivis de déformations articulaires; la marche devint pénible.

En dehors de ces accidents, l'examen objectif permettait de constater des taches blanches de la peau du dos de la main, dues à l'atrophie des papilles, des troubles trophiques du côté des ongles; des troubles vaso-moteurs (dilatation veineuse, peau de marbre); de l'atrophie des muscles, surtout des extenseurs et des muscles du bras, manifestant une réaction de dégénérescence partielle; une abolition complète des réflexes du genou, des tendons du bras et de la peau; des troubles de la sensibilité consistant en une abolition complète de la sensibilité thermique ou douloureuse, avec exagération de la sensibilité tactile et conservation du sens musculaire et du sens de la pression.

De par cet ensemble symptomatique l'auteur, après sérieuse discussion, se croit autorisé à conclure au diagnostic de maladie de Morvan type, se basant surtout sur l'anesthésie à la chaleur et à la douleur, avec conservation concomitante de la sensibilité tactile, sur l'altération musculaire révélée par la réaction de dégénérescence, l'existence de panaris, de maux perforants et de déformations caractéristiques des mains.

Mais, d'autre part, l'examen du sang, pratiqué suivant les méthodes appropriées, lui décèle la présence d'un bacille, qui est bien celui de la lèpre, puisque rien ne peut faire suspecter la tuberculose miliaire, dans le cas particulier; Prus modifie son diagnostic et affirme la lèpre.

Prus en déduit que la maladie de Morvan n'est pas une entité morbide distincte, mais une forme de lèpre (lepra anaesthetica mutilans) et de ce que presque tous les auteurs sont d'accord pour ranger la maladie de Morvan dans la syringomyélie, il tire la conclusion logique qu'un certain nombre de cas, ceux qui se présentent sous le type caractéristique décrit par Morvan, classés jusqu'ici sous la rubrique syringomyélie, relèvent de la lèpre.

Ce cas confirme ainsi les vues de Zambaco.

La marche des accidents serait la suivante : le bacille de la lèpre, ayant envahi la peau, se multiplie dans l'épaisseur des gaînes de ses terminaisons nerveuses et entraîne la dégénérescence des fibres nerveuses qui leur correspondent; de ce seul fait résultent différents symptômes, tels que troubles trophiques et altérations de la sensibilité.

Plus tard, les bacilles se propagent le long des nerfs, entraînant des lésions analogues des gros troncs nerveux; d'où parésie et atrophie musculaire. Pour peu que les bacilles gagnent la moelle et se multiplient au sein de la névroglée, il en résulte la production de gliomes qui, par leur propre dégénérescence, entraînent la formation d'ampoules médullaires, substratum de la syringomyélie.

Il n'est donc pas douteux, dit Prus, que, parmi les cas connus de syringomyélie, un certain nombre soient dus à la lèpre. Il est cependant possible que d'autres agents puissent produire les lésions de la syringomyélie; l'examen bactériologique reste donc le seul moyen qui nous permette de diagnostiquer la nature de cette affection. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 10.)

Relation de la méningite tuberculeuse avec les traumatismes craniens. — Schilling rapporte le cas d'un enfant âgé de huit ans chez lequel, à la suite d'une chute grave, se manifestèrent des symptômes cérébraux qui, dès le début, prirent une signification grave. Avant qu'on ait eu le temps de pratiquer une trépanation, opération qui semblait justifiée par la présence probable d'une esquille blessant le cerveau, l'enfant mourut. L'autopsie permit de constater une méningite tuberculeuse accompagnée d'un ramollissement caséeux des ganglions péribronchiques.

Schilling rappelle à ce propos qu'en pareil cas, le traumatisme agit en créant un point de moindre résistance, mais que le mode de pénétration suivie par le micro-organisme pour atterrir en ce point est variable : c'est ainsi que le bacille, pénétrant par une érosion cutanée ou muqueuse, peut gagner le point en question par la voie lymphatique; mais il peut aussi, et c'est là ce qui a dû se passer dans le cas que nous venons de rapporter, partir d'un point de l'organisme antérieurement envahi, où il était demeuré jusque-là inoffensif et caché (les ganglions bronchiques dans le cas particulier), pour venir se fixer au point lésé, qui offre moins de résistance à son plus complet développement. (*Münch. Med. Woch.*, 1895, n° 46.)

Des lipomes rétro-péritonéaux. — Josephson et Vestberg ont rassemblé trente cas, dont trois personnels, de lipomes multiples rétro-péritonéaux. Ils admettent que le point de départ de ces tumeurs est bien rétro-péritonéal et jamais mésentérique, quoique cependant elles puissent envahir secondairement le mésentère.

Parmi les trois observations que ces auteurs publient, une surtout nous a paru intéressante. Il s'agit d'un homme de quarante ans, opéré par le docteur Schiller (de Gothenburg); cet homme était porteur d'une tumeur reconnue depuis six mois; le ventre (110 centimètres de tour) contenait un certain nombre de lipomes, dont trois de la grosseur d'une tête d'enfant, et une série de petits qui furent extraits au cours de la laparotomie. On crut devoir laisser une de ces tumeurs à cause de son siège, en arrière du côlon descendant, et une plus petite située dans le petit bassin; elles parurent inopérables. L'emplacement des tumeurs extraites fut drainé; tout allait bien, lorsqu'au bout de quatorze jours le malade mourut d'une syncope. Le poids total des tumeurs extirpées était de 11 kilos.

Josephson s'applique d'ailleurs à montrer que le diagnostic peut être fait avec toute espèce de vraisemblance, pourvu qu'il soit déduit par élimination.

Pour cet auteur, une tumeur abdominale qui ne présente aucun caractère de malignité, qui acquiert rapidement un volume considérable, qui est rétro-péritonéal, qui rejette le gros intestin de côté, qui est fluctuante ou pseudo-fluctuante, et parfois chondromateuse par place, est vraisemblablement un lipome rétro-péritonéal.

Si la tumeur est perceptible sous la paroi dans la région lombaire et qu'elle tende à revenir sur elle-même par une sorte de choc en retour, dû à son élasticité quand on cherche à l'éloigner de cette paroi, on peut, suivant Josephson, garantir presque à coup sûr son caractère rétro-péritonéal.

Vestberg s'est attaché à démontrer la nature fibro-myxolipomateuse de ces tumeurs.

Les auteurs sont d'accord pour conseiller l'intervention dans les cas de ce genre, tout en faisant remarquer que, dans certains cas, la résection d'une portion de gros intestin sera rendue nécessaire par l'extraction d'une tumeur développée dans l'épaisseur du mésentère, si l'on veut éviter la gangrène de cet intestin. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 8.)

Modification du procédé de Kraske pour l'extirpation du rectum. — C. van Leersum, examinant dans le détail plusieurs méthodes touchant la chirurgie du rectum, recommande l'amélioration apportée à l'opération de Kraske-Hochenegg, par son maître Van der Meulen, qui consiste à extirper la muqueuse de l'extrémité distale du rectum, à conduire l'autre extrémité, l'extrémité proximale, à travers la première, ainsi qu'à travers l'orifice anal et à la suturer au bord marginal de l'anus, en veillant à ce que la muqueuse fasse un bourrelet saillant au dehors. On évite par cet emboîtement réciproque les fistules stercorales. (*Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 42.)

Anatomie pathologique des corps étrangers articulaires. — Le docteur Arthur Barth, se basant sur l'étiologie bien nette d'un cas de fracture intra-articulaire de l'extrémité inférieure du fémur, en profite pour faire l'examen histologique du fragment d'os, quatre mois après l'accident. Sans entrer dans le détail de son observation, qu'il nous suffise de dire que, sur une coupe, l'auteur constate une couche cartilagineuse superficielle, identique au cartilage articulaire de revêtement (cette portion se trouvait en rapport de contiguité avec le fémur), une portion sous-jacente également cartilagineuse, mais présentant par place des fragments ossifiés et limitée par une zone d'ossification prenant mal les matières colorantes; plus bas (au niveau de la base d'implantation du fragment à la face profonde du tendon quadricipital), une masse d'os aréolaire, spongieuse, gorgée de sang, qu'il est facile de reconnaître à l'œil nu pour une portion d'os nécrosé.

L'auteur en conclut que la portion osseuse du fragment articulaire détaché meurt, tandis qu'au contraire les portions cartilagineuses conservent leur vitalité. A un stade plus avancé, la portion de l'os nécrosé peut servir de substratum à l'os nouveau. Pour que cette néoformation ait lieu, il faut, bien entendu, que le fragment se soude à la capsule articulaire.

Les conclusions de l'auteur sont confirmées par l'observation du malade dans laquelle il est noté qu'après un séjour de trente-cinq jours au lit, il ne présentait qu'un certain degré de raideur articulaire, qui l'empêchait de plier la jambe, et que c'est seulement trois mois après que la présence d'un corps étranger articulaire était constatée, après plusieurs recherches vaines. (*Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 43.)

PAUL VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

La tuberculose latente de l'enfance et son traitement.

Par le docteur X. DELMIS.

La fréquence de la tuberculose infantile n'est plus à démontrer. Rare dans les premiers mois de la vie, elle devient de plus en plus meurtrière à mesure que l'enfant grandit; elle le frappe sur les organes les plus variés : os, articulations, ganglions, poumons, méninges; d'après les relevés d'Aviragnet (1), elle tue, dans la population hospitalière, plus du tiers des bébés au-dessous de deux ans, près de la moitié au-dessus de cet âge. La chirurgie peut beaucoup contre les tuberculoses osseuses et articulaires; la thérapeutique améliore et guérit souvent les tuberculoses ganglionnaires; mais nous restons impuissants contre les formes aiguës, qu'elles soient généralisées (granulie), ou localisées (méningite, broncho-pneumonie tuberculeuse).

Nous voudrions montrer, dans cette courte étude, que ces formes aiguës, généralisées ou localisées, mais toujours incurables, sont, dans la totalité des cas, le stade ultime d'une tuberculose latente, localisée, curable, qui aurait guéri, si l'enfant avait été traité à temps.

Le fait est connu pour la méningite; on sait que l'on trouve presque constamment aux autopsies une tuberculose primitive, ancienne, chronique, des ganglions bronchiques (Bertalot, Reimer, Hénoch, Demme).

Dans la granulie, il en est de même; on sait avec quelle fréquence elle enlève les coxalgiques en cours de traitement chirurgical; elle frappe aussi un grand nombre d'enfants qui portaient un vieux foyer pulmonaire ou ganglionnaire resté insoupçonné.

De même dans les broncho-pneumonies tuberculeuses, on trouve généralement un foyer ancien au sommet d'un des deux poumons, tranchant par son aspect sur l'éruption de nodules récents et contemporains les uns des autres, qui occupe le reste des poumons. Dans tous ces cas, la tuberculose est restée longtemps latente, et c'est seulement lors de la poussée aiguë terminale, que l'on a considéré l'enfant comme malade et que l'on a commencé à le traiter.

On voit combien il importe de diagnostiquer de bonne heure ces tuberculoses dites latentes, afin d'établir au plus tôt un traitement rationnel.

Trois signes doivent éveiller notre attention :

1° L'état général de l'enfant. Un très grand nombre d'enfants, arrivés à l'âge de sept, huit et neuf ans, pâlissent, maigrissent; les chairs deviennent molles, la peau transparente, les cils s'allongent, les yeux sont brillants, l'enfant est taciturne; mettre cet état sur le compte de la croissance, de la fatigue des premières études, c'est se payer de mots

(1) AVIRAGNET. Th. de Paris, 1892, p. 133.

(2) STRAUS. *La tuberculose et son bacille*, 1895, p. 718.

faute d'explication; si l'on recherche les autres signes que nous allons indiquer maintenant, on les trouvera presque constamment; il s'agit de tuberculose; il faut se hâter de commencer le traitement.

2° La micro-poly-adénopathie, décrite par Legroux. On sait en quoi elle consiste. On trouve au cou, aux aisselles, aux aines une grande quantité de petits ganglions roulant sous le doigt. Legroux l'avait déjà considérée comme signe de tuberculose. Mirinescu (1), Potier (2), ont vérifié microscopiquement la présence des bacilles dans ces ganglions qui, à l'œil nu, paraissent sains. Pizzini (3), Loomis (4) ont trouvé que des ganglions pris au hasard chez des sujets morts d'accident, et dont les organes ne paraissaient pas à l'œil nu tuberculeux, contenaient douze fois sur trente le bacille de Koch.

3° L'hypertrophie des amygdales, ou la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. La nature tuberculeuse de ces lésions, si fréquentes chez les enfants, a été montrée par Dieulafoy (5). Elles sont souvent le premier stade d'une tuberculose ganglionnaire cervicale, destinée à se propager au poumon.

Si l'on recherche par principe ces trois symptômes sur tous les jeunes enfants de deux à douze ans, on trouvera que presque tous sont en puissance de tuberculose latente. Je cite textuellement les paroles de M. Grancher sur ce point : « Regardez les enfants dans toutes les classes de la société, surtout dans la classe pauvre. Combien sont tarés, légèrement soit, mais tarés, mais touchés par la scrofulo-tuberculose? Combien? Beaucoup plus de la moitié assurément. Legroux disait des enfants qu'on présente à l'hôpital, qu'ils sont tous tuberculeux. Je dirais volontiers : presque tous (6). »

Cette fréquence de la tuberculose latente chez les enfants et les adolescents est prouvée, en outre, par les autopsies. Brouardel, sur les cadavres de la Morgue, la plupart morts en pleine santé, par accident, trouve 60 p. 100 de tuberculeux!

On peut donc dire que plus de la moitié des enfants et des adolescents portent en eux des germes de tuberculose. Les jeunes enfants pâles et maigres, ceux qui, au contraire, sont bouffis et, comme l'on dit, lymphatiques, ceux qui passent pour anémiés par la croissance, les jeunes filles chlorotiques, chez qui les règles tardent à s'établir, en un mot, tous les faibles, tous les débiles, ne sont pas seulement, comme dit Landouzy, des candidats à la tuberculose; ils portent en eux le germe de la maladie, prêt à se développer, si l'on ne modifie pas le terrain favorable qui lui est offert.

On sait, en effet, quelle déception ont donnée dans la pratique les médicaments que les expériences *in vitro* avaient montré bacillicides. La créosote, le gaïacol, l'iodoforme, l'acide benzoïque, l'acide fluorhydrique, les sels de fer, tour à tour essayés, ont été reconnus impuissants. On a dû en revenir aux anciennes méthodes et s'occuper, non de tuer le bacille, mais de fortifier contre lui l'organisme. Les anciens, sans pouvoir expliquer leur mode d'action, avaient reconnu l'action anti-tuberculeuse de l'iode et du fer; nous savons aujourd'hui qu'ils agissent, non en tuant le germe, mais en modifiant favorablement le terrain; ils augmentent la proportion des globules dans le sang, et leur teneur en hémoglobine; ils favorisent l'oxydation des tissus, augmentent leur vitalité, et, par suite, leur résistance au bacille et à ses toxines.

(1) Mirinescu. Th. de Paris, 1892.
(2) Potier. Th. de Paris, 1894.
(3) Pizzini. Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichttuberculöser; *Zeits. f. Klin. Med.*, 1892, t. IV, p. 329.
(4) Loomis, *Researches of the Loomis Laboratory*, 1890, vol. I.
(5) Dieulafoy. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895.
(6) Grancher. *Bull. méd.*, 1895, p. 947.

Administré isolément, l'iode ne peut être donné en grande quantité, et le fer, en nature, n'est pas assimilable. Il faut associer les deux sels, et administrer le proto-iodure de fer, qui est le seul sel de fer qui passe dans le sang et qu'on retrouve dans les sécrétions glandulaires. La bonne dose est deux cuillerées de *sirop de Gille* par jour, ou encore quatre *dragées de Gille* au proto-iodure de fer. Ce traitement doit être continué longtemps. C'est pendant des mois et des années que les jeunes enfants pâles et amaigris, que les jeunes filles anémiées et chlorotiques, devront faire journellement usage de ces reconstituants. L'amélioration se produit rapidement, mais il ne faut pas en conclure que la partie est gagnée; il faut profiter des premiers avantages obtenus, et continuer l'usage du proto-iodure pendant plusieurs années; c'est seulement à ce prix que ces enfants débiles, ces jeunes filles anémiées, qui semblaient destinés à devenir, au moment de leur puberté, la proie de la terrible phtisie, deviendront, au contraire, des jeunes gens robustes, des femmes belles de santé, sur qui la tuberculose n'aura plus prise, et qui pourront supporter les fatigues de la vie, et résister au bacille qui guette tout le monde, les forts comme les faibles, mais ne terrasse que ceux qu'une santé antérieure débile a déjà prédisposés à le recevoir. On peut donc dire, avec Grancher, que « le meilleur moyen de ne pas devenir tuberculeux, c'est de se maintenir en bonne santé » et, pour cela, il faut faire usage du reconstituant que la thérapeutique a reconnu comme le plus actif et le plus assimilable, de l'*iodure de fer*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

Bronchite diffuse infantile; traitement par la balnéation chaude. — M. RENAUT (de Lyon) désigne sous le nom de bronchite diffuse profonde l'inflammation catarrhale de toutes les voies bronchiques extra-lobulaires. Quand l'inflammation va plus loin et se poursuit dans les bronchioles constituant les voies aériennes intra-lobulaires, on est, en effet, en présence de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie dont on connaît la gravité. Il y a donc un grand intérêt à posséder une méthode sûre de limitation des bronchites aux bronches proprement dites. Chez l'enfant, en particulier, toutes les fois qu'on observe concomitamment les signes physiques bien connus de la bronchite profonde et une température rectale atteignant 39 degrés autrement qu'épisodiquement, il y a danger de passage de la bronchite profonde déjà grave par elle-même à l'état de bronchite capillaire, fréquemment mortelle.

Or il existe un moyen thérapeutique à la fois simple et tout à fait inoffensif d'éviter à peu près sûrement cette capillarisation redoutable de la bronchite diffuse de l'enfant : c'est la balnéation chaude systématique. Cette méthode consiste à donner à l'enfant un bain à 38 degrés d'une durée de sept à huit minutes toutes les trois heures, sauf lorsqu'on a constaté que la température, recherchée trois heures après la fin du bain précédent, n'atteint plus 39 degrés. Plus ou moins rapidement, parfois après le troisième ou le quatrième bain, la fièvre tombe et ne remonte plus et la bronchite diffuse rétrograde à l'état de bronchite légère (ou des grosses bronches). D'autres fois, la lutte se prolonge pendant quatre ou cinq jours, durant lesquels il faut baigner l'enfant toutes les trois heures, d'une façon systématique, jour et nuit. Mais le résultat est toujours identique : la bronchite s'efface sans jamais se capillariser.

Cette conclusion, reposant sur la mise en jeu de la mé-

thode de balnéation chaude dans plus de 100 cas, peut à la fois être donnée comme ferme et acceptée par les cliniciens comme suffisamment et d'autant plus fondée, que les 100 cas observés s'échelonnent sur une période de près de dix ans, ce qui exclut toute erreur imputable à ce qu'on a coutume d'appeler les « variations du génie épidémique ». Le seul adjuvant employé a été régulièrement le sulfate ou le bromhydrate de quinine; ceci, sans aucune prétention à couper la fièvre, mais comme tonique général.

La balnéation chaude constitue encore la méthode de choix, alors qu'on est appelé trop tard, quand la bronchite diffuse profonde s'est déjà capillarisée. On perd, il est vrai, alors la sécurité qu'on possédait entièrement dans le cas précédent, mais on gagne en revanche nombre de chances de guérison au petit malade, si l'on compare du moins les effets de la balnéation chaude avec ceux résultant de la mise en jeu des autres traitements de la broncho-pneumonie.

Sur la fièvre subcontinue de la bronchite capillaire, viennent ordinairement s'enter, une ou deux fois par vingt-quatre heures, des poussées de fièvre haute, parfois même d'hyperpyrexie. La température monte rapidement au-dessus de 40 degrés, 41 degrés même, pour ensuite redescendre lentement. Dans les jours consécutifs, la poussée fébrile ne se faisant pas aux mêmes heures, il faut guetter son début répondant à une période d'extension du mal et donner le bain dès que la température monte; en donner un second si, une heure après le premier, la température demeure élevée. Ainsi de suite. On poursuit de la sorte la fièvre, et on la force à ménager à l'enfant les effets de thermogenèse excessive. Le bain est dans ce cas ramené à 35 degrés ou 34 degrés, mais jamais donné froid. Parfois il faut lutter ainsi pendant un, deux septénaires, même trois dans les cas véritablement graves. Dès que la haute poussée fébrile biquotidienne a cessé d'exister pour faire place à une fièvre subcontinue, la partie peut être considérée comme gagnée.

La théorie de la balnéation chaude et de ses effets thérapeutiques si marqués dans les bronchites infantiles graves reste encore tout entière à faire. Ce qui est évident ici, c'est qu'il ne s'agit pas du tout d'antithermie par réfrigération. Ce qui est infiniment plus probable, c'est que le bain agit sur le système nerveux et constitue d'autre part, dans le cas de bronchite, une condition défavorable quant à la germination des bactéries pathogènes ou à la formation des poisons résultant de leur collision avec les éléments anatomiques défenseurs de l'organisme.

De l'absorption des médicaments par la peau saine. Application à la médication salicylée. — M. LINOSSIER, en son nom et au nom de M. Lannois, fait une communication sur ce sujet. Il rappelle que, dans leurs recherches sur l'absorption du gaïacol, ils ont montré que la peau saine est capable d'absorber certains médicaments à des doses bien supérieures aux doses thérapeutiques usuelles. C'est ainsi qu'ils ont pu trouver plus de 3 grammes de gaïacol dans l'urine de vingt-quatre heures de sujets ayant subi un badigeonnage avec cette substance.

Leurs nouvelles expériences ont trait au salicylate de méthyle, substance qui constitue les neuf dixièmes de l'essence de Wintergreen commerciale, et qui, prise à l'intérieur, possède, d'après Nothnagel et Rossbach, pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, toutes les propriétés du salicylate de soude. Elle se transforme d'ailleurs en salycilate de soude dans le sang.

Ce corps, appliqué sur la peau, est très facilement absorbé par elle. Après application de 4 grammes sur la cuisse d'un malade, on peut trouver dans l'urine des vingt-quatre heures jusqu'à 1gr3 d'acide salicylique. Il s'en élimine en même temps une assez grande quantité par l'intestin, ainsi que les auteurs ont pu le constater par l'analyse des matières fécales.

L'élimination urinaire quotidienne est régulière au cours d'un traitement prolongé. Il n'y a aucune altération de la peau.

Le salicylate de méthyle est absorbé, comme le gaïacol, à l'état de vapeurs. MM. Linossier et Lannois en ont donné la démonstration en constatant l'absorption du médicament maintenu par un manchon en toile métallique à une certaine distance de la peau.

La technique des applications cutanées de salicylate de méthyle est celle des badigeonnages de gaïacol. Le liquide est étalé au pinceau, ou uniformément répandu à l'aide d'un compte-gouttes sur un membre, habituellement la cuisse. Le badigeonnage est recouvert d'un tissu imperméable, pour empêcher la diffusion des vapeurs, et entouré d'ouate pour maintenir une température favorable à la volatilisation. Le tout est maintenu en place vingt-quatre heures.

MM. Linossier et Lannois ont employé, en général, la dose de 4 grammes de salicylate de méthyle. Si on voulait employer une dose plus élevée, il faudrait verser le liquide sur une bande de gaze roulée autour du membre, et capable de le retenir par imbibition. L'incorporation du médicament à l'axonge ou à la vaseline paraît diminuer l'absorption.

Les indications des badigeonnages de salicylate de méthyle sont celles du salicylate de soude. Ils ont l'avantage de ne fatiguer en rien les voies digestives et de pouvoir constituer, en même temps, une médication locale applicable *loco dolenti*.

MM. Linossier et Lannois pensent que bien d'autres substances que le gaïacol et le salicylate de méthyle pourraient être introduites dans l'organisme par la voie cutanée. Ce sont, d'après eux, les substances qui, malgré un point d'ébullition élevé, possèdent à la température ordinaire un certain degré de volatilité, tel l'eucalyptol. Or, étant donné que les voies digestives des tuberculeux doivent être ménagées avec un soin extrême, étant donné d'ailleurs que les injections sous-cutanées constituent un traitement difficile, quand il s'agit de faire pénétrer des doses un peu élevées de médicaments, n'y aurait-il pas intérêt à employer l'eucalyptol, comme le gaïacol, en badigeonnages?

LECTURE

Mortalité, natalité et immigration à Toulouse. — M. MOSSÉ (de Toulouse) dit que, de 1875 à 1889, la moyenne quotidienne des décès à Toulouse était inférieure à 10. Ceci se passait avant l'apparition de la grippe. Dès que cette maladie se fut établie, la moyenne des décès monta à 13 et atteignit 20 au moment de l'année de l'épidémie. On a constaté la même progression rapide mais moins marquée lors des épidémies suivantes.

La courbe de la natalité s'infléchit neuf mois après la période épidémique.

L'écart annuel entre les chiffres de la natalité et ceux de la mortalité s'accentua bien davantage après l'épidémie de grippe.

La courbe de la nati-mortalité n'a pas été modifiée.

L'immigration a été de plus de 40000 âmes de 1875 à 1895, ce qui entraîne la dépopulation des campagnes.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. LE DENTU signale quelques lésions rares qu'il a observées dans le cæcum. Dans un cas, il a trouvé une perforation par ulcération dysentérique; dans un autre cas, il a constaté une perforation par ulcération gangréneuse; dans un troisième cas, le sphacèle s'était étendu de l'appendice au cæcum.

Relativement à la pathogénie, M. Dieulafoy invoque un rétrécissement inflammatoire ou un corps étranger obtu-

rant la lumière du canal appendiculaire. M. Le Dentu n'a trouvé qu'une seule fois un calcul. Tout rétrécissement est précédé d'une inflammation. Or, de quelle nature est ici cette inflammation? M. Le Dentu estime que le mécanisme de cette inflammation nous en est encore inconnu. M. Roux admet l'hérédité dans 40 p. 100 des cas. L'appendicite familiale paraît donc bien vraisemblable. Toutefois, M. Le Dentu n'en a pu observer d'exemples.

M. Le Dentu aborde la question du traitement de l'appendicite. Il rappelle l'aphorisme par lequel M. Dieulafoy a terminé sa communication : « On ne se repent jamais d'être intervenu trop tôt, on se repent souvent de n'être pas intervenu en temps opportun. »

Au point de vue du traitement, M. Le Dentu estime qu'il faut diviser les appendicites en trois ou quatre catégories; voici, par exemple, un jeune homme qui présente tous les signes d'une appendicite, mais il conserve un bon facies, le teint reste rosé, la fièvre n'est pas trop élevée; dans ce cas, il faut attendre, en exerçant toutefois une surveillance des plus attentives; il faut attendre et laisser la maladie marcher vers la guérison. Comment se fait cette guérison? Soit par résorption du pus, puisqu'il est admis qu'il y a toujours du pus, soit par ouverture spontanée dans l'intestin. Donc pour ces petits cas bien déterminés, il n'y a pas à s'alarmer, et on peut attendre en se tenant prêt à tout événement. Toutefois, ces malades sont, ainsi que l'a dit M. Roux, des candidats à la récidive. Or, il y a des chirurgiens qui prétendent que, dans ces cas, il faut toujours en arriver à l'opération tardive ou à l'opération à froid.

M. Le Dentu se demande donc s'il faut toujours proposer l'opération à ces malades. Il ne pense pas que cette opération s'impose, car il a vu, chez plusieurs de ses malades, des guérisons définitives et qui se maintiennent depuis quinze et vingt ans. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'une opération sans gravité, il ne la refuserait pas si, devant les chances toujours possibles de récidive, le malade la demandait.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Le Dentu insiste sur la nécessité, lorsqu'on va à la recherche de l'abcès, de ne pas rompre les adhérences qui se sont formées; il faut ouvrir largement, aller à la recherche de l'appendice, s'il est libre, l'enlever; s'il est fixe, le laisser; s'il est perforé, la suturer. Voilà la conduite à tenir lorsque l'abcès siège en avant du cæcum. L'opération devient plus difficile et plus dangereuse, s'il s'agit d'un abcès rétro-cæcal.

Il est des cas où les accidents s'exagèrent avec une extrême rapidité, où la péritonite se généralise d'emblée et reste généralisée. Dans ces cas, il faut intervenir immédiatement. Les risques sont ici beaucoup plus grands, l'intervention est grave, mais il ne faut pas hésiter à intervenir, car c'est incontestablement le seul moyen de sauver le malade. Il s'agit, dans certains de ces cas, d'une septicémie péritonéale suraiguë, et l'on est en présence des accidents communs à toutes les perforations du tube digestif.

Certains signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic : tels la dissidence entre le pouls et la température, l'hyperesthésie de la région cæcale, le teint bistré, la voix cassée. Il ne faut pas, dans ces cas, hésiter un seul instant à intervenir, car ces malades succombent en quelques heures.

RAPPORT

Influence des poussières sur la santé des ouvriers. — M. LANCEREAUX fait un rapport sur le travail de M. Lemaistre (de Limoges), sur l'influence des poussières des fabriques de porcelaine sur la santé des ouvriers.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Résultats de l'examen de 10000 observations de hernies (1), par Paul BERGER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

M. le professeur Berger a communiqué au dernier Congrès français de chirurgie cet important travail, résultat de ses observations recueillies pendant quatre années au Bureau central des hôpitaux de Paris.

Cette statistique, la plus considérable de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, est le résultat d'observations absolument personnelles; tous les malades ont été examinés par l'auteur lui-même, et il a tenu note de toutes les particularités que présentait chaque cas étudié.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, M. Berger examine la fréquence de la hernie dans les deux sexes; dans la seconde, il étudie les relations de la hernie avec l'âge de ceux qui la portent; la troisième renferme l'étude des conditions étiologiques qui ont une influence manifeste sur le développement des hernies; enfin, dans la quatrième, l'auteur passe en revue les complications et accidents des hernies qui s'étaient antérieurement produits, ou qui existaient chez les malades soumis à son intervention.

La considération de ces documents l'amène ensuite à poser des conclusions sur les dangers auxquels exposent les hernies et sur les déductions que l'on peut en tirer au point de vue des indications de l'opération de la cure radicale. Enfin, il montre les dissidences qui existent entre ses résultats et ceux, souvent même contradictoires, de ses prédécesseurs, et en indique les raisons.

Soins à donner aux malades (2) [Hygiène et surveillance médicales], par le docteur DEMMLER, membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'auteur, ancien médecin principal de l'armée, s'adresse surtout aux personnes qui sont appelées à seconder le médecin. Il leur montre comment, par une surveillance intelligente, par l'observation des préceptes hygiéniques, elles peuvent concourir à la guérison du malade, tout en laissant le traitement au médecin seul.

Le livre contient quatre chapitres. Le premier et le deuxième sont consacrés aux soins généraux des maladies hygiène du couchage, propreté et aération des chambres; administration des remèdes, alimentation et hygiène de la convalescence. Le troisième montre avec quel esprit d'ordre l'aide doit surveiller le malade, étudier les symptômes qui se produisent afin de fournir au médecin les indications nécessaires pour le traitement. Le quatrième chapitre enfin est consacré aux règles de l'antisepsie qu'il faut observer en médecine aussi bien qu'en chirurgie. Cette antisepsie s'adresse au malade, au personnel, au matériel et aux locaux.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un arrêté du 21 mars 1896, pris sur l'avis conforme du conseil de surveillance, et approuvé le 24 du même mois par M. le préfet de la Seine, les §§ 5, 6, 7, 8 et 9 de l'article 106 du règlement sur le service de santé, relatifs au tirage des membres des jurys des concours, ont été remplacés par les dispositions suivantes :

§ 5. Nul ne peut faire partie du jury de deux concours consécutifs de même ordre, sauf dans le cas exceptionnel énoncé ci-après, § 8.

§ 6. D'autre part, même s'il ne s'agit pas de concours de même ordre, un membre ayant siégé dans un jury ne peut être de nouveau désigné comme juge qu'après deux années d'intervalle, à dater de la clôture du précédent concours, s'il est médecin, et une année, s'il est chirurgien, accoucheur ou pharmacien. Cette règle ne s'appliquera pas, toutefois, aux concours pour la médaille d'or, pour l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie, pour les emplois d'internes à l'hospice de Brévannes, enfin pour l'emploi de chirurgien ou de médecin de l'hôpital de Berck, de l'hôpital de Forges, de la Fondation Brézin et autres établissements similaires.

§ 7. Dans le cas où le nombre des noms restant à mettre dans l'urne, après les éliminations conformes aux règles énoncées aux §§ 5 et 6 ci-dessus, ne serait pas au moins double de celui des membres à désigner, la liste de ces noms serait complétée au moyen des noms écartés en vertu du § 6.

§ 8. Enfin, dans le cas où, même après cette adjonction, le nombre des noms à mettre dans l'urne serait encore inférieur au double de celui des membres à désigner, on ajouterait à ces noms ceux des membres éliminés en vertu du § 5.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mars 1896, le laboratoire de chimie des Invalides est rattaché à la direction du service de santé, portera le nom de laboratoire du comité technique de santé et sera dirigé par M. Maljean, pharmacien-major de deuxième classe, membre de la section technique de santé.

La section technique de santé est réorganisée et composée ainsi qu'il suit :

M. le médecin principal de deuxième classe Catteau, chef de la section technique; MM. les médecins-majors de première classe Longuet, Dzievonski, Mary et Altemaire; M. Maljean, pharmacien-major de deuxième classe, et M. Bertaux, officier d'administration adjoint de première classe.

Membres externes : MM. les médecins-majors de première classe Chevassus, Mignon, Lemoine, Reverchon; MM. les médecins-majors de deuxième classe Bodinier, Lacronique et Ferraton.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lafont, député de la première circonscription de Bayonne.

— *Asile Sainte-Anne.* — M. le docteur Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, commencera le samedi 18 avril 1896, à neuf heures et demie du matin, un cours complet et élémentaire d'aliénation mentale, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure, avant la leçon de M. le professeur Joffroy.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

212. M. COCARD. Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches. Leur valeur relative.— 213. M. LAUGIER. Des lésions du cordon ombilical et en particulier des lésions syphilitiques. — 214. M. BOIGNARD. Du traitement des plaies pénétrantes de poitrine.— 215. M. BÉCLU. Du rôle et de l'importance des sels minéraux dans l'organisme. Thérapeutique minérale. — 216. M. CHRÉTIEN. Essai sur la fièvre des tuberculeux. Toxicité des crachats. Toxicité des urines. — 217. M. FOURNIER (L.). Contribution à l'étude du traitement de l'obésité par le corps thyroïde. — 218. M. BEAUFORT. Contribution à l'étude de l'embolie dans les cardiopathies infantiles acquises. — 219. M. TOUCHE. De l'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus contre nature. — 220. M. VEUILLOT. La neurasthénie et les états neurasthéniformes. Rôle de l'hérédité névropathique. — 221. M. DARIN. Rapports de l'alcoolisme et de la folie. — 222. M. THIBAUD. Quelques considérations médico-légales à l'occasion d'un rapprochement de faits judiciaires concernant les aliénés. — 223. M. COULON. Considérations sur la nature de la paralysie générale. (Encéphalite parenchymateuse.) — 224. M. PERRIN. Les mariages consanguins et leurs conséquences. — 225. M. PUPIN. Le neurome et les hypothèses histologiques sur son mode de fonctionnement. Théorie histologique du sommeil. — 226. M. BUREAU (P.). De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. — 227. M. ROQUES. Contribution à l'étude de l'ectropion non cicatriciel. Pathogénie. Traitement. — 228. M. RUELLE. De l'albuminurie dans la grippe. — 229. M. LOMBARDINI. Contribution à l'étude clinique de l'oblitération de la veine cave inférieure. — 230. M. D'ALCHÉ. Migraine ophtalmoplégique. (Paralysie oculo-motrice périodique.) — 231. M. PINGANAUD. Contribution à l'étude sur la sclérose latérale amyotrophique.

REVUE GÉNÉRALE

Les lésions osseuses d'origine typhique.

Par M. Georges Paul-Boncour,

Interne des hôpitaux de Paris.

I

Aperçu historique. — L'histoire des lésions osseuses d'origine typhique est relativement récente. La clinique et l'étiologie générale en ont été d'abord étudiées; ce n'est que dans ces dernières années, que des recherches expérimentales et bactériologiques ont fixé la pathogénie d'une manière à peu près certaine.

Dans le cours de cette revue, nous citons un certain nombre de travaux; nous ne ferons ici qu'énumérer les principaux auteurs dont nous nous sommes inspiré.

En 1854, Chassaignac publie son *Traité des suppurations ;* peu après paraissent la thèse d'agrégation de Maisonneuve, les thèses d'Augé (1862), de Masse (1867), Drouin (1869), Sezary (1870), Bruant et Auboyer (1873). Sir Paget (1876) signale, le premier, en Angleterre, la périostite comme complication de la fièvre typhoïde. En 1878, paraît le travail de W. Keen sur les complications chirurgicales des fièvres continues.

En 1879, article de Mercier dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* et thèse de Levesque.

En 1880, thèse de Rondu, inspirée par le professeur Landouzy.

En 1883, thèse d'agrégation de Hutinel et leçon de Terrillon à la Charité.

En 1885, thèses de Hulin et Courcenet.

En 1887, la thèse de Bourgeois résume les travaux parus sur la question, et, l'année suivante, Martha publie dans la *France médicale* deux observations nouvelles.

Sacchi (de Venise) fait paraître, en 1889, une étude sur les périostites consécutives à la fièvre typhoïde.

Citons encore la leçon de Schwartz sur les ostéites typhoïdiques, les observations de Orloff et de Valentini, la communication de Achalme à la Société de biologie (1890) et celle de Fürbringer au Congrès de Vienne. La thèse de Bosnières, de la même année, met au point la question.

En 1891, Achard étudie les ostéomyélites et leurs microbes.

Cornil et Péan communiquent à l'Académie de médecine une observation remarquable, et Pein soutient sa thèse sur l'action pyogénique du bacille typhique.

Dupraz et Colzi rapportent deux observations de lésions osseuses dues au bacille typhique purulent. Melchior relate un autre cas intéressant de suppurations multiples à bacille d'Eberth.

En 1893, nous citerons la thèse de Déhu, la monographie de Chantemesse et Widal et la communication de Achard et Broca à la Société médicale des hôpitaux.

L'année 1894, nous trouvons, parmi les publications, le Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os, de Gangolphe; Mauclaire décrit les ostéomyélites de croissance, Brun rapporte deux observations, et Dardignac deux autres cas dans une communication à la Société de chirurgie.

Enfin, dans une excellente thèse que nous aurons l'occasion de citer à différentes reprises, Dupont étudie, à tous ses points de vue, l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde.

II

Étiologie. Fréquence. — Les lésions osseuses observées dans le cours, au déclin ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde n'ont pas une fréquence extrême. En effet, Fürbringer, dans ses relevés, n'a trouvé cette manifestation que cinq fois sur seize cents cas.

Il faut néanmoins remarquer, que parmi toutes les pyrexies, c'est la fièvre typhoïde qui s'accompagne le plus souvent de lésions osseuses. Keen, sur 50 cas de lésions portant sur les os et ayant évolué à la suite d'une fièvre grave, a trouvé 39 fois la fièvre typhoïde comme cause efficiente.

Sans anticiper sur ce que nous dirons ultérieurement, on peut cependant attribuer à ces lésions une fréquence plus grande. Les faits relatés au cours des mémoires de Keen, de de Fürbringer, de même que ceux qui se trouvent dans la thèse de Dupont (1) n'accordent pas une importance assez grande à des cas bénins, où il y a eu quelques douleurs et un accroissement assez notable de la taille, souvent accompagné de vergetures.

Nous verrons que ces faits sont sous l'influence des lésions des parties ostéogéniques de l'os et que, comme tels, ils peuvent faire varier la statistique.

Age. — Tous les auteurs sont unanimes, pour affirmer que le maximum des cas de complications osseuses post-typhiques s'observe au-dessous de vingt-cinq ans.

Pour Hutinel (2), on les rencontre surtout chez l'enfant, quelquefois de vingt à vingt-cinq ans, rarement après.

Sur 52 cas de Bourgeois (3), il y en a 41 avant vingt-cinq ans.

Chantemesse donne la proportion de 9 cas sur 13 entre onze et vingt-deux ans; Keen celle de 30 sur 40 avant quinze ans.

De cette statistique, on peut tirer cette conclusion capitale pour établir la pathogénie de l'affection : la grande majorité des cas de ce genre a été rencontrée avant l'âge où le squelette a atteint son complet développement. Il est facile de concevoir, ainsi que le fait remarquer Mauclaire (4), qu'à cet âge la moelle est dans un état de suractivité purement physiologique, qui peut se transformer en véritable inflammation sous l'influence du virus typhique.

L'inflammation osseuse d'origine typhique peut cependant s'observer à un âge avancé : on a rapporté des cas survenus à soixante-six et soixante-dix ans.

Sexe. — Les deux sexes ne sont pas également frappés puisque Bourgeois trouve 36 cas chez l'homme pour 4 chez la femme. Gangolphe (5) aboutit à une conclusion analogue. Ces opinions ne doivent peut-être pas être acceptées sans réflexion. Il est nettement prouvé que la fièvre typhoïde se rencontre plus fréquemment dans le sexe masculin. De différents relevés, on peut conclure en chiffres ronds qu'il y a environ 3390 hommes atteints contre 1876 femmes; or, ne faut-il pas chercher dans ce fait la moindre fréquence des complications osseuses chez la femme ?

(1) Dupont. *De l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1894.

(2) Hutinel. *Étude de la convalescence et des rechutes de la fièvre typhoïde*, Th. d'agrég., 1883.

(3) Bourgeois. Th. de Paris, 1887.

(4) Mauclaire. *Ostéomyélites de croissance*, 1894.

(5) Gangolphe. *Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os.*

Les proportions moindres chez cette dernière seraient donc purement relatives.

Influence de la forme de la fièvre typhoïde. — Une question doit se poser tout d'abord :

Y a-t-il un rapport entre la gravité de la fièvre typhoïde et la fréquence des lésions osseuses ?

Chantemesse et Widal (1) pensent que c'est surtout consécutivement aux formes à rechutes et aux formes prolongées qu'apparaît l'ostéomyélite typhique. Du reste, la lecture des faits publiés dénote manifestement qu'il en est ainsi, et que ce sont les cas graves qui s'accompagnent le plus fréquemment des lésions osseuses.

La simple observation clinique permet de répondre à une deuxième question : la durée de la convalescence et l'apparition des lésions osseuses inflammatoires ont-elles des relations ? On peut répondre par l'affirmative. Si le rapport n'est pas constant, il est au moins très fréquent ; l'interprétation a soulevé des discussions. Les uns pensent que cette prolongation de la convalesceece est engendrée par l'existence même de la lésion osseuse. Dupont (2), au contraire, est d'avis que la durée de la convalescence est influencée par l'infection typhique, et il se base sur ce fait très convainquant « que l'on observe fréquemment des malades atteints de lésions osseuses post-typhiques même multiples, sans qu'il y ait retentissement sur l'état général, qui reste satisfaisant ».

Epoque d'apparition. — L'ostéomyélite a été observée à diverses périodes de l'infection. Mercier (3) donne un cas où la fièvre typhoïde et l'ostéomyélite commencent en même temps. Ebermaïer (4) a vu un cas débuter au treizième jour de la maladie. Ces cas de précocité sont rares.

La grande fréquence de l'inflammation osseuse se rencontre durant la convalescence et lorsque celle-ci est bien établie. Pour Dupont, le maximum de fréquence est de la sixième à la huitième semaine après la chute de la fièvre.

Martha (5) est d'avis que la maladie frappe les enfants et les adolescents du trentième au cinquantième jour. Les cas où la lésion est survenue tardivement sont rares, sans l'être cependant autant que ceux où elle est précoce. On l'a vue survenir après un ou deux mois de convalescence. Martha cite un cas de Keen où elle se fit attendre un an.

Etat antérieur du sujet. — Hutinel (6) pense que les enfants scrofuleux et lymphatiques offrent un terrain propice à une localisation sur le système osseux. Jobert de Lamballe était d'avis qu'une contusion, même minime, pouvait être suivie de nécrose, de périostite, d'ostéite chez les individus d'une constitution affaiblie, surtout chez les jeunes gens et les adultes.

Siège. — Tout os peut être envahi par l'inflammation, mais les os longs sont atteints de préférence.

Les os du membre inférieur, particulièrement le tibia qu'il faut mettre en première ligne, sont le plus souvent atteints. C'est l'opinion de Chantemesse et Widal. Keen, sur 77 cas, a vu le membre inférieur atteint 42 fois.

(1) Chantemesse et Widal. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 novembre 1893.
(2) Dupont. Loc. cit.
(3) Mercier. *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1879.
(4) Cité par Pein. Th. de Paris, 1891.
(5) Martha. *France méd.*, 4 avril 1888.
(6) Hutinel. Loc. cit.

Sur un même nombre de faits, Bourgeois (1) a constaté 48 fois l'envahissement du membre inférieur.

Ces 48 cas se répartissent ainsi :

Tibia	31
Fémur	16
Péroné	1

Bourgeois conclut qu'après le membre inférieur vient immédiatement le membre supérieur ; sur 14 cas affectant ce dernier, il a rencontré :

7 cas portant sur l'humérus,
5 — — le cubitus,
2 — — le radius.

On trouve également des observations d'ostéomyélite des autres os : maxillaires, frontaux, clavicule, sternum, métacarpiens, phalanges, os du bassin, calcanéum, rotule (2), côtes (3).

Plusieurs os peuvent être atteints simultanément ou successivement.

Traumatisme. — On a invoqué le traumatisme et même de simples contractions musculaires pour expliquer la fréquence de certaines localisations osseuses. Terrillon (4), en particulier, leur attribue un rôle considérable et insiste sur leur gravité chez les sujets débilités. Des expériences nombreuses et des observations cliniques (5) confirment cette opinion.

Dupont (6), tout en admettant l'importance du traumatisme dans la production de l'ostéomyélite, pense avec raison « qu'il ne faut pas en faire une condition *sine qua non* du développement et de la localisation de l'ostéite post-typhique ».

La preuve de ce qu'il avance est fournie par ces cas de suppuration osseuse chez des malades qui n'avaient pas quitté leur lit. Il serait peut-être excessif d'invoquer ici une contraction musculaire.

III

Pathogénie. — Au début, on regardait les suppurations osseuses comme des phénomènes critiques, on les assimilait aux suppurations survenant à la suite des maladies graves. Keen (7) les attribuait à des troubles trophiques dépendant du système vasculaire.

Les recherches nombreuses et la simple observation ont prouvé que toute fièvre typhoïde entraînait un trouble congestif de la moelle osseuse. La croissance exagérée des membres à la suite de la maladie, des vergetures souvent rencontrées étaient autant d'indices permettant d'affirmer qu'il se produit fréquemment un allongement rapide des os après la fièvre typhoïde.

Hutinel (8) avait exposé clairement cette théorie.

(1) Bourgeois. Loc. cit.
(2) Schwartz, Ostéites typhoïdiques, *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 6 juin 1889.
(3) Helferich. *Fréquence des périostites et des périchondrites costales consécutives à la fièvre typhoïde.*
(4) Terrillon. Des périostites consécutives à la fièvre typhoïde, *Prog. méd.*, 1884.
(5) Mercier. Loc. cit.
(6) Th. de Dupont, p. 19.
(7) Keen. *Complications chirurgicales des fièvres continues, et en particulier de la fièvre typhoïde.*
(8) Hutinel. Loc. cit.

Dans les os en voie de formation et d'accroissement, toutes les parties constitutives (moelle, couche sous-périostique) sont le siège d'un travail actif de prolifération.

Sous l'influence d'une fièvre typhoïde, le travail s'exagère au point de produire un allongement plus ou moins marqué. Si le malade se trouve dans des conditions particulièrement anormales, s'il est débilité, le travail congestif dévie et au lieu d'aboutir à une formation osseuse, il arrive à la production d'une phlegmasie.

Verneuil, au Congrès de Rouen (1883), parle de germes typhiques attendant « une cause déterminante » quelconque pour produire l'inflammation. Rondu (1) avait déjà émis la même idée. Ce sont les premières tentatives faites pour marquer l'influence d'un germe morbide.

Bourgeois (2), sans nier l'action du bacille typhique et tout en reconnaissant qu'il existe longtemps dans l'organisme après la guérison de la dothiénentérie, ne considérait les lésions osseuses que comme un accident indirect.

Freund et Obermaier admettent la localisation osseuse du bacille d'Eberth.

Enfin, Bosnières (3) ne doute pas que « le facteur qui joue le rôle principal dans la pathogénie des lésions osseuses typhiques soit le bacille d'Eberth », et il en donne des preuves.

De nombreuses expériences et des examens bactériologiques confirment les opinions qui précèdent et éclairent la pathogénie des lésions osseuses. En voici les résultats :

1° Ebermaïer (4) ensemence des tubes avec de la moelle osseuse de typhiques morts, et trouve des cultures de bacille typhique.

2° Les expériences de Wyssokowitsch (5) montrent que le bacille d'Eberth occupe avec prédilection la moelle osseuse qui, après la rate, renferme le plus de microbes.

3° Bosnières (6) trouve ce fait naturel en raison de l'assimilation du rôle physiologique de ces deux tissus.

4° Chantemesse et Widal (7) aboutissent aux mêmes conclusions et, de plus, établissent la fréquence avec laquelle le bacille se trouve dans les os, alors qu'il n'existe pas ailleurs.

5° Les inoculations faites par Klemm à des lapins d'âges différents, nous apprennent qu'une injection sous-cutanée de culture pure du bacille d'Eberth ne donne aucun résultat. Les injections intra-veineuses provoquent, au contraire, des altérations anatomo-pathologiques.

6° Enfin, la communication de Colzi (8) établit le rôle du traumatisme dans la production des lésions.

Par où débute l'infection? — Nous citerons l'opinion de Dupont (9) : « Même dans les cas où le malade paraît atteint d'une périostite simple, nous croyons que c'est par la moelle osseuse que l'infection débute et se propage; en effet, Ebermaïer, dans plusieurs cas de périostite, a trouvé le bacille typhique dans la moelle osseuse voisine. »

Le bacille traverse la moelle et se rend au périoste.

(1) Rondu. Th. de Paris, 1880.
(2) Bourgeois. Loc. cit.
(3) Bosnières. Th. de Paris, 1890.
(4) Ebermaïer. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1889.
(5) Wyssokowitsch. In Th. de Dupont.
(6) Bosnières. Loc. cit.
(7) Chantemesse et Widal. *Arch. de physiol.*, 1887.
(8) Colzi. Mémoire présenté à la Soc. de chir., *Lo Sperimentale*, 1890, p. 623.
(9) Dupont. Loc. cit., p. 26.

Microbisme latent. — Bosnières est d'avis que le bacille peut rester longtemps dans l'économie, tantôt à l'état latent, tantôt en se manifestant par une allure spéciale de la maladie (formes prolongées de la fièvre typhoïde), tantôt en se dévoilant par des accidents variés, par exemple les suppurations. Nous nous trouvons ici en face de ces cas dont Verneuil parlait souvent, dans lesquels il y a microbisme latent : sous une influence connue ou ignorée, l'agent infectieux redevient purulent.

Bactériologie. — De ce que les os sont atteints dans le cours de l'infection typhique, il ne faut pas conclure que le bacille d'Eberth puisse seul être incriminé. Les manifestations osseuses suppurées, à la suite de la fièvre typhoïde, peuvent être sous la dépendance d'agents microbiens nombreux. En établissant des divisions d'après la fréquence du bacille d'Eberth, on distinguera les trois groupes suivants :

a. Ostéomyélites à bacille d'Eberth seul;
b. Ostéomyélites à bacille d'Eberth uni à un autre microbe;
c. Ostéomyélites où le bacille d'Eberth manque.

a. *Ostéomyélites où le bacille d'Eberth est seul.* — La fréquence du bacille typhique dans les os n'est plus à prouver. Il n'est pas aussi universellement admis que seul il puisse produire la suppuration.

Les expériences de Colzi indiquées antérieurement concluent en faveur de l'affirmative.

Des travaux nombreux sur le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth se sont succédé dans ces dernières années, et ont contribué à établir cette notion que des observations nombreuses sont venues confirmer.

Nous citerons les recherches d'Orloff (1), de Baumgarten (2), de Fränckel, de Gasser (3), de Roux et Vinay (4); les observations d'Ebermaïer (5), de Valentini (6), d'Achalme (7), de Gilbert et Girode (8), de Raymond (9), de Péan et Cornil (10) aboutissent à cette conclusion : « Le bacille d'Eberth acquiert quelquefois un pouvoir pyogène. »

Les observations de Achard et Broca (11), de Sulton (12), de Buschke (13), de Klemm et Claude (14), conduisent au même principe.

Dupont constate, de plus, que les suppurations dues au bacille typhique ont une prédilection marquée pour le système osseux. En effet, sur 50 observations de suppurations post-typhiques, dans lesquelles on a trouvé du bacille d'Eberth pur 19 fois, ce sont les os qui sont atteints.

b. *Ostéomyélites à bacille d'Eberth, associé à d'autres microbes.* — Les associations microbiennes dans la fièvre typhoïde

(1) Orloff. *Wratsch*, 1890, nos 45 et 46.
(2) Cité dans la thèse de Michon. *Agents pathogènes de la suppuration dans la fièvre typhoïde*, Lyon 1890.
(3) Gasser. *Études bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde*, 1890.
(4) Roux et Vinay. *Province méd.*, 1888.
(5) Ebermaïer. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1889, p. 140.
(6) Valentini. Cité dans Th. de Pein, 1890.
(7) Achalme. Soc. de biol., 21 juin 1890.
(8) Gilbert et Girode. Soc. de biol., 27 déc. 1890.
(9) Raymond. Soc. méd. des hôpit., 20 fév. 1890.
(10) Cornil et Péan. Acad. de méd., 14 avril 1891.
(11) Achard et Broca. Soc. méd. des hôpit., 25 déc. 1893.
(12) Sulton. *Deuts. Med. Wochens.*, 23 août 1894.
(13) Buschke. *Forschr. der Med.*, août 1891.
(14) Claude. Un cas d'ostéo-périostite suppurée à bacille d'Eberth, *Rev. de clin. chir.*, 1894.

ont été l'objet d'une communication de Vincent. Sur 19 cas mortels, 11 fois il a trouvé le bacille d'Eberth associé à d'autres microbes. Il les a constatés 1 fois dans la rate, 2 fois dans la rate et les ganglions mésentériques, 2 fois dans la rate, les ganglions mésentériques et le foie, 6 fois dans tous les tissus.

Il conclut que la preuve de l'action spécifique de ces microbes résulte de leur généralisation. Il trouve :

Le streptocoque associé au bacille typhique,		2 fois.
Le bacterium coli	—	1 —
Le proteus vulgaris	—	1 —
Des microbes indéterminés	—	2 —

Les staphylocoques blancs et dorés ont été souvent trouvés dans la rate et le foie, etc.

L'expérimentation ne donne pas des résultats probants. Les injections de Klemm et de Roux, faites sur un sujet avec des cultures mélangées (bacille d'Eberth et staphylocoque), ne semblent pas contraires à l'idée des associations microbiennes, malgré la survivance unique du staphylocoque. On peut, en effet, penser que la vitalité du bacille typhique est moindre que celle du staphylocoque, et que, dans les suppurations osseuses, il y aurait d'abord coexistence du microbe pyogène et du bacille d'Eberth, puis, par la suite, disparition de ce dernier.

c. *Ostéomyélites sans bacille d'Eberth.* — Ce sont les ostéomyélites de beaucoup les plus nombreuses. Fränckel rattache toutes les suppurations de la fièvre typhoïde à des infections secondaires. Netter, dans 16 cas de suppurations post-typhiques, n'a jamais trouvé le bacille d'Eberth, il a constaté la présence de staphylocoques, de streptocoques et de pneumocoques. Schede, dans 10 cas, obtient les mêmes résultats. Moizard, dans un cas, a trouvé du staphylocoque doré.

En résumé, il faut admettre que le bacille d'Eberth peut être pyogène. Plus rarement on trouve le bacille typhique associé à un autre microbe pyogène. Ces cas ont encore besoin d'être appuyés sur des expériences plus convaincantes. Enfin, et malgré l'opinion d'Orloff qui prétend que toute suppuration post-typhique est à bacille d'Eberth, on doit admettre comme plus fréquents les cas où les agents pyogènes sont seuls cause des suppurations osseuses.

Porte d'entrée des agents infectieux. — Le bacille d'Eberth pénètre par les lymphatiques et les veines au niveau de l'intestin. La richesse vasculaire de la rate et de la moelle explique bien leur pullulation au niveau de ces viscères.

Les autres microbes pyogènes trouvent une porte d'entrée facile dans l'économie par les eschares, les solutions de continuité de la peau, les érosions des muqueuses et surtout les ulcérations intestinales.

II

Anatomie pathologique. — La lésion osseuse siège sur la diaphyse des os longs et non dans la région juxta-épiphysaire, comme dans l'ostéomyélite des adolescents. Cette lésion est nettement circonscrite et ne montre pas de tendance à l'envahissement [Dupont et Schwartz (1)].

Bosnières, dans sa thèse, crée des formes cliniques correspondant aux formes anatomo-pathologiques et décrit les douleurs, la périostite, l'ostéo-périostite, l'ostéomyélite, la nécrose, l'exostose.

Ces types, impossibles à différencier cliniquement, ne se distinguent pas plus au point de vue anatomo-pathologique. Il y a, en somme, une lésion inflammatoire, l'ostéomyélite, qui envahit diversement les parties constitutives de l'os, et à l'autopsie on ne trouve aucun type parfait.

Il ressort des observations, et c'est aussi l'opinion de Schwartz, que c'est la couche médullaire sous-périostée qui est prise le plus souvent par l'inflammation; viennent ensuite la moelle intra-canaliculaire et la moelle centrale.

État de la moelle. — Elle est ramollie et présente une congestion plus ou moins intense, mais généralement appréciable à l'œil nu. La couleur varie du rouge vif au rouge foncé, au lieu de présenter la teinte jaune habituelle chez l'adulte, elle simule la moelle rouge de l'enfant.

On y trouve une quantité de globules dépassant la normale et une diminution de la graisse.

État du périoste. — Le périoste est épaissi, tuméfié, il y a une injection sanguine considérable, il est sans adhérence à l'os. Quand la suppuration survient, on trouve sous le périoste un liquide jaune ou blanc, quelquefois teinté en rouge. D'autres fois, il est crémeux et, même sans qu'il y ait une nécrose apparente du tissu osseux sous-jacent, on y trouve de petites parcelles osseuses. Quand, au contraire, le canal médullaire est envahi par le pus, les séquestres sont plus abondants et plus volumineux.

Cette présence continuelle, ou à peu près, de parcelles osseuses est un argument en faveur de la lésion générale de l'os, et non en faveur de la systématisation de la lésion osseuse, comme le voulait Bosnières.

Au lieu de suppurer, l'ostéomyélite peut subir une autre transformation; on se trouve alors en face d'un processus de production, en face d'une excitation du pouvoir ostéogénique de la couche profonde du périoste : l'aboutissant de ce processus est une hyperostose.

État du tissu osseux. — Sous le périoste, l'os est plus rouge, plus vasculaire, les canalicules de Havers se perçoivent facilement sous l'aspect de sinuosités rouges ou d'un fin pointillé; cette apparence tient à leur dilatation. Ils sont gorgés d'une substance rougeâtre qui n'est autre que la moelle hypérémiée entourant les vaisseaux dilatés par le sang.

Dupont décrit une forme particulière, observée par Tédenat. Cette forme surviendrait à la suite de maladies générales, et en particulier à la suite de la fièvre typhoïde. Tédenat lui a donné le nom d'ostéo-périostite hémorragique; le liquide collecté sous le périoste n'est pas du pus, mais du sang de couleur claire et le plus souvent fluide. Rarement il est coagulé. Le caractère propre de cette forme serait la lenteur avec laquelle le liquide se transforme en pus. Il pourrait s'écouler des mois sans que cette purulence survienne. L'examen microscopique y dévoile néanmoins des globules de pus.

Citons encore une forme anatomo-pathologique spéciale, de Cornil et Péan (1). Il s'agit d'une jeune fille présentant trois exostoses consécutives à une fièvre typhoïde. A leur niveau le tissu osseux était dur, mais à l'intérieur il y avait une cavité plongeant dans le tissu compact et remplie d'un tissu rose très vasculaire, demi-transparent, comme des

(1) Schwartz. Ostéites typhoïdiques, in *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, 6 juin 1889.

(1) Cornil et Péan. Loc. cit.

fongosités de tumeur blanche ; la paroi de la cavité était dure et éburnée. Le périoste était épaissi et infiltré.

Symptômes. — Les aspects cliniques sont variables, néanmoins il ne faut pas les multiplier à l'excès.

Déhu (1) et Mauclaire (2) décrivent : 1° une forme rhumatoïde ; 2° une forme aiguë suppurée, avec accidents locaux et état général accentué ; 3° une forme chronique, sans fièvre, suivie de suppuration ; 4° une forme chronique, avec douleurs et formation d'exostoses.

Ces formes, dissemblables dans leur terminaison, sont les modalités variables d'un même type et les observations montrent bien, en effet, que, chez un même sujet, on peut observer des exostoses et de la suppuration.

La classification de Bosnières ne correspond ni à la clinique, ni à l'anatomie pathologique.

Dupont simplifie avec raison et décrit deux formes d'ostéomyélites : *a.* forme aiguë aboutissant, tantôt à la résolution, tantôt à la suppuration ; *b.* forme chronique, terminée par suppuration ou exostoses.

Nous adopterons cette classification en y ajoutant, à l'exemple de Déhu et Mauclaire, une forme rhumatoïde.

1° *Forme rhumatoïde.* — C'est une variété fréquente, qui correspond dans sa manifestation la plus atténuée aux cas souvent négligés, quoique nombreux, où il existe quelques douleurs qu'on ne prend pas la peine de localiser et qui sont suivies d'une augmentation rapide de la taille et de l'apparition de vergetures.

Bosnières dit dans ses conclusions : « Il nous semble intéressant de rapprocher des hyperostoses et des exostoses les accroissements de taille souvent très appréciables qui surviennent chez les typhiques. »

On peut même les mettre sous une influence unique, l'infection ; on conçoit que l'irritation médullaire, sous l'influence typhique, puisse varier depuis la simple élongation, avec ou sans douleur, jusqu'à l'ostéo-périostite : il n'y a que des degrés différents dans l'infection osseuse.

A un degré plus marqué on voit survenir, chez un convalescent de fièvre typhoïde, sans cause générale, une élévation de température généralement bornée à 38 degrés ou 38°5.

En même temps, apparaissent des douleurs épiphysaires vagues, s'exagérant spontanément, surtout par la pression, la station debout et la marche. L'acuité est parfois extrême. La douleur, localisée à l'épiphyse, se continue néanmoins à la diaphyse, comme le montre la pression digitale.

Il y a parfois un empâtement péri-articulaire. Un caractère de ces douleurs, que nous retrouvons d'ailleurs dans beaucoup d'observations, aussi bien dans la forme rhumatoïde que dans les formes qui vont suivre, c'est de présenter des exacerbations nocturnes. Cet état peut durer plusieurs semaines, puis, peu à peu, les douleurs disparaissent et la seule trace de l'inflammation osseuse est manifestée par un accroissement exagéré de la taille du malade.

2° *Forme aiguë aboutissant, soit à la suppuration, soit à la résolution.* — Les douleurs et la fièvre ouvrent la scène ; les douleurs sont excruciantes, bien nettement localisées à la diaphyse d'un os long. Elles sont intermittentes ou continues, avec exacerbations souvent nocturnes ; les mouvements les exagèrent. Leur acuité peut devenir extrême et arracher des cris au malade. Elles sont, dans certains cas, accompagnées de contractures musculaires. La fièvre apparaît en même temps : progressivement la température du convalescent, souvent en hypothermie à ce moment, monte à 37°8, à 38 degrés, à 39 degrés et même atteint 40 degrés.

Valentini (1) relate un cas où la période inflammatoire fut longue et très aiguë et s'annonça par une ascension brusque de la température, et par une nouvelle éruption de taches lenticulaires sur l'abdomen.

L'examen du membre à cette période dénote un peu d'œdème limité à la peau. Il n'y a alors aucune transformation de l'os et Dupont fait remarquer que la pression et la percussion, au niveau de cet œdème, ne sont pas douloureuses.

Au bout de deux à quatre jours apparaît le gonflement bien limité ordinairement et qui fait corps avec l'os, ainsi que le révèle la palpation. Il se montre sous forme d'une tumeur dure, résistante, sur laquelle la peau glisse facilement et qui correspond à l'œdème cutané ; la couleur des téguments n'est pas changée en général. La marche varie ensuite suivant l'évolution.

Si l'inflammation tend à se résoudre, la fièvre tombe peu à peu et la tumeur diminue progressivement, elle devient de moins en moins appréciable, les douleurs disparaissent, mais il n'est pas rare qu'elles persistent, alors même qu'on n'observe plus de trace de gonflement. Cette résolution est parfois très longue à se produire et il y a fréquemment des récidives.

Terrillon (2) a vu la tumeur se reproduire six fois, sans jamais aboutir à la suppuration et chaque fois son apparition était accompagnée de fièvre et de douleurs.

Hutinel (3) fait remarquer que les accidents peuvent être multiples et sont souvent symétriques.

Lorsque la suppuration doit se produire, les douleurs augmentent d'intensité, la tumeur prend des proportions plus grandes, la peau devient lisse, rouge et même violacée, l'œdème s'accroit et devient douloureux : cet état local survient environ de une à quatre semaines après la naissance des premières douleurs.

Un examen attentif permet de trouver une fluctuation profonde, fort difficile à percevoir en raison même de cette profondeur, de l'œdème qui gêne, et surtout en raison des douleurs vives que cette manœuvre réveille. Si l'on n'intervient pas pour donner issue au pus, la peau s'amincit peu à peu, s'ulcère et finalement il se crée un orifice irrégulier, par lequel l'abcès se fait jour.

Une périostite superficielle peut fuser et venir s'ouvrir assez loin du point malade (observation de Achard et Broca).

Le pus qui sort a un aspect variable, généralement épais, sans odeur, il est légèrement teinté de sang, quelquefois brunâtre. Les phénomènes généraux s'amendent avec l'ouverture de la collection. La température redevient rapidement normale et les douleurs cessent. Par l'ouverture de la fistule on peut sentir, au moyen d'un stylet, l'état de l'os : suivant l'intensité de l'inflammation osseuse, les lésions sont variables. Bosnières distingue : *a.* des cas où la lésion osseuse est peu manifeste, et qui ne sont pas accompagnés

(1) Déhu. Th. de Paris, 1893.
(2) Mauclaire. *Ostéites de croissance*, 1894.

(1) Valentini. Cité dans Pein, Th. de Paris, 1890.
(2) Terrillon. Les périostites consécutives à la fièvre typhoïde, *Prog. méd.*, 1884.
(3) Hutinel. Loc. cit.

de nécrose ; *b.* des cas où il existe une ostéo-périostite profonde entraînant la nécrose.

Orloff (1), chez une jeune fille, fit une incision et trouva un foyer périostique et un foyer osseux réunis en bouton de chemise.

La terminaison complète de l'affection dépend uniquement de l'état de l'os; c'est cet état qui rend la durée variable. Dans les cas où il n'y a pas de nécrose, la lésion guérit rapidement après un simple tamponnement de la plaie. Si, au contraire, il y a nécrose, la suppuration persiste tant que les séquestres ne sont pas éliminés. Les fistules, dans ce dernier cas, se maintiennent ouvertes, ou bien l'abcès peut se refermer et s'ouvrir de nouveau. Il est des cas où cet état a duré des années et où la fistule n'a été définitivement tarie que lorsque le chirurgien est intervenu pour enlever le séquestre qui entretenait son activité.

Nous avons déjà parlé de ces cas où les suppurations sont multiples et éclatent les unes après les autres.

Formes chroniques. — Chantemesse et Widal avaient signalé des inflammations osseuses évoluant pendant des mois et des années « sous le masque » d'une ostéopathie syphilitique ou des abcès froids de la tuberculose.

Il y a lieu de différencier ces formes typhiques chroniques des formes chroniques de l'ostéomyélite des adolescents distinguées par Poncet (2) en :

a. Ostéomyélites prolongées consécutives à une ostéomyélite aiguë ;

b. Ostéomyélites chroniques d'emblée.

Les premières ne sauraient être confondues.

Les dernières signalées par Demoulin (3) présentent une nécrose de la diaphyse des os longs avec formation d'os périostique, un os nouveau recouvrant l'ancien.

Les ostéites typhiques chroniques sont chroniques d'emblée, mais elles diffèrent totalement au point de vue anatomo-pathologique des formes décrites par Demoulin. Elles aboutissent, en effet, à la suppuration ou à la production d'exostoses.

Le début est toujours le même. Dans la majorité des cas, la douleur apparaît, au déclin de la dothiénentérie, peu intense d'abord, elle peut se borner à quelques élancements, quelques fourmillements ; elle manquait même dans un fait de Levesque (4). En remontant à l'origine de la lésion, on la retrouve cependant presque toujours, mais la période nettement douloureuse peut se faire attendre très longtemps (sept ans).

Parfois aussi intense que dans les formes aiguës, cette douleur est, en général, peu vive, mais elle présente des exacerbations spontanées ou provoquées. Les symptômes objectifs ne tardent pas à se montrer, ils peuvent, du reste, apparaître en même temps que la douleur, on perçoit alors une tuméfaction très petite, « grosse comme une petite noix » (5), ne grossissant qu'avec une extrême lenteur.

La peau reste normale, il n'y a pas de frisson, pas d'élévation de température, l'état général n'est nullement influencé.

L'affection se termine alors par résolution, par suppuration ou par formation d'exostoses.

(1) Orloff. *Wratsch*, 1889, nº 49.
(2) Poncet. *Traité de chirurgie*, t. III.
(3) Demoulin. Th. inaug., Paris 1888.
(4) Levesque. Th. de Paris, 1879.
(5) Achard et Broca. Soc. méd. des hôpit., 15 déc. 1893.

Résolution. — La douleur et la tuméfaction disparaissent après un temps variable, simultanément ou l'une après l'autre ; il n'y a aucune règle fixe à cet égard.

Suppuration. — Cette terminaison est annoncée par une recrudescence de la douleur ou sa réapparition si elle avait disparu, son intensité croît jusqu'à la sortie du pus. La tuméfaction grossit, elle devient fluctuante, elle paraît limitée sous le périoste, la peau qui recouvre est tendue, œdémateuse, légèrement rouge. L'ouverture est ordinairement provoquée chirurgicalement, car l'intensité croissante des douleurs y pousse le plus souvent. L'ouverture spontanée peut se faire attendre longtemps. Dans une observation de Achard et Broca (1), on voit qu'un malade avait depuis onze mois une tuméfaction fluctuante qui fut ponctionnée : le pus qui en fut retiré renfermait du bacille d'Eberth.

Le pus est très abondant, crémeux et sans odeur, il peut être teinté de sang ou même complètement hémorragique.

La guérison est lente, il reste le plus ordinairement une fistule par laquelle il se fait un suintement continuel ou intermittent. Cet écoulement ne cesse qu'à la suite de l'élimination d'un ou plusieurs séquestres. Le chirurgien intervient habituellement, car la fistule est trop étroite pour permettre leur issue spontanée.

L'évolution de cette forme, déjà longue en elle-même, peut encore être allongée par des suppurations multiples et successives. Dans un cas de Achard et Broca, il y eut des suppurations disséminées sur tout le corps, qui firent durer la maladie un certain nombre d'années.

Forme hyperplasique. Exostoses. — Cette forme débute exactement comme la précédente. Les douleurs spontanées disparaissent ou diminuent notablement d'intensité. La tuméfaction ne se ramollit pas, elle devient dure, osseuse, presque insensible à la pression, elle peut même augmenter de volume et devenir grosse comme le poing. Dans ces cas, il y a une déformation complète des membres (Chantemesse) et même de l'impotence.

La peau reste normale, glisse facilement au-dessus de l'exostose qui devient habituellement persistante et que la moindre fatigue rend douloureuse.

Il est rare qu'elles disparaissent spontanément; enfin nous avons vu à l'anatomie pathologique qu'elles peuvent suppurer.

Complications. — Nous ne nous appesantirons pas sur la gravité que peut prendre une lésion suppurative chez un individu déjà affaibli par une longue maladie.

Dans certains cas, les troubles généraux peuvent s'accentuer au point d'amener le collapsus, et la mort s'ensuit. La précocité de la lésion par rapport au début de la fièvre typhoïde serait d'un pronostic fâcheux (2).

L'ostéomyélite typhique peut évoluer avec les symptômes d'une ostéomyélite aiguë (cas de Brun).

Les déformations sont parfois considérables et, dans un cas de Chantemesse, rapporté dans les thèses de Bosnières et Dupont, il y avait une tuméfaction globuleuse des os avec incurvation des membres. Martha a vu une atrophie musculaire consécutive à une poussée aiguë. L'intensité des douleurs accompagnant les exostoses est si forte qu'il y a parfois nécessité d'intervenir.

(1) Achard et Broca. Loc. cit.
(2) Cas de mort d'un malade de Mercier rapporté dans la thèse de Dupont.

V

Pronostic. — Le danger peut venir d'une localisation spéciale de l'affection. L'état antérieur du malade a une valeur capitale, l'infection réagissant beaucoup plus chez un débilité. La plupart des cliniciens regardent cette affection comme bénigne.

D'après Gangolphe, la résolution simple se produit dans les trois quarts des cas.

Schwartz (1) dit : « Tous les auteurs qui ont étudié la question ont été frappés de la superficialité des dégâts et de leur peu d'étendue. » Il ajoute que le pronostic bénin, en général, doit être réservé quant à la durée et à la récidive possible, même après une intervention.

Bosnières attache une grande importance à la rapidité de l'intervention qui, lorsqu'elle est tardive, expose le malade aux complications des suppurations prolongées.

La suppuration peut prendre également un aspect extrêmement grave, tel le cas de Klemm, où une suppuration du fémur s'accompagna de dégagement gazeux d'odeur fétide et, en cinq jours, le malade mourait dans le collapsus.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic doit répondre successivement à ces deux points :

1° Y a-t-il une légion osseuse ?

2° Est-elle sous la dépendance de la fièvre typhoïde ?

1° Nous ne voulons pas refaire un diagnostic détaillé des affections qui peuvent être confondues avec une lésion osseuse quelconque. Nous nous occupons spécialement des lésions d'origine typhique, et c'est uniquement à ce point de vue que nous nous placerons.

Chez un convalescent, on peut rencontrer des douleurs vagues dans les membres avec une légère élévation de température, on fera la distinction avec une névrite ou avec des douleurs articulaires, en tenant compte du siège exact de la douleur et de sa forme. Souvent, du reste, la forme rhumatoïde reste ignorée jusqu'au moment où l'accroissement de la taille et l'apparition des vergetures viennent fixer ou rectifier un diagnostic.

Gosselin décrivait des douleurs sans lésion aucune sous le nom d'ostéo-névralgies ; on les rencontre chez les névropathes et elles ne siègent pas, comme celles d'une ostéomyélite au début, dans la continuité d'un membre.

Il ne nous paraît pas utile d'insister beaucoup sur le diagnostic différentiel de l'ostéite post-typhique à forme rhumatoïde et de l'ostéite rhumatismale ; les commémoratifs et souvent la coexistence de fluxions articulaires permettront d'éviter toute confusion.

Nous ne ferons que signaler également les douleurs ostéocopes de la syphilis qui s'observent ordinairement chez des sujets déjà adultes, et s'accompagnent rarement de fièvre ; on retrouvera, d'ailleurs, d'autres manifestations spécifiques qui viendront établir une différenciation fixée souvent par un simple interrogatoire.

2° En face d'une lésion osseuse, nettement suppurée, en face d'exostoses on doit se demander uniquement quelle est la nature de la lésion. L'état du malade convalescent ou les commémoratifs, qui apprendront l'existence d'une fièvre typhoïde plus ou moins récente, ne doivent pas faire résoudre la question sans discussion. On peut hésiter entre une ostéomyélite post-typhique à forme aiguë et une ostéomyélite des adolescents à forme typhoïde.

L'ostomyélite des adolescents peut revêtir les allures d'une fièvre continue, cependant elle s'accompagne dès le début de douleurs juxta-épiphysaires, qui peuvent même devancer les symptômes généraux, tandis que l'ostéite typhoïdique n'apparaît qu'au moment où l'évolution de la maladie est complètement achevée, ou tout au moins sur le point de se terminer ; de plus, les douleurs, au lieu d'être juxta-éphysaires, sont plus souvent diaphysaires.

Les formes chroniques pourraient, au premier abord, simuler des manifestations osseuses de la tuberculose. Les douleurs existent dans les deux cas, et il y a une évolution également lente et torpide, mais les ostéites de la fièvre continue sont beaucoup plus fréquentes chez les adolescents, tandis que les manifestations bacillaires s'observent surtout chez les jeunes enfants.

En l'absence de commémoratifs, l'examen du malade, la présence d'engorgements ganglionnaires, de cicatrices d'écrouelles, d'abcès froids ayant laissé des traces, l'auscultation des sommets suffiraient pour faire reconnaître la nature des lésions, quand bien même une poussée antérieure de granulie aurait pu simuler une fièvre continue. L'examen du pus est souvent nécessaire.

Les lésions syphilitiques des os doivent être distinguées des exostoses typhiques. La syphilis osseuse peut survenir dès la période secondaire, elle prend l'aspect de périostoses siégeant sur le tibia et le crâne avec douleurs ostéocopes violentes. Les lésions de la période tertiaire (ostéomyélite gommeuse) ont des ressemblances tellement frappantes avec l'ostéite typhique que le diagnostic reste souvent hésitant. Les gommes apparaissent à un âge avancé il est vrai, mais elles siègent sur la diaphyse des os longs, elles sont accompagnées de douleurs avec gonflement, elles arrivent rarement à la suppuration. Les commémoratifs, ainsi que la vue de stigmates révélateurs, permettront le diagnostic.

Le traitement spécifique lèvera tous les doutes.

VII

Traitement. — Étant donné ce que nous savons du rôle du traumatisme, on devra éviter les fatigues et les mouvements exagérés.

Les moyens médicaux, consistant en frictions mercurielles ou belladonées, les révulsifs ne doivent pas être négligés : ils peuvent calmer la douleur. La compression ouatée est douloureuse. En face d'une ostéomyélite, il convient d'intervenir utilement et en temps opportun, il faut donc une grande surveillance. Plusieurs questions doivent se poser :

1° Faut-il intervenir quand on constate la suppuration ?

La réponse n'est pas douteuse et les craintes de Mercier qui redoutait les accidents septiques ne sont plus justifiées. On a objecté que la résolution pouvait se faire. Les cas où elle a été observée sont peu nombreux, si l'on retranche ceux où la guérison n'a pas été durable. Nous avons vu, en effet, des cas où la suppuration disparaît puis reparaît et où des abcès osseux, qui s'étaient terminés par résolution, se réveillaient subitement.

2° Comment intervenir ?

(1) Schwartz. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 6 juin 1889.

L'incision simple n'amène, dans la majorité des cas, qu'une chute de la fièvre et une diminution des douleurs.

Il faudra souvent une conduite plus active.

Nous ne parlons pas des cas où l'état de faiblesse empêcherait le chirurgien d'agir. Comme règle adoptée unanimement ou à peu près, il faut, afin d'éviter les suppurations interminables, inciser en premier lieu largement et profondément jusqu'à l'os, puis au moyen de la curette ou de la rugine nettoyer l'os malade.

La conduite à tenir par la suite variera suivant les cas.

Si, après avoir agi comme nous venons de l'énoncer, on s'aperçoit que le tissu de l'os paraît profondément atteint ou si l'on craint qu'un simple grattage ne suffise pas, on est autorisé à faire la trépanation de l'os.

En présence de formes à symptômes généraux bien accentués simulant l'ostéomyélite des adolescents, on devra systématiquement inciser et trépaner; suivant l'opinion de Poncet (1), nous dirons : « Il vaut mieux faire une trépanation inutile que de ne pas faire une trépanation utile. » Dans tous les cas, l'usage de la bande d'Esmarch rendra des services. Pour les abcès en bouton de chemise il n'y a pas à hésiter, la trépanation s'impose.

Lorsque l'intervention primitive a été insuffisante, ce que la persistance des douleurs et de la suppuration indique, lorsqu'une fistule ne se referme pas, après avoir incisé au bistouri, on va rechercher la cause qui s'oppose à la guérison : si ce sont des fongosités, on les enlève au thermocautère ou à la curette. Il faut veiller à ce que les tissus qui bordent l'orifice fistuleux soient sains et ne pas craindre d'exciser les parties malades.

Dupont (2) indique, comme il suit, la conduite à tenir avec les séquestres.

A. Le séquestre est mobile.

Il faut l'enlever s'il est superficiel; s'il est encore un peu adhérent, il faut le circonscrire à l'aide de la gouge et du maillet et extirper toutes les parties nécrosées.

B. Le séquestre est invaginé et profondément situé.

Pour arriver jusqu'à lui, le stylet doit traverser une certaine épaisseur de la diaphyse et pour le libérer il faut intervenir avec la gouge et le maillet ou appliquer plusieurs couronnes de trépan; c'est la seule façon de supprimer du même coup la suppuration et d'amener la cicatrisation.

Les exostoses peuvent, par leur seule présence, être la cause de douleurs vives, il faut les extirper.

Dans certains cas, même sans suppuration apparente du canal médullaire, la trépanation de l'os a pu seule apporter un soulagement efficace.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1896. — Présidence de M. Monod.

COMMUNICATION

Pathogénie de la pyonéphrite. — M. Bazy, à propos de deux cas récemment communiqués par M. Routier, fait une communication sur ce sujet.

RAPPORT

Traitement chirurgical du cancer du rectum. — M. Quénu fait un rapport sur un travail de M. Gaudier (de Lille), relatif à cette question. M. Quénu fait d'abord remarquer que les progrès de la chirurgie ont reculé et pour ainsi dire supprimé les limites au delà desquelles certains cancers du rectum restaient inopérables. Aujourd'hui on peut ouvrir sans danger le péritoine : aucun épithélioma de la portion terminale du gros intestin n'échappe donc plus à l'action chirurgicale, à la condition toutefois que l'affection soit restée confinée au rectum, qu'il n'y ait pas de dégénérescence secondaire dans les ganglions lymphatiques voisins ou dans les grands viscères tels que le foie par exemple, et que le malade ne soit parvenu à la période cachectique.

Plusieurs modes d'intervention s'imposent suivant le siège de la tumeur, c'est ainsi qu'il convient d'en distinguer plusieurs espèces ou types :

1° Type bas placé dans la région anale;

2° Type haut placé dans la région péritonéale allant jusqu'à l'S iliaque;

3° Type moyen extra-péritonéal;

4° Type intéressant le rectum dans toute son étendue.

M. Gaudier a eu principalement en vue le type haut placé et, après diverses études opératoires sur le cadavre, il propose de l'opérer de la façon suivante : laparotomie médiane, section du rectum au voisinage de l'S iliaque, entre deux ligatures placées sur l'intestin, la tranche supérieure est attirée dans l'angle supérieur de la plaie. Dissection du méso-côlon rectal aussi bas que possible par la voie abdominale, puis incision périnéale comme pour la taille prérectale, dissection de la portion restée adhérente du rectum et extirpation complète du segment inférieur de l'intestin y compris la tumeur.

La plaie est ensuite bourrée de gaze iodoformée et le bout supérieur est fixé à la peau de la région iliaque après une deuxième incision cutanée pour y former un anus artificiel.

Après avoir étudié cette méthode opératoire sur le cadavre, M. Gaudier l'a appliquée avec un succès très modéré sur le vivant, chez un homme de quarante-cinq ans atteint d'un cancer du rectum inaccessible à l'exploration digitale; le malade mourut cinq jours après l'opération, présentant des accidents asystoliques.

M. Quénu estime qu'un seul insuccès ne doit pas faire rejeter cette opération très rationnelle en elle-même et s'adressant à une affection qui, jusqu'ici, n'a jamais été combattue par une méthode radicale.

La séance est levée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique chirurgicale de l'intestin, du rectum et du péritoine, par H. Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie. 1 vol. in-18, reliure en peau pleine, avec 51 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement de la tuberculose par l'altitude, par le docteur G. Lauth, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 300 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) Poncet. *Nouveau Traité de chirurgie*, t. II.
(2) Dupont. Loc. cit., p. 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 mars 1896.

Nous recevions dernièrement les doléances d'un de nos confrères se plaignant amèrement du préjudice, parfois notable, que pouvait occasionner l'inspection médicale des nourrices aux médecins que n'a pas désignés l'autorité administrative. « Tout récemment, nous dit notre correspondant, il m'est arrivé l'aventure suivante :

Au cours d'une de mes tournées, l'on m'apprend que X..., du village voisin, vient de tomber de voiture et s'est fracturé la jambe. X... et sa famille sont mes clients depuis longtemps. Ne doutant pas qu'on soit venu me chercher pendant mon absence, au lieu de rentrer chez moi, je me détourne de ma route et me fais conduire directement au village habité par le blessé, que je trouve effectivement au lit. L'accueil qu'on fait à ma diligence et à ma bonne volonté est plus qu'embarrassé. J'en ai rapidement l'explication. La femme du blessé avait pris un nourrisson depuis quinze jours et elle avait reçu la semaine précédente la visite de M. le médecin-inspecteur des nourrices et, placée maintenant sous son contrôle, elle avait cru bien faire, pour s'attirer ses bonnes grâces, de le charger des soins à donner à sa famille.

Voilà comment, dit notre confrère, je fus évincé d'une famille dont, depuis plus de dix années, j'étais l'unique médecin. »

D'autre part, les fonctions d'un médecin désigné pour l'inspection ne sont pas toujours très commodes. Souvent il lui est fort difficile de faire son devoir sans s'attirer bien des haines et bien des ennuis. D'après l'article 11 de la loi Roussel, le médecin-inspecteur doit consigner ses observations sur le carnet de la nourrice et sur un bulletin désigné au maire et à la commission. Si, à la suite du rapport médical, on retire l'enfant à la nourrice, soit à cause de sa négligence, de sa malpropreté, ou parce qu'elle est atteinte d'une maladie contagieuse, on devine toutes les rancunes et toutes les inimitiés que le médecin-inspecteur va soulever contre lui. Et s'il s'agit de syphilis, devra-t-il mettre un maire, une commission, dans la confidence d'un secret qui ne lui appartient pas ?

Certes, faire son devoir n'est pas toujours facile, et nous avons connu le cas d'un médecin-inspecteur, dont la révocation avait été demandée par le conseil municipal d'une commune, ameuté contre lui parce qu'il était trop soucieux de son devoir. Le préfet n'osa cependant révoquer le médecin qu'il aurait dû féliciter, mais il nomma un deuxième médecin-inspecteur et rogna ses appointements de moitié !

Il y aurait donc mieux à faire que ce qui existe, c'est ce qu'étudie longuement le docteur Paulet dans le *Montpellier médical*. Plus de médecin officiel, conclut notre confrère, mais un médecin choisi par le père ou la mère de l'enfant et rétribué par le département comme précédemment. De la sorte, d'après le docteur Paulet, tout ennui disparaîtrait : le médecin n'a plus d'autorité officielle sur la nourrice, il lui est facile de substituer à la sienne l'autorité du père, et de provoquer, s'il le juge nécessaire, le retrait de l'enfant, sans recourir à une enquête administrative devant laquelle on recule trop souvent.

Nous ne pensons pas que la réforme présentée par notre confrère remédie aux inconvénients qu'il a signalés.

Comment le père peut-il choisir le médecin de son enfant ? La plupart du temps, l'enfant est envoyé dans un pays dont les parents ignorent l'existence, et au hasard du choix de la nourrice, l'enfant partira dans la Brie, la Beauce, la Bourgogne, la Picardie, à moins que ce ne soit dans le Nivernais. Et il en est ainsi pour tous les grands centres. Le père prendra, comme médecin chargé de l'inspection, celui que lui désignera la nourrice, car il n'en connaîtra aucun autre. Aussi la réforme serait-elle souvent pire que l'état actuel, car il est assez anormal de laisser à celui que l'on doit surveiller le soin de choisir son surveillant.

On pourrait, avec la loi telle qu'elle existe, assurer en réalité un bon fonctionnement de l'inspection médicale des nourrices. Il faudrait, d'une part, que l'administration fut parfois mieux inspirée dans le choix de son médecin-inspecteur. On avouera que la compétence préfectorale est nulle pour apprécier les mérites et qualités de tel ou tel d'entre nous, et que son choix se basera sur des considérations bien étrangères à la pratique de notre art. La politique, les relations, la camaraderie, font actuellement tout pour la nomination, et cependant il est inscrit dans la loi que les préfets doivent « choisir de préférence des praticiens que leurs études antérieures et les fonctions qu'ils auraient déjà remplies, paraîtraient rendre plus particulièrement aptes à la mission protectrice que leur conferait l'administration ».

C'est lettre morte, chacun le sait. Et il est étonnant de voir que de compétences spéciales accumulent les favoris

et les élus de l'administration! Souvent c'est le même médecin qui détient toutes les fonctions officielles : inspecteur des nourrices, médecin-légiste, médecin des prisons, des écoles, des épidémies, etc. Il y a parfois un abus vraiment scandaleux, qu'il faut chercher à diminuer dans la mesure du possible.

Pour le médecin-inspecteur des nourrices, dont les fonctions sont parfois si délicates, il nous semble que le préfet pourrait, avec tout avantage, s'éclairer de l'avis du corps médical de la région. Nous ne prétendons pas que l'administration abandonne son droit à la nomination directe. Ce mode de procéder n'est pas dans nos mœurs et serait taxé de révolutionnaire. Mais le préfet pourrait, sans déroger, demander un avis aux sociétés médicales d'arrondissement, et nul doute que nos confrères consultés ne désignent celui d'entre eux qui, par son caractère, son savoir, sa correction dans ses relations professionnelles, leur paraîtrait le plus apte à remplir les fonctions pour lesquelles on sollicite leur avis.

Le médecin-inspecteur, ainsi nommé, aurait une autorité plus grande, il serait au-dessus des rancunes auxquelles l'expose l'accomplissement de son mandat, il ne relèverait pas de conseillers municipaux que ne guide pas toujours la saine appréciation du devoir rempli; enfin, élu de ses collègues, et choisi par eux, il apporterait, dans les relations rendues inévitables par ses nouvelles fonctions, toute la correction qu'imposent les règles les plus strictes de la déontologie médicale.

Habituellement, les **ostéo-périostites suppurées**, dues au bacille d'Eberth, se produisent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Cependant, il n'en est toujours ainsi; M. Widal fait part, en effet, à la Société médicale des hôpitaux (27 mars), d'une observation dans laquelle un abcès consécutif à une ostéo-périostite costale s'est montré au début de la fièvre typhoïde.

Parfois, au contraire, c'est très tardivement que se produisent ces accidents osseux, et il est assez curieux qu'on ait rencontré dans le pus des bacilles typhiques encore actifs, alors même que la fièvre typhoïde d'où ils dérivaient avait eu lieu plusieurs années auparavant. M. Widal a examiné le pus dans un abcès de ce genre, qui s'était développé un mois après la fièvre typhoïde; il n'y a rencontré aucun microbe. L'ouverture de l'abcès avait eu lieu seulement au bout de seize mois.

M. Hanot rapporte un cas d'**ictère** grave avec hyperthermie marquée (41 degrés), survenu chez une malade atteinte d'un cancer secondaire du foie. Dans d'autres cas d'ictère grave, il y a, au contraire, hypothermie.

L'**anémie pernicieuse progressive protopathique** est un état morbide, dans lequel l'anémie et la cachexie deviennent extrêmes, sans que rien en explique le développement, ni dans les symptômes présentés par le malade, ni dans les lésions constatées après la mort. A l'étranger, on a eu tendance à attribuer cette maladie à l'atrophie de la muqueuse stomacale et aux troubles dyspeptiques intenses, qui en auraient été la conséquence. L'anémie, d'après cette conception, serait le résultat de la mauvaise élaboration et du défaut de résorption des substances alimentaires. Le tube digestif ne fournirait plus à l'organisme les matériaux nécessaires pour la formation des globules rouges.

M. Hayem a eu l'occasion d'observer deux malades de ce genre. A l'autopsie il existait, chez le premier, une atrophie marquée de la muqueuse stomacale; chez l'autre, cette muqueuse était loin de présenter des lésions aussi profondes. Ce n'est donc pas à l'atrophie de la muqueuse gastrique qu'il faudrait attribuer l'anémie pernicieuse; ces deux processus paraissent évoluer parallèlement, sans qu'on puisse rapporter le premier au second.

Par contre, certains états gastriques graves peuvent s'accompagner d'une anémie secondaire plus ou moins marquée; c'est, n'est-ce pas, ce que montre l'observation courante.

M. Ménétrier, lui aussi, a vu deux cas d'anémie pernicieuse progressive; à l'autopsie, il n'a constaté aucune lésion de la muqueuse stomacale. Il n'a trouvé, non plus, aucune lésion macroscopique ou microscopique appréciable de l'intestin; cela est important, car l'intestin joue certainement dans la digestion un rôle plus indispensable que l'estomac. On peut se passer de l'estomac, on ne peut se passer de l'intestin.

M. Rendu se croit autorisé à rapporter à l'**urémie**, l'**aphasie** qu'il a observée chez un de ses malades, en même temps que la paralysie du membre supérieur droit.

Il se base, pour admettre l'urémie, sur la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine; pour admettre l'origine urémique de l'aphasie, sur sa disparition complète en peu de temps. On trouve quelques faits analogues dans la littérature médicale.

Du reste, MM. Ménétrier, Guyot et Duflocq déclarent avoir rencontré plusieurs fois l'aphasie dans l'urémie. M. Hanot rappelle qu'il a signalé 6 fois l'aphasie au cours de la variole sans rencontrer de lésion à l'autopsie. S'il existe une aphasie infectieuse, pourquoi n'en existerait-il pas une toxique?

Dans l'observation de M. Rendu, il y a non seulement aphasie, mais paralysie du membre supérieur droit, ce qui suppose une localisation corticale bien définie. On se représente très bien qu'une constriction des vaisseaux d'origine toxémique puisse anémier un territoire donné de l'écorce cérébrale, même d'une façon prolongée, et produire la suppression momentanée, localisée, des fonctions spéciales des centres psychomoteurs correspondants. Ce qu'il faudrait pour démontrer la possibilité du fait, ce serait une série de nécropsies dans lesquelles on ne trouverait aucune lésion. M. Rendu n'a pas pu faire l'autopsie de son malade pour cette bonne raison qu'il a survécu.

LA LITHIASE INTESTINALE

ET LA LITHIASE APPENDICULAIRE

Par le docteur Albert Mathieu,

Médecin de l'hôpital Andral.

Il est assez curieux de constater que la notion de la lithiase intestinale est en train de se perdre. Autrefois, les traités et les manuels de pathologie contenaient tous un chapitre consacré à l'étude des calculs intestinaux; ce chapitre n'existe pas dans les plus récents. La lithiase intestinale ne figure, par exemple, ni dans le *Traité de médecine* publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud, ni dans le *Manuel de médecine* publié sous la direction de Debove et Achard, ni dans le *Manuel de pathologie* de Dieulafoy. Dans le *Manuel de Ziemssen*, il faut chercher l'histoire

des calculs intestinaux au chapitre consacré à l'obstruction intestinale.

Dans la communication faite récemment par M. Dieulafoy sur l'appendicite, à l'Académie de médecine, il a longuement parlé de la lithiase appendiculaire à laquelle il attribue un rôle important dans la pathogénie d'un grand nombre de cas d'occlusion et d'inflammation de l'appendice cæcal. Il cite à ce propos une thèse faite à Lausanne, par M. Rochaz, un des élèves de M. Roux (1).

M. Roux est, on le sait, un des chirurgiens qui ont le plus souvent fait la laparotomie chez des malades atteints d'appendicite, un de ceux qui ont enlevé le plus d'appendices malades, calculeux.

En général, on ne trouve qu'un seul calcul appendiculaire, mais il peut y en avoir trois ou quatre. Ils sont rarement arrondis, le plus souvent allongés, cylindriques. Leur coloration est ordinairement jaunâtre; leur consistance est très variable, elle peut être molle ou, au contraire, pierreuse : entre les deux, tous les intermédiaires.

L'analyse faite par plusieurs chimistes a montré que ces calculs sont formés surtout par des sels calcaires, phosphate et carbonate de chaux, parfois par du phosphate ammoniaco-magnésien. On peut y trouver aussi des traces de chlorures et de sulfates. Parfois, rarement, on y aurait rencontré de la cholestérine, mais on peut se demander s'il ne s'agissait pas alors de calculs d'origine biliaire qui étaient venus s'enclaver dans l'appendice. La coloration brunâtre serait due à une substance d'origine stercorale. Toutes ces matières seraient agglomérées par du mucus. L'analyse faite par M. Berlioz sur des calculs que lui a confiés M. Dieulafoy a fait voir qu'ils présentaient une composition identique à celle qui vient d'être indiquée.

La coupe montre que ces calculs se sont souvent produits par stratifications successives. Elles semblaient bien indiquer, dit M. Dieulafoy, que ces calculs avaient pris naissance sur place, dans l'appendice, par accroissement successif. Cela l'a amené à admettre une véritable lithiase appendiculaire, qu'il rapproche de la lithiase biliaire et de la lithiase urinaire.

Des observations apportées récemment à la Société de chirurgie par MM. Brun, Berger, Jalaguier, Quénu, à la Société médicale des hôpitaux par MM. Faisans, Rendu, Talamon, il résulte que l'appendicite est assez souvent une maladie de famille et qu'il faut donner, dans son étiologie, une place à l'hérédité.

Pour M. Dieulafoy, la lithiase appendiculaire, cause de l'appendicite, serait une maladie diathésique au même titre que la goutte, le diabète, le rhumatisme. « La lithiase appendiculaire, dit-il, s'élabore dans le canal de l'appendice comme la lithiase biliaire dans la vésicule biliaire, comme la lithiase urinaire dans le rein, et il me paraît évident que cette nouvelle lithiase doit, elle aussi, prendre place dans les vices de nutrition étudiés par Bouchard. L'arthritisme, l'obésité, la lithiase biliaire, la goutte, le diabète, les lithiases rénales et appendiculaires sont autant de manifestations possibles, héréditaires ou acquises de la même diathèse. » M. Faisans a défendu la même idée devant la Société médicale des hôpitaux.

Il nous paraît y avoir, dans cette assimilation de la lithiase appendiculaire et des lithiases rénale et biliaire, une erreur de pathologie générale que nous tenons à relever. Il y a deux espèces de lithiases du foie et du rein, tout à fait opposées dans leur pathogénie : la lithiase que l'on considère comme *diathésique* et celle que l'on regarde comme d'origine inflammatoire.

Les calculs biliaires d'origine *diathésique* sont constitués par de la cholestérine et des pigments biliaires. Les calculs urinaires d'origine *diathésique* sont formés par des urates ou des oxalates. Quant aux calculs d'origine inflammatoire, à ceux qui résultent de l'inflammation chronique de la muqueuse des conduits et de la vésicule biliaire, de la vessie ou des bassinets, ce sont des calculs à base calcaire, formés par du carbonate et du phosphate de chaux et parfois par du phosphate ammoniaco-magnésien. Leur développement dans les voies d'excrétion de la bile et de l'urine n'a plus aucune influence sur leur constitution : c'est qu'ils ne sont plus constitués par certains éléments peu solubles des liquides sécrétés par l'appareil biliaire et l'appareil rénal. Ils paraissent être fournis par les éléments cellulaires qui donnent naissance au mucus. Dans la vessie et le bassinet, ces concrétions calcaires se produisent en milieu alcalin, lorsqu'il y a cystite et pyélite. Dans la vésicule biliaire, ils sont aussi la conséquence de la cholécystite. On voit les calculs, que l'on considère comme diathésiques, être entourés par une coque calcaire dès qu'il y a une inflammation muco-purulente des cavités qui les renferment. Il ne s'agit plus d'une lithiase de cause générale, consécutive à un vice de nutrition de l'organisme dans son ensemble, mais d'une lésion locale consécutive à l'inflammation des canaux excréteurs d'un appareil glandulaire et des réservoirs qui y sont annexés.

La lithiase appendiculaire ferait-elle donc exception à cette loi de pathologie générale, et, malgré sa constitution chimique, serait-elle une lithiase diathésique ? Nous ne le croyons pas.

La lithiase appendiculaire nous paraît n'être qu'un cas particulier, qu'une localisation de la lithiase intestinale. En effet, les calculs de l'intestin, d'après les analyses faites à diverses époques, par des auteurs différents, lui ont assigné, depuis les recherches de Fourcroy et Vauquelin, une composition semblable à celle qu'on a constatée pour les calculs appendiculaires. Thompson, Children, Robiquet (1) y ont trouvé une quantité prédominante de phosphate de chaux et les deux premiers une certaine quantité de phosphate ammoniaco-magnésien. Aberle (2) indique 60,5 p. 100 de phosphate de chaux et 4,3 p. 100 de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les concrétions minérales qui prennent naissance dans l'intestin ne se présentent pas toujours sous forme de calculs, elles peuvent aussi s'observer sous forme de sable. M. Laboulbène a signalé un exemple de sable intestinal, à l'Académie de médecine, en 1873. Tout récemment, M. Mongour (de Bordeaux) en a fait connaître un autre à la Société de biologie; les graviers étaient formés par du phosphate ammoniaco-magnésien et du carbonate de chaux. Depuis un an, je soigne une dame atteinte d'entérite muco-membraneuse qui élimine d'une façon constante, par les selles, une certaine quantité d'un sable jaunâtre ou bru-

(1) Rochaz. *Contribution à l'étude des calculs appendiculaires*, Th. de Lausanne, 1895.

(1) Cités par Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 921.
(2) Cité par Leichtenstern, *Ziemssen's Hdb.*, Bd. VII, 2te Hælfte, p. 486.

nâtre. D'après l'analyse qualitative, faite par M. Richaut, interne en pharmacie, il serait constitué également par du phosphate ammoniaco-magnésien. Enfin, tout récemment, une autre dame, également atteinte d'entérite muco-membraneuse depuis deux ans, m'a apporté une certaine quantité d'un sable gris blanchâtre, ressemblant à du plâtre sale, qu'elle a recueilli dans ses selles. D'après une analyse antérieure, il serait constitué surtout par du phosphate de chaux. M. Richaut fera une analyse plus complète de ces deux échantillons et nous reviendrons sur ces intéressantes observations. Si l'on remarque que la malade de M. Mongour présentait, elle aussi, de l'entérite muco-membraneuse, on est amené à penser qu'il peut y avoir une relation pathogénique entre la production des fausses membranes et des glaires muco-membraneuses et celle du sable intestinal. Les faits de ce genre ne sont peut-être pas très rares; beaucoup d'entre eux peuvent passer inaperçus. Pour découvrir le sable dans les selles, il faut, en effet, les recueillir dans un vase et les examiner d'assez près.

Il ne serait nullement étonnant, en principe, qu'il y eût une relation entre la production des glaires et des membranes riches en mucus, car les chimistes ont considéré le mucus comme le véhicule des sels minéraux dans la formation des calculs à base de chaux. Robert et W. Koch ont trouvé une grande proportion de magnésie et de chaux dans les dépôts floconneux qui s'étaient amassés dans la partie du côlon située au-dessous d'un anus contre nature. La sécrétion des glandes muqueuses, la desquamation épithéliale étaient sans doute la source de ces sels calcaires. On comprend qu'un dépôt semblable se produise avec une abondance plus grande encore lorsque les sécrétions glandulaires et la fonte épithéliale sont exagérées par le fait d'une irritation inflammatoire, lorsque ces produits d'origine épithéliale s'accumulent et se concentrent comme cela a lieu pour la formation des productions mucino-membraneuses.

Lorsque la présence du sable intestinal a été constatée, on l'a pris quelquefois pour du sable biliaire et on a soumis au traitement alcalin, à la cure de Vichy en particulier, des malades qui n'avaient peut-être nullement à en bénéficier. Il y a donc un intérêt à la fois théorique et pratique à étudier de nouveau la lithiase intestinale, qu'elle se présente sous forme de calculs ou de sable, qu'elle accompagne ou non l'entérite muco-membraneuse ou toute autre lésion de l'intestin.

Si les rapports de la lithiase intestinale avec l'entérite chronique — déjà admise par les anciens auteurs, rendue très vraisemblable par les considérations de pathologie générale qui précèdent — se trouvaient définitivement démontrés, il faudrait, pour établir ses relations avec l'arthritisme, établir au préalable que l'entérite dérive de cette diathèse. Pour en revenir à l'appendicite, on conçoit très bien que les calculs à base calcaire, rencontrés dans sa cavité, puissent être considérés comme la conséquence d'une inflammation antérieure de ce diverticule. Ils seraient alors la conséquence non d'un état diathésique particulier, mais d'une simple entérite localisée avec accumulation facile des produits de sécrétion et de desquamation épithéliale. Leur présence n'indiquerait qu'une chose : l'ancienneté de l'appendicite ou tout au moins de la phase catarrhale de cette appendicite.

SCLÉROSE PULMONAIRE (CHALICO-ANTHRACOSE) DES OUVRIERS EN PORCELAINE (1)

Par E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

I

M. le docteur Lemaistre (de Limoges), après avoir adressé à l'Académie une indication de ses recherches sur la sclérose pulmonaire des ouvriers en porcelaine, est venu nous lire un travail sur le même sujet. C'est ce travail que l'Académie a bien voulu me confier et qu'elle me permettra d'analyser et de commenter; le sujet en vaut la peine, attendu qu'il concerne l'hygiène professionnelle d'une classe ouvrière des plus intéressantes.

Les affections pulmonaires dues à l'action des poussières sont depuis longtemps connues, car déjà au dernier siècle, Leblanc signalait le danger des poussières siliceuses, et dans celui-ci Mérat, Benoiston (de Châteauneuf), Parent-Duchatelet, Lombard (de Genève), et beaucoup d'autres auteurs ont particulièrement attiré l'attention sur l'influence exercée par les poussières sur le développement de la sclérose et de la tuberculose des poumons. Toutefois, à part les considérations contenues dans les traités généraux sur les maladies des artisans, un mémoire de Arlidge (2) et une communication faite à la Société de médecine de Limoges par Deperret-Muret, il existe peu de travaux sur la santé des potiers en terre, et encore la plupart des auteurs ont-ils spécialement insisté sur les accidents déterminés par les vernis à base de plomb.

Ramazzini, Fourcroy, Patissier avaient signalé l'anémie, la maigreur, le mauvais état de santé des ouvriers potiers et porcelainiers, ce qu'ils attribuaient à leur travail spécial, à l'humidité des ateliers, à la chaleur du four, etc.

Dès l'année 1833, Turner Tahchrah (3) faisait observer que le broiement du silex pour la préparation des poteries produit de la poussière et occasionne des maladies de poitrine. Un peu plus tard, Deperret-Muret (*Bulletin de la Société de médecine de la Haute-Vienne*) démontrait que les ouvriers employés dans les nombreuses fabriques de porcelaine de Limoges se trouvaient décimés par des affections aiguës et chroniques des organes respiratoires, et spécialement par la phtisie catarrhale et tuberculeuse, et notait, comme circonstance étiologique, le travail dans des ateliers peu spacieux, humides, mal aérés, peu ou mal ventilés, les transitions brusques de température (enfourneurs, englobeurs), la prépondérance d'action de certaines parties du corps (tourneurs, marcheurs de pâte), l'humidité inhérente à certains travaux (mouleurs, émailleurs), et surtout l'influence désastreuse des poussières qui pénètrent dans les voies respiratoires avec l'air atmosphérique (retoucheuses, épousseteurs, mouleurs, tourneurs, useurs de grain, etc.). Arlidge, plus récemment, fait de l'inhalation des poussières la cause déterminante des affections pulmonaires chez les potiers, et de la mauvaise hygiène des ouvriers employés à ce genre de travail, les causes prédisposantes.

(1) Rapport sur un mémoire de M. le docteur P. Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges.

(2) ARLIDGE. De l'état sanitaire des ouvriers employés dans les fabriques de poteries, du Straffordshire, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, t. XXIV, p. 272, traduit de l'anglais par Beaugrand, Paris 1865.

(3) T. TAHCHRAH. The effects of Arts, *Trades* etc., p. 120, London 1832.

Greenhow, en 1866 (1), donne la relation, avec dessins à l'appui, de l'autopsie d'un potier du North-Straffordshire, où la sclérose pulmonaire est des plus manifestes, et il n'hésite pas à attribuer cette lésion à l'action des poussières de silice et d'alumine, non seulement parce qu'il a rencontré ces poussières dans le parenchyme sclérosé, mais encore parce que les individus qui, par leur genre de travail, se trouvent les plus exposés à cette action, sont particulièrement atteints.

Ce sont des faits du même genre qui nous ont été communiqués par le docteur Lemaistre.

L'un des plus importants est celui d'un homme de quarante-sept ans occupé pendant quinze ans dans des fabriques de porcelaine (ététeur) et qui succomba avec des signes de pneumonie des deux sommets et un érysipèle terminal.

A l'ouverture de la poitrine, le poumon droit, intimement adhérent à la paroi thoracique, ne s'affaisse pas; son tiers supérieur, de teinte noir bleuâtre, crie sous le scalpel et ne se déchire pas à la pression du doigt; même aspect à la coupe où l'on voit, çà et là, quelques noyaux caséeux, sans cavernes. Le reste du poumon, d'un rouge sombre, est fortement congestionné, voire même hépatisé en bas et en arrière. A gauche, il existe quelques adhérences légères, une faible quantité de liquide dans la plèvre et une altération moins accentuée du poumon; les noyaux caséeux font défaut.

Le poumon droit, examiné avec plus de soin, se trouve recouvert d'une enveloppe fibreuse, irrégulière, de couleur rosée, qui envoie des ramifications à l'intérieur de son parenchyme. Celui-ci, sectionné, offre une teinte noir bleuâtre, plus ou moins foncée, qui a, sur quelques points, l'aspect du marbre noir entrecoupé de veines blanches; sur d'autres, l'apparence du fromage de Roquefort. Sa consistance est tellement considérable que le doigt ne parvient pas à l'écraser; son élasticité est grande et sa densité très élevée, car il tombe rapidement au fond d'un vase rempli d'eau. Il laisse voir, enfin, là où il est le plus foncé, des îlots de 2 à 5 millimètres de diamètre, séparés par des travées fibreuses dirigées dans tous les sens. Quelques-uns de ces îlots, atteints de ramollissement, forment des foyers du volume d'une lentille ou d'une petite noisette, constitués par une matière granuleuse, parsemée de grumeaux jaunâtres qui ne sont que des parcelles de tissu mortifié. Toutefois, vers la surface extérieure, au-dessous de l'enveloppe fibreuse, il existe quelques rares îlots de tissu perméable, sinon sain.

Les parois des bronches sont épaissies et leur calibre plus ou moins rétréci, il en est de même des vaisseaux dont quelques-uns sont réduits à l'état de cordons pleins.

L'examen histologique de ce poumon, pratiqué par M. Detroye, apprend que les travées sont composées de fibres conjonctives ondulées, presque aussi condensées que celles du tissu fibreux normal, et séparées en quelques endroits par des cellules aplaties, des traînées de particules de volume et de forme variables, les unes d'un noir bleuâtre, les autres blanches et réfringentes. Au niveau des îlots, les plus foncés, les fibres connectives affectent une disposition circulaire, et renferment, dans leurs mailles, une quantité considérable de particules inorganiques, tandis que le centre est formé de cellules endothéliales dégénérées, en sorte que ces îlots ne sont que des vestiges des alvéoles pulmonaires, dont les parois, incrustées et épaissies, se sont resserrées pour en déterminer l'obturation plus ou moins complète.

Les unes, en effet, ne sont plus représentées que par une zone fibreuse, épaisse, infiltrée de particules inorganiques, tapissée par une couche de cellules déformées, avec un très petit espace vide; les autres n'offrent plus trace de lumière et les cellules, à elles seules, constituent le centre de la zone. Les coupes, pratiquées au niveau des points caséeux, présentent une enveloppe fibreuse très dense et un contenu constitué par des débris de fibres connectives, et par des cellules très altérées, mais nulle part il n'existe trace de tubercule.

Le calibre des vaisseaux pulmonaires est très irrégulier et plusieurs d'entre eux, au niveau surtout des sections du tissu fibreux péri-alvéolaire, sont réduits à l'état de simples cordons; d'autres ont leurs enveloppes considérablement épaissies ou sont entièrement obturés en certains points par un caillot sanguin.

Les plus fines ramifications bronchiques offrent la même altération que les vaisseaux, mais à un moindre degré. La réduction de leur calibre est moins avancée; par contre, l'épaississement de leur tunique fibreuse et de leur membrane muqueuse est bien évident; il en est de même des grosses bronches.

Sur des coupes faites au niveau des points où le tissu pulmonaire est resté spongieux, on observe le premier degré de l'échelle des altérations produites par la pénétration des poussières : éraillures de l'endothélium vésiculaire, envahissement du tissu conjonctif péri-alvéolaire par les poussières qui forment autour de la vésicule une auréole noirâtre, irrégulière avec congestion du tissu. C'est à la périphérie des alvéoles, en effet, que se trouvent en plus forte proportion les particules inorganiques et, à une période avancée du processus, on les voit former une sorte de couronne d'un noir bleuâtre autour de la petite masse qui représente le vestige de la vésicule pulmonaire. Les particules noires sont des poussières de charbon minéral et de fumée; les particules blanches se distinguent en faisant osciller la vis du microscope, ce sont des poussières d'émail et de kaolin.

Pour se rendre compte de la nature de ces petits corps, il suffit de détruire la matière organique par des acides minéraux qui respectent les parties siliceuses et charbonneuses, l'acide nitrique par exemple, et de cette façon M. Detroye a pu affirmer que la coloration ardoisée des poumons et des crachats des porcelainiers est due, non à la présence d'éléments d'origine hématique, mais bien à une imprégnation par des particules de charbon et de fumée, qui se déposent d'autant plus facilement dans les locaux des fabriques que ceux-ci sont ordinairement très rapprochés des fours; aussi la chalicose des porcelainiers est-elle toujours accompagnée de plus ou moins d'anthracose. Ajoutons que, dans le cas particulier, l'examen bactériologique le plus attentif ne parvint pas à découvrir le moindre bacille tuberculeux, et qu'ainsi la sclérose était bien l'effet de l'irritation déterminée par la pénétration des poussières dans le parenchyme des poumons. D'autres observations du même genre viennent d'ailleurs confirmer cette manière de voir, en sorte que c'est là un fait indiscutable.

L'examen histologique des organes digestifs a été mal-

(1) Greenhow. Specimen of potter's Lung, *Transact. of the pathol. Soc.*, t. XVII, p. 36, London 1866.

heureusement négligé dans ce cas particulier, ce qui est regrettable, car on y aurait certainement trouvé des poussières siliceuses et charbonneuses, ainsi que j'ai pu m'en assurer autrefois dans un cas d'anthracose. (Voy. *Atlas d'Anatomie pathologique*, Paris 1871.)

En somme, les porcelainiers sont exposés à une affection des poumons, absolument comparable à celle des tailleurs de grès, et si ces affections diffèrent, c'est uniquement parce que, aux poussières de grès, s'ajoutent, chez les premiers, des poussières de charbon. Aussi l'action simultanée de ces poussières a-t-elle conduit le docteur Lemaistre à donner à la sclérose pulmonaire, survenant dans ces conditions, le nom de *chalico-anthracose*.

Les symptômes physiques propres à cette affection sont ceux de tous les désordres pulmonaires dans lesquels le poumon devient imperméable, à savoir : matité à la percussion, diminution du murmure vésiculaire, augmentation des vibrations thoraciques, souffle tubaire ou caverneux. Aucun de ces phénomènes n'a de caractère propre; la toux rauque, fatigante et parfois incessante qui leur fait généralement cortège, a plus de valeur, mais l'examen des crachats est encore plus important.

Ceux-ci, en effet, renferment habituellement, non pas des bacilles, comme dans la tuberculose, mais des poussières de charbon assez abondantes quelquefois pour les colorer, ou encore des poussières de silice. Le siège de la localisation et l'évolution méritent également d'être prises en sérieuse considération. Le poumon droit est spécialement affecté à son sommet et au niveau de son bord postérieur, ainsi qu'il arrive dans la tuberculose du buveur, ce qui résulte certainement de l'activité fonctionnelle plus grande de ces parties qui sont spécialement soumises à l'action des poussières minérales, aussi bien que des vapeurs alcooliques.

La marche, remarquable par sa lenteur, est, de son côté, tout à fait spéciale. Les céramistes, écrit le docteur Raymond [de Limoges (1)] sont atteints chaque année de bronchite avec fièvre qui dure quinze jours, un mois, quelquefois davantage. Sous l'influence du repos et du traitement, la bronchite disparaît et ils peuvent reprendre leurs travaux pendant le reste de l'année jusqu'à ce que l'hiver prochain ramène le même état congestif du poumon, en l'aggravant. Beaucoup résistent ainsi dix, quinze, vingt ans et quelquefois un temps plus long.

La mort vient assez généralement au bout de ce temps, à la suite d'une toux prolongée, avec expectoration abondante, d'une dyspnée croissante, et d'un dépérissement progressif. Aussi la mortalité par sclérose pulmonaire a-t-elle son maximum de fréquence après quarante ans et même entre cinquante et soixante ans, tandis qu'il a lieu beaucoup plus tôt dans la tuberculose.

Arlidge fait remarquer que la mortalité moyenne, qui est dans le Straffordshire de 25 p. 1000 vivants, s'élève à 30 p. 1000 chez les potiers et que près de la moitié du nombre total des décès se rencontrent chez les artisans, dans la période de cinquante à soixante ans, tandis que de quarante à cinquante et surtout de trente à quarante ans, elle est seulement d'un tiers.

Les caractères des lésions pulmonaires, survenant dans ces conditions, tiennent tout à la fois de celles des tailleurs de pierres siliceuses et des polisseurs de charbon. Elles consistent en une sclérose qui, malgré sa préférence pour le poumon droit, ne finit pas moins par altérer le poumon gauche, et y produire les mêmes désordres.

Le poumon, intimement adhérent à la paroi thoracique par une plèvre très épaissie, offre une teinte d'un gris blanchâtre parsemée de taches et de stries noires, produites par le charbon. Difficile ou impossible à pénétrer par le doigt, il crie sous le scalpel et rebondit sur le sol, la surface de section, lisse et brillante, laisse apercevoir des bronches dilatées, rouges et injectées, parfois des stries fibreuses, et des foyers renfermant un détritus jaunâtre ou vides. Constituée par des éléments conjonctifs jeunes, analogues à ceux qui composent le tissu de cicatrice, cette lésion, en se rétrécissant, produit peu à peu l'effacement des alvéoles pulmonaires, diminue le champ respiratoire, s'oppose au fonctionnement des poumons et détermine une asphyxie progressive en même temps qu'un dépérissement et une maigreur excessifs. Dans quelques circonstances, enfin, elle amène une dilatation secondaire du cœur droit, et, par suite, des hydropisies et toutes les conséquences de l'insuffisance cardiaque. *(A suivre.)*

(1) Raymond. De la prophylaxie de la phtisie pulmonaire chez les ouvriers en porcelaine; discours de rentrée à l'École de médecine, 23 novembre 1888.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 mars 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Vigeneaud, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Tournier, Hermand, Gillet, Bottiau, Lozeral, Rouquet, Audrain, Baudriller, Fournier, Champenier, Nicolas, Brasseur, Grandjean, Boissin, Gourichon, Brindel, Raynal, Anderodias, Venot, Perrin, Agier, Goujon, Blanchon, Bonnet, Buquin, Naudin, Cauchard, Ricaud, Bartoli, Breffeit, Gourdet, Schieffer, Bedos et Jay.

— Par décret, en date du 26 mars 1896, est promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le docteur Talairach, médecin en chef de la marine, en remplacement de M. le docteur Brassac, retraité.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 mars 1896, un concours s'ouvrira, le 9 novembre 1896, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Nantes.

— Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, une somme nette de 100000 francs, que le légataire universel de feu Titus d'Ernesti consent à verser après transaction. Cette somme sera portée au fonds spécial destiné à aider l'Académie de médecine à avoir un local lui appartenant en propre.

Manuel pratique de dentisterie opératoire, à l'usage des médecins, par le docteur Louis Nux (2e édition). 1 vol. in-18 de 200 pages, avec fig. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 40. — JEUDI 2 AVRIL 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 2 AVRIL 1896. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Chambre des députés, dans sa séance du 26 mars 1896, a voté la prise en considération de la proposition de loi suivante de M. Georges Berry :

« Article premier. — Tout étudiant qui s'inscrira dans une Faculté des sciences pour poursuivre des études médicales après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, devra avoir été reçu aux examens des baccalauréats français.

Art. 2. — Nul ne pourra se présenter au concours d'internat des hôpitaux ni être attaché comme médecin à un service public dépendant des communes, des départements ou de l'État, s'il n'est Français ou naturalisé Français. »

— M. Reulos a déposé, sur le bureau du Conseil général de la Seine, la proposition suivante :

« Dans le but d'éviter l'encombrement de certains hôpitaux de Paris et d'épargner aux malades les longueurs de l'attente et les promenades à travers la capitale, l'administration de l'Assistance publique a divisé le département de la Seine en secteurs hospitaliers. Cette innovation a soulevé de vives protestations dans le corps médical et de légitimes réclamations dans la clientèle ordinaire des hôpitaux.

Pour obvier aux inconvénients signalés plus haut et épargner aux grands malades de la banlieue les fatigues et les douleurs d'un long trajet, il serait plus humain d'utiliser les grands hospices de la banlieue qui sont placés à la portée des familles, lesquels hospices sont dotés de services généraux parfaitement installés et sont pourvus de médecins et de chirurgiens nommés au concours et présentant, par conséquent, toutes les garanties de savoir. D'ailleurs, dans certains de ces établissements, les grands traumatismes et les cas intéressants sont déjà admis d'urgence et y reçoivent les soins que réclame leur état.

Pour ces motifs, je propose au Conseil général d'émettre le vœu que dans les hospices de la banlieue, tels que Bicêtre, Ivry, Issy et en général dans tous les établissements hospitaliers où la chose sera possible, des services de médecine et de chirurgie soient ouverts aux malades des deux sexes de la région, et qu'ils y soient admis au même titre que dans les hôpitaux de Paris. »

Cette proposition a été renvoyée à l'examen de la troisième commission.

— L'Académie de médecine a procédé à l'élection de deux correspondants étrangers (première division).

Pour la première élection, M. Leuckart (de Leipzig) a été élu par 42 voix sur 47 votants, et pour la deuxième, M. Wardell Stiles (de Washington) a été nommé par 34 suffrages sur 45 votants.

— Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, la donation d'une rente de 24 000 francs (soit un capital de 800 000 francs), faite par Mme Jouanique, veuve Audiffred, pour la fondation d'un prix qui portera le nom de « Prix François-Joseph Audiffred ».

Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans à partir du 28 janvier 1896, aura découvert un remède, curatif ou préventif, reconnu par l'Académie de médecine comme efficace et souverain contre la tuberculose.

Jusqu'au jour où, la découverte ayant eu lieu, lesdits 24 000 fr. de rente recevront cette affectation, les arrérages, depuis et y compris ceux de la première échéance, en appartiendront à l'Académie qui en fera l'usage que bon lui semblera.

— *Banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris.* — Sur la demande d'un certain nombre de collègues, et à titre d'essai, le banquet de cette année n'aura pas lieu le samedi de Pâques, date ordinaire, mais est reporté au 25 avril, dernier samedi du mois.

Le banquet aura lieu chez Marguery, sous la présidence du docteur Pamard (d'Avignon). Le prix de la cotisation, pour les internes en exercice, a été abaissé cette année à 12 francs. — L'Assemblée générale de l'Association amicale est, par suite, également reportée au même jour, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Bonne position, pour un docteur en médecine — en Touraine — 3 000 à 4 000 habitants, comme clientèle, jolie résidence, poste-télégraphe, chemin de fer de Bordeaux à 5 kilomètres avec correspondance spéciale. Avenir assuré, médecin décédé à remplacer, pas de clientèle à acheter.

S'adresser à M. Mahoudeau, ancien juge de paix à Saint-Épain (Indre-et-Loire), ou à M. Mirault, 36, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La contagion de la tuberculose, si généralement admise aujourd'hui par la jeune génération médicale, ne semble pas rallier tant de partisans à l'Académie. Déjà, MM. Jaccoud et Ferrand, dans la discussion pendante sur la transmission nosocomiale de la tuberculose, tout en approuvant les mesures prises ou à prendre pour éviter la contagion, ont fait de grandes réserves sur cette contagion. Aujourd'hui, c'est M. Kelsch qui, avec sa compétence reconnue, vient faire observer que malgré les mesures prophylactiques les plus rigoureuses adoptées dans les hôpitaux militaires, jamais la tuberculose n'y a fait plus de ravages. Plus on combat la contagion et plus la tuberculose se développe. Il faut donc admettre d'autres causes que la contagion. M. Kelsch fait intervenir un facteur qui a été beaucoup trop négligé, c'est l'auto-infection ou le réveil d'une tuberculose éteinte. Voici, par exemple, un jeune militaire qui, dans son enfance, a présenté une adénopathie tuberculeuse; il en a bien guéri, en apparence du moins; il est devenu fort et a été jugé bon pour le service militaire. Au régiment, il prend une grippe, une rougeole; il est transporté à l'hôpital et redevient tuberculeux, ou mieux il présente une seconde étape de la tuberculose, dont il a présenté la première étape dans son enfance. Or ce sont ces faits qui sont mis sur le compte de la contagion. M. Kelsch s'est résumé en disant que la caserne recevait beaucoup plus souvent la tuberculose qu'elle ne la donnait. Les faits cliniques qu'il a invoqués pour soutenir cette opinion semblent des plus probants et des plus légitimes.

Les médecins militaires, directement mis en cause par M. Laborde dans son travail sur le traitement préventif du paludisme par la quinine, n'ont pas manqué de répondre à l'appel qu'il leur a fait. MM. Laveran, Colin et Vallin se sont trouvés d'accord avec lui sur l'importance de ce traitement préventif. M. Colin a profité de cette occasion pour défendre éloquemment le corps du service de santé de Madagascar contre les critiques injustes dont il a été l'objet. Si tout le monde n'a pas fait son devoir dans l'expédition de Madagascar, les médecins militaires ont fait le leur. Nous sommes heureux de le constater une fois de plus.

Les rayons de Röntgen viennent chaque jour en aide au diagnostic de certaines affections profondes. M. Fournier en a montré un nouvel exemple.

HOPITAL BEAUJON

Note sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningée (1).

Par M. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon,
et M. Lorrain, interne des hôpitaux.

Le pneumocoque qui a son siège habituel dans la bouche peut, sous certaines influences, encore mal déterminées, devenir pathogène et se développer dans les différents tissus de notre organisme (2).

Ces différentes localisations sont aujourd'hui bien connues et nous possédons un certain nombre d'observations de pleurésie, de péricardite, de péritonite, d'otite, de méningite, etc., à pneumocoques, avec ou sans pneumonie.

Le plus souvent, l'infection pneumococcique a tendance à se localiser; plus rarement elle peut devenir générale et semble envahir l'organisme tout entier.

Au nom de mon maître, M. le docteur Fernet, nous venons rapporter ici l'observation d'un malade mort à l'hôpital Beaujon, à la suite d'une infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningée.

Cette observation présente quelques particularités intéressantes à noter, particularités sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, mais qui auront déjà, sans doute, attiré votre attention.

Voici cette observation :

Observation. — Le nommé V..., âgé de cinquante-six ans, cordonnier, entre le 6 novembre 1895, salle Monneret, lit n° 31.

C'est un homme vigoureux, qui dit ne jamais avoir été malade.

Il n'a jamais eu de rhumatisme; pas de syphilis; il est indemne de toute blennorragie ancienne ou récente.

L'alcoolisme ne paraît pas très développé chez lui.

Depuis un mois, il est sans travail, et ce manque d'occupation a été pour lui la cause d'une inquiétude profonde.

Il y a quinze jours environ (il ne peut préciser exactement le début), il a ressenti un point de côté à gauche : il s'est mis à tousser. Presque en même temps, l'articulation sterno-claviculaire gauche et l'articulation de l'épaule droite devenaient douloureuses.

Aucune amélioration ne se faisant sentir, le malade entre à l'hôpital.

En l'examinant, nous constatons, tout d'abord, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, un gonflement manifeste. La peau est rouge, violacée, tendue. Toute la région est tuméfiée sur une étendue de 3 à 4 centimètres carrés environ. Il existe une élévation de la température locale très marquée.

La pression, même légère, est très douloureuse. Le doigt laisse son empreinte dans le tissu légèrement œdématié. Les mouvements de l'épaule gauche se font facilement; mais si l'on déplace la ceinture scapulaire tout entière, le malade éprouve une violente douleur.

L'articulation scapulo-humérale droite est également douloureuse. La pression exercée au niveau de la bourse séreuse sous-deltoïdienne est particulièrement pénible; mais il n'existe, à ce niveau, ni rougeur, ni gonflement.

L'orifice uréthral, examiné soigneusement, ne laisse constater aucun suintement suspect.

L'auscultation du malade révèle une bronchite généralisée avec râles de congestion aux deux bases, surtout à gauche.

Les bruits du cœur sont sourds : le pouls bat 100 pulsations.

Les urines sont normales.

L'appétit est nul : la langue sale, l'état général mauvais et le malade paraît profondément intoxiqué.

Le 8 novembre, la température tend à s'abaisser, mais la tuméfaction de l'articulation sterno-claviculaire persiste; nous croyons même obtenir une vague fluctuation : une ponction exploratrice est faite, mais nous ne retirons aucune goutte de liquide.

Le 10 novembre, devant la persistance des symptômes, une nouvelle ponction exploratrice est pratiquée : son résultat est nul.

Cependant, le malade se sent mieux. Son état général est meilleur, la fièvre est tombée, et tout semblait devoir se

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.
(2) Boulay. *Des affections à pneumocoques*, Th. de Paris, 1891.

terminer favorablement, lorsque, le 12 novembre, le malade est pris d'un frisson violent, à trois heures de l'après-midi, et sa température monte à 39°6.

Déjà la veille, il y avait eu une légère exacerbation fébrile (38 degrés).

Dès lors, les accidents vont se précipiter et le malade va présenter tous les symptômes d'une infection généralisée : le mot d'infection purulente est même prononcé.

Le 13 novembre, la température, qui était retombée à 37 degrés, remonte le soir à 38°9.

Dans l'après-midi, le malade éprouve plusieurs frissons : la langue est sèche et vers le soir des sueurs profuses surviennent.

L'auscultation est difficile, il existe plusieurs foyers de broncho-pneumonie à gauche.

Le 14 novembre, l'état s'est encore aggravé. L'intelligence est obtuse; la température monte à 39°6.

Le 15, le malade est dans le coma.

Les muscles sont en résolution; il existe cependant une raideur marquée de la nuque; la respiration est stertoreuse, la langue est sèche, les conjonctives insensibles, le visage inondé de sueurs, le pouls à peine perceptible et la température qui, le matin, était de 40 degrés, monte le soir à 40°2.

Le malade meurt à minuit.

Autopsie. — L'autopsie a été faite trente-six heures après la mort.

Encéphale. — La dure-mère est très légèrement épaissie et ne présente pas l'adhérence à la boîte cranienne.

La dure-mère incisée, on constate du côté de l'hémisphère droit, particulièrement vers la région occipitale, des traînées jaunâtres le long des vaisseaux.

La pie-mère se détache assez facilement de la substance cérébrale.

Le cerveau enlevé, on constate que le cervelet et la protubérance sont entièrement recouverts vers la base d'un exsudat épais, jaunâtre, semblable aux fausses membranes pleurales qui accompagnent si souvent la pneumonie. Ces fausses membranes se propagent jusque vers le bulbe : il existe, à ce niveau, une sérosité louche assez abondante.

Les ventricules cérébraux sont remplis de liquide.

Poumons. — Le lobe inférieur du poumon gauche est ramolli et se déchire facilement; à droite, congestion.

Il existe, par places, des traînées noires, rappelant l'aspect d'infarctus, mais il n'y a nulle part de foyer pneumonique.

Cœur. — Mou, flasque, décoloré.

Les valvules mitrale et tricuspide ont un aspect opalin et paraissent infiltrées. Sur une des valvules aortiques, il existe une végétation de la grosseur d'une lentille paraissant infiltrée de liquide séro-purulent.

Rate. — Doublée de volume.

Reins. — Congestionnés.

Foie. — De volume normal, mais dur à la coupe.

L'*articulation scapulo-humérale droite* ouverte ne laisse voir aucune lésion; la synoviale est intacte; il n'y a aucun épanchement intra-articulaire.

Rien non plus du côté de la bourse séreuse sous-deltoïdienne.

Il n'en est pas de même de l'*articulation sterno-claviculaire gauche* qui n'existe pour ainsi dire plus. Le tissu cellulo-graisseux péri-articulaire est infiltré de sérosité, les muscles sont déchiquetés, d'un rouge pâle et présentent des stries purulentes. Les ligaments sont détruits; le ménisque inter-articulaire, la synoviale, les cartilages diarthrodiaux n'existent plus. Les surfaces articulaires sont représentées, tant du côté de la clavicule que du côté du sternum, par deux portions osseuses rugueuses, dénudées, présentant à la vue la portion spongieuse de l'os. Enfin, et contre toute attente, il n'y a pas d'épanchement purulent et c'est avec peine que l'on peut récolter dans une pipette quelques gouttes de sérosité louche.

Le pus méningé avait été également soigneusement recueilli et voici maintenant le résultat de l'examen bactériologique qui a été fait.

Examen bactériologique (1). — *Pus des méninges.* — Globules blancs très nombreux. Fibrine abondante. Diplocoques encapsulés restant colorés au Gram. Ces diplocoques existent à l'état isolé ou en courtes chaînettes. Quelques globules blancs en sont absolument bourrés.

Sérosité articulaire. — Peu de globules blancs; assez nombreux globules rouges.

Diplocoques isolés ou en chaînettes. Capsule très nette. Pas de phagocytose.

Les liquides méningé et articulaire, ensemencés sur bouillon et gélose, ont donné des cultures pures de pneumocoque.

Un ensemencement a également été fait avec la pulpe splénique, mais a donné du coli-bacille.

Une souris inoculée avec VII gouttes de culture sur bouillon du liquide méningé est morte au bout de trente-six heures d'infection pneumococcique. Le sang contenait des pneumocoques.

Examen histologique. — Cet examen a porté sur des fragments du poumon, du foie et du rein.

Nous avons dit que les poumons, à la coupe, présentaient des traînées noirâtres rappelant l'aspect d'infarctus.

Il existait effectivement, à ce niveau, de véritables foyers hémorragiques : sur les coupes, les alvéoles apparaissent distendus et gorgés de globules rouges; quelques globules blancs sont chargés de pigment sanguin. Tout autour, il existe une zone de congestion et de pneumonie chronique.

Les coupes du foie nous ont montré quelques traînées de sclérose diffuse.

Les reins étaient à peu près sains, sauf cependant une dilatation des capillaires assez marquée.

Nous avons coloré un certain nombre de ces coupes par la méthode de Gram.

Sur toutes, nous avons constaté la présence d'un certain nombre de diplocoques rappelant tout à fait l'aspect du pneumocoque. Il existait également quelques chaînettes de streptocoque.

Tels sont les faits que nous avons observés et nous pouvons conclure à une infection pneumococcique à localisations articulaires et méningée.

Dans les derniers jours de la maladie, l'affection a pris les allures d'une infection généralisée. La courbe thermique est, à ce sujet, des plus intéressantes à regarder. Elle rappelle les grandes oscillations des infections à streptocoques.

Le pneumocoque ne produit pas chez l'homme une septicémie semblable à celle qu'il entraîne chez la souris, par exemple; mais, après s'être diversement localisé, il peut envahir l'organisme tout entier. Notre malade est mort avec des symptômes d'infection généralisée : adynamie profonde, sueurs profuses, température élevée, etc.

Nous avons cherché quelle avait été la porte d'entrée de l'infection. Nous ne saurions rien affirmer à ce sujet, mais il semble probable que l'infection a débuté par une localisation pulmonaire. De là, l'infection s'est propagée à l'articulation sterno-claviculaire et ce n'est que dans les derniers jours que les méninges ont été envahies.

---

(1) Ces recherches ont été faites au laboratoire de l'hôpital Beaujon, sous la direction du docteur Papillon.

Nous avons peu de choses à dire sur cette méningite : elle rentre dans le cadre des méningites à pneumocoques, si bien étudiées par M. Netter (1).

Nous ferons seulement remarquer qu'elle occupait la base de l'encéphale et se propageait vers la partie supérieure de la moelle, tandis que son siège le plus habituel est la convexité des hémisphères.

L'arthrite que nous avons observée devra nous arrêter plus longtemps.

Elle s'est présentée à nous avec des signes cliniques et des caractères anatomo-pathologiques fort rares.

Les cas d'arthrites à pneumocoques sont aujourd'hui nombreux et la bibliographie se trouve dans les mémoires spéciaux (2).

Ces arthrites ont une prédilection marquée pour les articulations de la ceinture scapulaire, et l'arthrite sterno-claviculaire, qui est généralement considérée comme d'origine blennorragique, peut reconnaître pour cause l'infection pneumococcique. Cette localisation se retrouve du reste dans d'autres maladies infectieuses, la variole (3), par exemple.

Les caractères anatomo-pathologiques des arthrites à pneumocoques, ainsi que leurs signes cliniques sont encore aujourd'hui peu connus.

Dans un intéressant mémoire, MM. Macaigne et Chipault (4) ont essayé de tracer les caractères spéciaux des arthrites à pneumocoques. « Ces caractères seraient : le peu d'élévation de la température générale et même locale, le peu de rougeur de la peau au voisinage de l'articulation, le trajet des veines se dessinant en bleu sur le fond blanc des téguments, l'existence d'un œdème plus ou moins étendu, en tous cas pâle et dépressible au doigt, le peu d'intensité des douleurs articulaires spontanées ou provoquées, qui sont généralement très tolérables. »

C'est là, en effet, le tableau le plus souvent observé, celui que l'on retrouve décrit dans les observations de Boulloche (5), de Chantemesse, de Widal et Meslay (6), de Macaigne et Chipault, etc., et ces derniers auteurs concluent en disant : « que l'arthrite à pneumocoques n'est pas une ostéo-arthrite, mais une arthro-synovite, et qu'une arthrotomie sera donc toujours suffisante. » Netter (7) exprime une opinion semblable et, d'après cet auteur, les lésions de la synoviale sont à peu près nulles dans les premières semaines.

Pour Widal (8) également « le pus est dans la synoviale en petite quantité et n'occasionne aucun désordre articulaire. La lésion évolue sans le cortège des phénomènes généraux graves qui accompagnent en général les suppurations articulaires ».

Cependant, lorsque la suppuration dure longtemps, elle peut entraîner à sa suite des désordres articulaires considérables.

MM. Picqué et Veillon (1) ont publié l'histoire d'un malade qui portait une arthrite purulente du genou droit depuis deux mois, lorsqu'il se décida à entrer à l'hôpital. L'articulation contenait une grande quantité de pus et les surfaces osseuses du tibia, du fémur et de la rotule étaient complètement dénudées. Les cartilages articulaires n'existaient plus ainsi que le périoste. Les ligaments détruits permettaient des mouvements anormaux de l'articulation.

Mais ce cas ne saurait se rapprocher en rien de notre observation et nous pensons, qu'à côté de la forme purement articulaire de l'infection pneumococcique, il existe une ostéo-arthrite à pneumocoques dans laquelle l'épanchement articulaire est des plus minimes et qui s'accompagne de destruction des ligaments, de la synoviale, des cartilages, du périoste et qui entraîne une dénudation complète de l'os jusqu'au tissu spongieux.

Au point de vue clinique, cette forme se manifeste par un gonflement et une rougeur des plus marqués, par des douleurs très vives entraînant l'impotence fonctionnelle, par une élévation thermique assez forte, par un état général mauvais.

Nous terminerons en faisant remarquer que notre malade a présenté des douleurs très vives au niveau de l'épaule droite et que l'ouverture de l'articulation ne nous a permis de constater aucune lésion.

Il semble donc que les manifestations articulaires de l'infection pneumococcique peuvent se présenter sous diverses formes parmi lesquelles :

a. Une forme légère, sans lésions macroscopiques apparentes;

b. Une forme hydropique, avec épanchement séreux (cas de Chantemesse);

c. Une forme purulente, la plus fréquente, et enfin :

d. Une forme ostéo-articulaire dont nous venons de rapporter un exemple.

(1) NETTER. *Arch. gén. de méd.*, 1887.

(2) JUVIGNY, *Des arthrites suppurées méta-pneumoniques*, Th. de Paris, 1894.

(3) MAUCLAIRE. Des arthrites suppurées dans les maladies infectieuses, *Arch. gén. de méd.*, 1895.

(4) MACAIGNE et CHIPAULT. Remarques sur deux cas d'arthrites à pneumocoques, *Rev. de méd.*, 1891.

(5) P. BOULLOCHE. Note sur un cas de polyarthrite suppurée et de myosites déterminées par le pneumocoque, *Arch. de méd. expérim.*, 1891.

(6) WIDAL et MESLAY. Péricardite et arthrites purulentes à pneumocoques, Soc. anat., 19 juillet 1895.

(7) NETTER. *Traité de médecine*, t. IV.

(8) WIDAL. Des pseudo-rhumatismes infectieux, *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1896, t. II.

(1) PICQUÉ et VEILLON. Note sur un cas d'arthrite purulente consécutive à une pneumonie, *Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 68.

SCLÉROSE PULMONAIRE (CHALICO-ANTHRACOSE) DES OUVRIERS EN PORCELAINE (2).

Par E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

II

Les causes efficientes de ces désordres sont, sans contredit, l'inhalation des poussières siliceuses et charbonneuses que l'on rencontre dans les crachats pendant la vie, dans le tissu pulmonaire après la mort, et la preuve en est dans l'identité des désordres observés chez les porcelainiers, chez les tailleurs de pierres siliceuses, les aiguiseurs, etc.

Aussi ne s'agit-il pas ici d'une affection nouvelle, mais d'un désordre déjà connu, dû à l'exercice d'une profession particulière, et dans des circonstances jusqu'alors peu étudiées.

Toutes les poussières sont loin d'exercer sur les poumons une influence également fâcheuse. A ce point de vue, elles

(2) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 404.

peuvent être classées, selon nous, sous trois chefs principaux :

1° Les poussières minérales insolubles ;

2° Les poussières minérales solubles ;

3° Les poussières métalliques ;

4° Les poussières végétales.

Les accidents qui résultent de l'action des premières, ou poussières siliceuses et charbonneuses, se rencontrent chez les tailleurs de grès, de pierres à fusil, chez les aiguiseurs, les polisseurs de canons de fusil, les rémouleurs, les potiers, les porcelainiers, chez les meuliers et les repasseurs de meules à moulin, comme aussi chez les tailleurs de diamant, les mouleurs en cuivre, les polisseurs de cônes de charbon, les mineurs, les charbonniers, etc. Ils consistent en une sclérose ou cirrhose des poumons, dont les caractères ne diffèrent de ceux que nous venons d'étudier que par la coloration qui varie avec la nature des poussières et par l'étendue de l'altération.

Les poussières minérales, solubles, comme celles de la pierre à bâtir, du plâtre, de la craie, etc., sont infiniment moins dangereuses, et ne déterminent, en général, aucun désordre sérieux des poumons.

Les poussières métalliques, à part les accidents toxiques qui peuvent en résulter, altèrent fort peu les poumons, excepté, toutefois, les poussières d'acier ; mais il est à remarquer que les désordres rencontrés chez les armuriers sont plutôt l'effet du grès qui sert à polir les armes, que des particules métalliques.

Les poussières végétales n'ont pas, habituellement, d'inconvénients sérieux, vraisemblablement parce que peu de professions exposent à en respirer une forte proportion. Dans quelques circonstances, pourtant, lorsqu'elles sont respirées en grande quantité, elles produisent des accidents graves, et entre autres faits de ce genre, observés par moi, je citerai celui d'un garçon droguiste qui, pendant plus de dix ans, passa une partie de sa journée à broyer sous le pilon des plantes sèches. Les poussières provenant de cette opération, et qui avaient pénétré dans les poumons, s'étaient fixées dans les alvéoles, au point de les obstruer et de produire l'asphyxie. Les poumons, fermes et indurés, s'affaissaient peu sous la pression du doigt, et accomplissaient difficilement leur fonction, car le cœur droit était secondairement dilaté. D'autres fois, nous avons trouvé des poussières végétales, en moindre abondance, fixées dans les poumons, et qui, pour cela, n'étaient pas sans danger, puisqu'elles obstruaient un grand nombre de vésicules pulmonaires, et s'opposaient à l'hématose.

La sclérose ou transformation fibreuse du poumon est, tantôt simple, tantôt associée à des granulations tuberculeuses, et cette association bien naturelle n'a pas moins prêté à des interprétations très diverses. Certains auteurs pensent que la tuberculose prédispose à la sclérose, tandis que d'autres admettent que la sclérose favorise la tuberculose ; mais les uns et les autres s'illusionnent. D'abord la sclérose qui se rencontre parfois dans certaines formes de tuberculose, celle des vieillards en particulier, diffère notablement des scléroses professionnelles, et la tuberculose, parfois associée à ces dernières, est purement accidentelle, et favorisée par l'action irritante des poussières sur le parenchyme des poumons.

Cependant, comme en général cette tuberculose évolue lentement, quelques médecins, entre autres le docteur Crocq (de Bruxelles), le docteur Tripier (de Lyon), forts de cette remarque, ont été conduits à penser que la sclérose pouvait isoler le tubercule et l'arrêter dans sa marche progressive ; c'est ce même fait qui, dans ces derniers temps, a été réalisé par notre savant collègue, le docteur Lannelongue, pour les tuberculoses externes et locales. Dans ces conditions, le docteur Crocq eut l'idée de conseiller aux tuberculeux le séjour dans les mines et de leur faire aspirer des poussières de charbon. Cette idée fut reprise par le docteur Lemaistre qui, lui aussi, fit inhaler à des tuberculeux des poussières de charbon et de kaolin, mais ces poussières, auxquelles notre confrère attribue des propriétés antiseptiques, n'ont eu d'autres résultats que de provoquer des hémoptysies.

Effectivement, s'il est possible d'arrêter momentanément une tuberculose externe et locale par une médication sclérogène, il ne peut en être de même pour une tuberculose interne et générale, pas même pour une tuberculose des poumons, car les poussières, ne pénétrant que difficilement et peu à peu dans les organes, mettent à produire la sclérose un temps plus long que celui dans lequel évolue la tuberculose ; aussi ce traitement est-il sans succès.

D'ailleurs, il est erroné de croire que la tuberculose évolue plus lentement dans la pneumoconiose que dans toute autre circonstance, j'en trouve la preuve dans les observations XIV et XV rapportées dans le mémoire du docteur Lemaistre où, malgré une sclérose ancienne du poumon, la tuberculose n'eut pas moins une marche rapide. Donc, si un certain nombre de mineurs et de porcelainiers font des tuberculoses pulmonaires remarquables par la lenteur de leur évolution, cela nous paraît tenir uniquement à ce que, la sclérose du poumon ne survenant jamais qu'à un âge déjà avancé de la vie, la tuberculose qui vient s'y ajouter parfois présente forcément la marche de la tuberculose des personnes âgées.

L'association, relativement fréquente, de la tuberculose à la sclérose pulmonaire, est, au reste, l'effet de conditions étiologiques différentes. Effectivement, si cette dernière maladie se lie à l'action irritante des poussières insolubles, par contre, la première tient à d'autres causes.

Le docteur Peacok, l'un des premiers, a noté la fréquence de la phtisie tuberculeuse chez les ouvriers qui, à Londres, travaillent la meulière, lorsqu'ils s'adonnent à des excès alcooliques, et sa rareté relative chez ceux d'entre eux qui savent rester sobres. Semblable remarque faite également par moi, chez les meuliers de La Ferté-sous-Jouarre, n'a pas échappé aux observateurs qui se sont occupés des affections pulmonaires des potiers et des porcelainiers. Arlidge place les habitudes irrégulières et l'intempérance parmi les causes prédisposantes des affections pulmonaires des potiers du Straffordshire, et le docteur Lemaistre est d'avis que les poussières ne sont nuisibles que pour les intempérants.

D'autres causes d'ailleurs, et principalement le travail dans des ateliers humides, mal ventilés, l'absence d'exercice au grand air, la mauvaise hygiène du logement et de l'habitation, la malpropreté, etc., viennent encore favoriser l'influence fâcheuse des excès alcooliques et expliquer la fréquente coïncidence de la tuberculose avec la chalico-anthracose, chez les ouvriers porcelainiers.

Ces diverses circonstances permettent, en tout cas, d'indiquer les mesures prophylactiques propres à préserver les ouvriers des affections de poitrine. Ces mesures sont les suivantes :

1° Rendre les ateliers assez spacieux pour que chaque

ouvrier puisse avoir un cube d'air suffisant, et ventiler ces ateliers de façon à éviter, autant que possible, le séjour des poussières ;

2° Instruire les ouvriers des dangers des boissons alcooliques ; et refuser tout ouvrier s'adonnant à ces excès ;

3° Ne jamais recevoir, dans les fabriques, les enfants ou adolescents malingres, débiles, délicats, scrofuleux ou issus de parents tuberculeux ;

4° Obliger les ouvriers à une retenue lors de leur entrée aux fabriques, afin qu'ils puissent, dès qu'ils éprouveront les premiers symptômes d'une affection pulmonaire, prendre leur retraite et changer de profession.

L'Académie reconnaîtra facilement que le travail qui lui a été lu, par M. le docteur Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges, est d'un haut intérêt clinique et hygiénique ; en même temps, elle me permettra de lui proposer de renvoyer ce travail à la commission des correspondants, qui, je l'espère, ne manquera pas d'inscrire le nom de ce savant sur sa prochaine liste.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1896. — Présidence de M. Hervieux.

PRÉSENTATIONS

Les rayons de Rontgen. — M. FOURNIER présente une photographie, obtenue avec les rayons de Röntgen, qui a permis de reconnaître qu'une tumeur du doigt était due à un fibrome indépendant de l'os.

M. POLAILLON a cherché à déceler une balle de revolver dans l'épaule, à l'aide de cette méthode. Il n'y a pas réussi.

COMMUNICATION

Appendicite. — M. PANAS, à propos de la communication de M. Dieulafoy, rappelle qu'il y a des années déjà, il a fait des expériences sur la transsudation qui se produit à travers les parois intestinales lorsqu'il existe un obstacle au cours des matières.

Ces expériences avaient été conduites de la façon suivante: une anse de l'intestin d'une poule était attirée hors de l'abdomen; dans cette anse on injectait une solution de cyanure de potassium, puis on plongeait l'anse intestinale dans une solution de phosphate de fer. A l'état normal, il n'y avait pas de coloration bleue; donc il n'y avait pas transsudation. Au contraire, si on liait l'anse, la coloration se produisait ; il y avait donc eu, dans ce dernier cas, transsudation à travers les parois de l'intestin ainsi lié.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la première division. (Voir aux Nouvelles.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CONTAGIOSITÉ DE LA TUBERCULOSE

M. KELSCH se rallie aux réserves émises par MM. Jaccoud et Ferrand, au sujet de la transmission nosocomiale de la tuberculose. Il est un facteur qui, dans cette discussion, semble avoir été trop négligé, c'est l'auto-inoculation ou l'auto-infection. Outre l'hérédité, l'auto-infection doit occuper la place attribuée à tort à la contagion. Les faits qu'on observe dans l'armée le prouvent. Dans les hôpitaux militaires, en effet, les mesures prophylactiques les plus rigoureuses sont prises; aucune précaution n'est omise pour combattre ou empêcher la contagion. Cependant, la tuberculose augmente, chaque année, dans ces hôpitaux. A quoi cela tient-il? A la tuberculose latente, à cette tuberculose ganglionnaire de l'enfance, paraissant complètement éteinte alors que, sous l'influence de la moindre affection aiguë, l'auto-infection se réveille et la tuberculose reparaît. C'est ainsi qu'à l'autopsie de beaucoup de malades morts d'affections aiguës, M. Kelsch a trouvé des tubercules massifs de la plèvre, du poumon, du foie, etc., ce sont des reliquats de foyers tuberculeux mal éteints et constituant une menace perpétuelle pour l'avenir. C'est ainsi que ces malades ont eu dans leur enfance des adénopathies. Tout disparu, ils paraissent jouir d'une santé parfaite; survienne la moindre grippe ou une simple rougeole et la tuberculose reparaît et évolue. Dans ces cas, l'adénopathie cervicale du premier âge n'a été que la première étape de l'invasion tuberculeuse. Il existe une relation directe entre cette tuberculose infantile guérie et les foyers tuberculeux constatés plus tard par les médecins de l'armée.

Il en est ainsi de certains virus, de la syphilis, par exemple, qui peuvent s'endormir et se réveiller longtemps après. La tuberculose de l'adolescent et du jeune militaire n'est que la seconde étape de la tuberculose de l'enfance.

On comprend ainsi comment les affections tuberculeuses ne cessent de s'accroître dans les armées, malgré toutes les précautions que l'on prend contre la contagion tuberculeuse.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME PAR LA QUININE

M. LAVERAN répond à M. Laborde. Il estime, comme lui, que l'emploi préventif de la quinine est fort utile. S'il n'empêche pas toujours les accès de fièvre, il les atténue singulièrement. Comme M. Laborde, M. Laveran pense que les petites doses de quinine sont insuffisantes et qu'il faut donner 20 à 30 centigrammes de sulfate de quinine par jour ou 30 à 40 centigrammes tous les deux jours.

M. VALLIN partage l'opinion de M. Laveran sur l'utilité de la quinine dans le traitement préventif du paludisme. Il rappelle à cette occasion que telle a été la conclusion du rapport qu'il a fait au Conseil de santé lors de l'expédition de Madagascar. Dans ce rapport, en effet, il était dit qu'il fallait éviter de faire remuer la terre par des blancs et qu'il fallait administrer préventivement, à chaque homme du corps expéditionnaire, 30 centigrammes de sulfate de quinine par jour.

M. Vallin cite ici le travail de M. Saint-Macary, médecin-major, qui a suivi les troupes pendant un an au Dahomey. Il a été fait une véritable expérience : les troupes étaient divisées en deux compagnies : l'une de ces compagnies se trouvait dans la forêt, dans un endroit des plus malsains; l'autre se trouvait dans de meilleures conditions de sol. La première compagnie a pris pendant tout le temps de la quinine; il n'y a pas eu un seul cas de fièvre pernicieuse; l'autre n'a pas pris de quinine, il y a eu de nombreux cas d'accès pernicieux.

M. COLIN fait observer que, dans l'argumentation de M. Laborde, il y a plusieurs assertions qui ne sauraient être admises. Pour ce qui est d'abord du traitement préventif du paludisme par la quinine, le Conseil de santé l'a préconisé de la façon la plus formelle.

Le chlorhydrosulfate de quinine, vanté par M. Laborde, n'est pas tellement supérieur cliniquement aux sels de quinine adoptés par l'armée.

On ne saurait établir aucune comparaison entre l'expédition anglaise des Ashantis et l'expédition de Madagascar : dans cette dernière expédition, en effet, il n'y avait pas moins de 20 à 25 000 hommes disséminés sur une route de 3 à 400 kilomètres. On se trouvait en présence des plus grandes difficultés pour l'application des mesures conseillées. Il faut tenir compte aussi de l'influence des saisons. Les

Anglais avaient pu choisir la meilleure saison. A Madagascar, on s'est trouvé forcément exposé aux changements de saison. Enfin les conditions hygiéniques jouent aussi un grand rôle. Tandis que les Anglais ont trouvé une route toute faite, des abris et des nuées de serviteurs à leur disposition, à Madagascar il a fallu faire faire la route par des blancs et on n'a même pas trouvé les serviteurs que l'on espérait rencontrer. On ne saurait donc faire aucune comparaison entre ces deux corps expéditionnaires, le corps anglais très peu nombreux, très bien secondé et se trouvant dans les meilleures conditions hygiéniques, et le corps français de Madagascar, très nombreux, ayant eu à lutter contre les plus grandes difficultés, sans aides, sans abri et dans les plus mauvaises conditions qu'on puisse imaginer. Dans cette expédition, la tâche du service de santé a été très difficile, très laborieuse; aucun de ses représentants n'y a failli et M. Colin tient à affirmer devant l'Académie que les médecins militaires se sont montrés dignes d'eux-mêmes.

M. VALLIN, pour répondre au reproche qui a été fait du manque de quinine, ajoute qu'il a été expédié à Madagascar 1200 kilogrammes de sulfate de quinine.

M. LE ROY DE MÉRICOURT signale un travail que M. Lemoine vient de publier dans les *Archives de médecine navale*. Il insiste sur ce fait : c'est que la quinine à la dose quotidienne de 1 gramme incommode les hématozoaires, mais ne les tue pas.

La médication préventive par le quinine peut diminuer le nombre des cas pernicieux, mais elle ne peut mettre à l'abri de toutes les atteintes du miasme palustre.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cours élémentaire de statistique administrative (1), par le docteur Jacques BERTILLON, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, membre du Conseil supérieur de statistique.

« On entend souvent dire que la statistique est une arme à deux tranchants. Ceux qui parlent ainsi prouvent seulement qu'ils ne la connaissent pas; la statistique est comme tous les instruments : elle blesse ceux qui ne savent pas s'en servir; cela ne prouve pas que l'instrument soit mauvais. » Cette réflexion, qui est la phrase d'entrée du livre, est très juste. Elle devrait être méditée par ceux qui n'accordent aucune valeur aux statistiques. Beaucoup sont en effet mal faites et ne méritent aucun crédit. Parfois c'est parce qu'elles portent sur un trop petit nombre de cas. Ainsi récemment un médecin, se basant sur 372 observations, était arrivé à cette conclusion que la mortinatalité des filles dépassait un peu celle des garçons; or des statistiques autrement étendues et faites dans les pays les plus divers comme dans les temps les plus longs, démontrent le contraire. M. Bertillon, qui cite cette erreur manifeste, discute l'argument par lequel on veut accorder une plus grande valeur aux statistiques particulières qui, plus restreintes que les officielles, se recommandent par une plus grande précision : « Je ne trouve pas qu'il y ait compensation, parce que la précision rigoureuse des observations n'aide guère à avoir des rapports constants; par exemple, dans le cas ci-dessus, qu'importe qu'on ait précisé par l'autopsie le sexe de quelques fœtus mal venus; cela n'influe sur les chiffres que d'une façon insignifiante et cela n'a pas empêché l'auteur d'arriver à un résultat, exact si l'on veut, mais trompeur néanmoins. »

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le plus souvent, les statistiques ne prouvent rien, parce que leur élaboration s'est faite en dehors de toutes les règles. Y a-t-il donc des règles en statistique? Oui et de très précises. Ainsi, avant d'établir un *coefficient*, c'est-à-dire un rapport entre deux chiffres, dont l'un est fonction de l'autre, il faut se demander si le numérateur de la fraction représente bien les effets et le dénominateur les causes du phénomène que l'on étudie. Par exemple, on veut déterminer le coefficient de nuptialité d'un pays. On sait combien il y a de mariages (*effets*); il faut les comparer à quoi? Au chiffre des habitants du pays, comme on le fait quelquefois? Mais qui est-ce qui *produit* les mariages? Quelles en sont les véritables *causes*, si l'on peut s'exprimer ainsi? Ce n'est pas l'enfant, mais l'adulte et seulement l'adulte célibataire, veuf ou divorcé qui peut se marier. Il faut donc établir ce rapport $\frac{\text{mariages}}{\text{adultes non mariés}}$. Les résultats sont bien différents si le dénominateur comprend tous les habitants ou seulement les adultes mariables. Dans le premier cas, on compte qu'il y a, pour 1000 habitants, 7,5 mariages annuels en France et 7,4 en Angleterre, c'est-à-dire un peu moins; dans le second cas, on remarque que pour 1000 habitants mariables, il y en a 45 qui convolent en un an en France et 50 en Angleterre, c'est-à-dire beaucoup plus. La principale raison de cette différence est qu'il y a plus d'enfants en Angleterre que chez nous. Or dans le premier rapport, ces derniers, qui ne peuvent contracter mariage, élèvent le dénominateur et par conséquent diminuent le quotient.

M. Bertillon emprunte aux grammairiens un procédé d'analyse des plus simples. Pour connaître le sujet de cette phrase « Paul épouse Louise », on se demande : Qui est-ce qui épouse? — C'est Paul. De même en statistique. Veut-on rechercher le coefficient des naissances illégitimes? Demandons-nous qui est-ce qui les fait. Ce ne peut être évidemment que les célibataires et les veufs ou plus simplement les filles et veuves de quinze à cinquante ans. De même si l'on recherche le coefficient de mortalité par la phtisie, il ne faut pas comparer le chiffre des décès par tuberculose aux autres décès, mais bien aux vivants, qui, seuls, peuvent devenir phtisiques et mourir tels.

Autre règle. Il faut que le dénominateur choisi ne contienne que des quantités semblables. Ainsi pour les mariages, en Angleterre, si nous nous contentons de déterminer combien il y a par an de mariages pour 1000 filles de plus de quinze ans, nous trouverons qu'il y en a 62 et pour 1000 veuves 20. « On sera donc porté à croire, dit M. Bertillon, que la nuptialité des veuves est trois fois moindre que celle des filles, ce qui est justement le contraire de la vérité, car la nuptialité des veuves, étudiée âge par âge, est plus forte de moitié que celle des filles du même âge. Il est aisé de se rendre compte de cette apparente contradiction... La plupart des filles sont jeunes et par conséquent le nombre absolu de mariages qu'elles contractent est élevé; au contraire, la plupart des veuves sont vieilles; il est vrai qu'elles se marient proportionnellement plus que les quelques filles de leur âge qui peuvent exister, mais enfin le nombre absolu des mariages qu'elles contractent est peu élevé et ne peut pas équivaloir à celui que contractent l'ensemble des filles. »

C'est en négligeant toutes ces règles que l'on établit des statistiques inutilisables ou que l'on en tire des conclusions illégitimes. Voici une des réflexions que la lecture du livre de M. Bertillon suggère. Il est habituel en médecine mentale de montrer qu'il y a une progression parallèle des cas de folie alcoolique et de paralysie générale; et l'on en conclut d'ordinaire que l'alcoolisme est la cause de cette dernière. Or les statistiques ne prouvent qu'une chose : c'est qu'il existe une progression simultanée pour la folie alcoolique et pour la paralysie générale. Il est possible que la cause de

ces deux faits soit bien réellement une intoxication alcoolique plus fréquente ; mais il est possible aussi que ce soit une autre cause commune à ces deux phénomènes : l'excès de civilisation et notamment le surmenage, etc.

Mais je ne peux en dire davantage sur ce livre qui m'a appris bien des choses, peut-être banales dans le monde des statisticiens professionnels, mais à coup sûr ignorées de la plupart des médecins. On y trouvera les règles pour la recherche des coefficients et des moyennes, pour la construction des graphiques, et enfin des exemples très nombreux de l'application de ces données générales à l'interprétation des chiffres élaborés par les bureaux de l'état civil, les tribunaux, les institutions de prévoyance. Enfin le livre se termine par un petit traité de démographie et l'étude numérique des variations de la population, de la natalité, de la mortalité, des migrations, etc. On sait quel intérêt présentent ces recherches qui aboutissent à des conclusions pessimistes absolument désolantes pour notre pays.

Aujourd'hui que tous les médecins font peu ou prou des statistiques, ce livre est un manuel qui rendra de très grands services. Que de recherches numériques ne peuvent servir à rien parce qu'elles ont été mal poursuivies ! Car il en est des statistiques comme de tout : on ne saurait en bien faire si l'on n'a pas appris la science des chiffres.

E. TOULOUSE.

La confusion mentale primitive (1), par Ph. CHASLIN, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre.

La confusion mentale est une variété d'aliénation mentale qui a eu, au cours de ce siècle, des appellations diverses. Esquirol lui avait donné le nom de *démence aiguë*; Georget et Etoc-Demazy celui de *stupidité* ; Becquet l'avait décrite dans son *délire d'inanition* et Ball dans sa *torpeur cérébrale*; Delasiauve avait trouvé la dénomination de *confusion* (mentale), à laquelle M. Chaslin ajouta l'épithète de *primitive*.

Un si grand nombre de termes laisse entrevoir que les véritables caractères, les limites précises de cette forme vésanique ne sont pas faciles à établir. M. Chaslin a essayé de le faire tout d'abord dans un premier mémoire présenté au Congrès des aliénistes de Blois (session de 1892), mémoire dont j'ai rendu compte ici même (1), et enfin dans son dernier livre amplement documenté et qui présente une étude d'ensemble de la question.

Tout d'abord, M. Chaslin admet qu'il y a une confusion mentale primitive, « dans laquelle les troubles somatiques jouent un grand rôle », et qui « *semble*, après que la cause qui l'a produite a agi, évoluer d'une façon indépendante ». C'est la *confusion mentale primitive idiopathique*. A côté d'elle, le symptôme confusion mentale primitive s'observe « dans une série de troubles organiques auxquels il est lié » ; ce sont les *confusions mentales primitives symptomatiques*. En opposition à ces deux sortes de confusions mentales, M. Chaslin place celles qui, d'origine secondaire, ne sont que « des symptômes d'importance accessoire » et apparaissant dans « une série de circonstances différentes ».

J'ai déjà critiqué cette épithète de *primitive*, qui s'accouple mal avec le mot de *symptomatique* ; car ce sont là plutôt deux termes opposés. Un trouble qui est symptomatique ne peut être considéré comme premier chronologiquement; il est secondaire aux processus morbides dont il est un des symptômes. Quoi qu'il en soit, M. Chaslin admet deux variétés de confusion mentale primitive : l'idiopathique, sans relation avec rien, et la symptomatique, liée au contraire à un autre trouble qui l'entretient. On reconnaît là le cadre habituel où nous classons nos observations. A mon avis, il vaudrait mieux dire : il existe deux classes de confusion mentale; dans la première, l'étiologie nous échappe totalement; dans la seconde, on peut la voir plus ou moins bien. M. Chaslin comprend d'ailleurs très bien ce qu'a de schématique et d'artificiel, au point de vue clinique, la division qu'il essaye — comme à regret — d'établir entre ces deux groupes de faits.

Enfin une troisième variété serait constituée par les confusions *secondaires*. Mais pourquoi, dira-t-on, les séparer des *symptomatiques* avec lesquelles elles pouvaient parfaitement être décrites ? C'est que M. Chaslin semble accorder à ce terme de *secondaire* le sens d'*accessoire*, de *moindre importance*, d'*épiphénomène*, comme il avait attribué au mot de *primitif*, l'idée d'*essentialité*, de *symptôme dominant*.

Mais l'on m'objectera que ce n'est encore qu'une discussion de terminologie, et qu'en cela c'est bien de la médecine mentale. En somme, qu'y a-t-il, en clinique, sous ces mots de confusion mentale? Eh bien ! voici : celle-ci est caractérisée surtout par la faiblesse des processus psychiques, se manifestant principalement dans l'association des idées et le pouvoir de synthèse qui groupe les éléments psychiques en rapport avec un seul sujet. Les sujets paraissent vivre dans un état perpétuel de distraction et de rêve. Si on les interroge, ils font des réponses à côté, paraissant chercher à se ressaisir et n'y parvenant pas ou mal.

Les confus ressemblent à des déments, et cependant ils ne le sont pas, du moins au sens classique du mot, puisqu'ils peuvent guérir; parfois aussi à des mélancoliques dont ils n'ont pas la douleur morale ; et enfin même, d'autres fois, suivant leurs crises plus ou moins passagères d'agitation, à des maniaques.

M. Chaslin, qui décrit toutes ces variétés et bien d'autres encore, s'attache à séparer la confusion mentale des états psychopathiques qu'ils rappellent plus ou moins bien, et notamment de la manie, de la mélancolie, du délire hallucinatoire aigu, et aussi des confusions qui peuvent survenir au cours d'intoxications, de la paralysie générale, etc. Ses efforts n'aboutissent souvent qu'à un aveu d'impuissance, comme lorsqu'il dit que les différences diagnostiques « se sentent et ne s'expriment pas ». C'est que la délimitation est dans ces cas particulièrement difficile. Pourquoi? Mais parce que l'on veut séparer ce qui se ressemble plus que cela ne se différencie. Plus je vais, plus je me rends compte que nos classifications nosologiques en médecine mentale ne reposent que sur l'observation de symptômes analogues à ce que sont, par exemple, la toux ou l'hydarthrose en pathologie générale.

La confusion mentale est un aspect de bien des troubles mentaux; souvent même n'est-elle qu'un *moment* dans leur évolution, comme dans ces psychoses complexes qu'on appelle la manie et la mélancolie. Mais où qu'on l'observe, dans des états morbides dont les conditions étiologiques sont obscures ou dans des maladies parfaitement caractérisées comme la paralysie générale, la confusion mentale a un grand nombre de symptômes semblables qui permettent de la reconnaître. Il serait utile de rechercher les circonstances pathogéniques, données par des entités morbides différentes et qui déterminent son apparition. Mais cela n'empêche pas, je le sais, que ces confusions mentales évoluent de façon un peu différente, selon les cas, et c'est alors — mais le moment est-il venu ? — qu'il serait intéressant de trouver pour quelles raisons tenant au sujet ou à la cause morbide. De même, la toux se reconnaît partout et se distingue aisément du hoquet ou de l'éructation, tout en étant un peu différente dans ses caractères et surtout son évolution, selon la cause qui l'actionne.

La confusion mentale n'est, en résumé, que la faiblesse des processus psychiques, quelque chose comme une fatigue cérébrale chronique; ce n'est pas là une maladie. M. Chaslin, qui me pardonnera cette digression, laquelle n'est pas une

(1) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

critique, ne serait pas loin de penser comme moi. Car, à maintes reprises, on voit dans son œuvre, si consciencieuse et si fouillée, ce sentiment que les faits ne cadrent pas avec les classifications et avec les théories. C'est même ce qui donne de la valeur à cette œuvre que ce doute, partout répandu sinon nettement exprimé; et c'est pourquoi on la lira avec profit. Elle est d'un homme de bonne foi.

E. T.

Paralysies diphtéritiques (1), par le docteur Crocq fils, médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles.

La pathogénie des paralysies diphtéritiques est un des points les plus intéressants de la neuropathologie; de nombreuses recherches ont été entreprises dans le but de déterminer les lésions nerveuses qui engendrent ces paralysies, mais les résultats ont été jusqu'ici tellement contradictoires qu'il aurait été difficile de se faire une opinion sur cette intéressante question. Vulpian, Déjerine, Mendel, Turigny, Hallion, etc., ont trouvé des altérations médullaires chez des malades morts de paralysies diphtéritiques, ainsi que chez des animaux intoxiqués par les toxines du bacille de Löffler; au contraire, Charcot, Leyden, Arnheim, Stelerbach, etc., n'ont observé dans ces cas que des névrites périphériques; enfin, Weber, Sanné, Babinski et Hochtans n'ont reconnu aucune lésion du système nerveux central ou périphérique. Pour étudier les lésions du système nerveux dans les paralysies diphtéritiques, le docteur Crocq a inoculé à des lapins, soit des cultures pures de bacille de Löffler, soit le liquide provenant de la filtration des cultures sur porcelaine. En opérant avec des cultures atténuées, il est parvenu à provoquer des paralysies lentes et bien caractérisées. A l'examen histologique il a pu se convaincre que le poison diphtéritique atteint généralement la moelle épinière, les nerfs médullaires et la partie tout à fait inférieure du bulbe; les lésions médullaires se produisent avant celles des nerfs périphériques, aussi n'hésite-t-il pas à conclure que ce poison provoque, chez les animaux, une myélite primitive et des névrites périphériques secondaires.

Appliquant le résultat de ses recherches aux paralysies diphtéritiques humaines, l'auteur émet cette opinion que, chez l'homme, la diphtérie semble pouvoir provoquer deux espèces bien différentes de paralysies, dont les unes restent localisées à la bouche, au nez, aux yeux, au larynx, au pharynx, et dont les autres se généralisent et peuvent atteindre tout le corps, en débutant par les membres inférieurs. Il croit que les premières seules sont dues à une névrite périphérique primitive et que les secondes dépendent d'une myélite primitive et de névrites secondaires.

Cet intéressant travail est accompagné de 5 planches, dont 3 en couleurs, représentant, avec une grande finesse, les lésions observées par l'auteur.

Les artérites. Leur rôle en pathologie (2), par le docteur A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon.

L'auteur étudie, dans ce premier volume, les artérites et leurs conséquences immédiates. Il montre l'importance et l'indépendance des lésions de l'endartère; ces lésions sont souvent isolées et prédisposent à l'oblitération par thrombose. Lorsqu'elles sont associées aux destructions de la membrane moyenne, elles aboutissent aux ectasies simples ou anévrismales et, par suite, aux ruptures. Les altérations de l'adventice sont toujours accessoires, maintes fois absentes, à tel point que l'on pourrait dire que la péri-artérite n'existe jamais à l'état isolé.

L'un des chapitres les plus instructifs est consacré à l'étiologie où se trouve présentée la série déjà nombreuse des causes productrices des artérites. Sans préjuger en rien de l'avenir on peut voir, par l'énumération qui en est faite, que la plupart des infections et des intoxications nocives, pour les appareils valvulaires du cœur, peuvent déterminer des modifications similaires du côté de la membrane interne des vaisseaux.

Dans ce premier volume, il est à peine fait allusion à la théorie de l'artério-sclérose. Ce sujet, nécessitant une discussion assez longue, trouvera son développement naturel dans un second volume où seront réunis tous les arguments qui infirment la valeur de cette doctrine, considérée jusqu'à ce jour comme tenant sous sa dépendance l'histoire de la plupart des scléroses organiques.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux, par F. Raymond, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. 1 beau volume grand in-8° de 660 pages avec 103 fig. et 2 pl. en couleur. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons de pharmacothérapie, par le docteur B.-J. Stockvis, professeur à l'Université d'Amsterdam, traduction française par les docteurs D. de Buck et L. de Moor, revue et augmentée par l'auteur. Tome I : *Pharmacothérapie générale ; Parasiticides.* 1 vol. grand in-8° de 500 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Le typhus exanthématique de Murchison, par MM. L.-H. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et H. Dubief, inspecteur des épidémies du département de la Seine, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 460 p., avec figures et 2 pl. en couleur. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques (clinique et médecine légale), par le docteur Victor Parant, médecin directeur de la Maison de santé de Toulouse, membre de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres, et de la Société de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° de 173 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique de la tuberculose, par le docteur H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais. (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.*) 1 vol. in-12 de 360 pages, relié en peau pleine. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement des endométrites et des salpingites au début, par les vapeurs médicamenteuses (communication faite au Congrès gynécologique de Bordeaux, séance du 8 août 1895), par le docteur Sordes (de Paris), lauréat de l'Académie de médecine. (Prix de l'Académie 1884.) 1 vol. in-12 de 40 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 41. — SAMEDI 4 AVRIL 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 4 AVRIL 1896. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 mars 1896, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris a été réorganisé de la manière suivante :

Le préfet de la Seine, président; le préfet de police; dix membres du Conseil municipal; deux maires ou adjoints; deux administrateurs des bureaux de bienfaisance; un conseiller d'État ou un maître des requêtes au Conseil d'état; un membre de la Cour de cassation; un médecin des hôpitaux et hospices en exercice; un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice; un médecin accoucheur des hôpitaux en exercice; un médecin du service des secours à domicile en exercice; un professeur de la Faculté de médecine; un membre de la Chambre de commerce; un membre patron et un membre ouvrier des conseils des prud'hommes; neuf membres pris en dehors des catégories indiquées ci-dessus.

— Par décret, en date du 30 mars 1896, dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, lorsqu'une chaire devient sans titulaire, ou lorsque les congés accordés à des professeurs titulaires l'exigent, il est pourvu aux besoins de l'enseignement au moyen de cours renouvelables chaque année.

Le traitement des chargés de cours est fixé par arrêté du ministre et dans la limite du crédit inscrit pour chaque chaire au budget de l'école.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 mars 1896, ont été nommés médecins-inspecteurs des écoles de la Ville de Paris : MM. les docteurs Marquez, pour le XVIIIe arrondissement (cinquième circonscription) ; Deschamps, pour le XVIIIe arrondissement (huitième circonscription) ; Pélaprat, pour le XVIIIe arrondissement (neuvième circonscription).

— *Le secret professionnel.* — Les médecins peuvent-ils, malgré les obligations imposées par le secret professionnel, certifier, au cours d'une instance en séparation de corps, que les rapports conjugaux ont déterminé une maladie utérine ?

D'accord avec la jurisprudence française et conformément aux principes sociaux qui régissent le secret professionnel, on peut, sans crainte, répondre non à la question ci-dessus posée. Mais telle n'est pas l'opinion de la Cour de Poitiers, qui, dans un arrêt du 3 décembre 1894, dont nous reproduisons ci-dessous les considérants, admet qu'un certificat délivré dans les conditions déterminées plus haut ne constitue pas une violation du secret médical.

« Attendu que les documents versés au procès établissent que G... s'est rendu coupable d'excès et de sévices sur la personne de sa femme, en lui imposant, sans ménagements aucuns, des rapprochements qui ont déterminé chez elle une métrite très violente ;

Attendu que, bien que prévenu de son état, il a, malgré les recommandations du médecin, continué à faire subir à l'appelante des relations qui ont aggravé considérablement sa maladie et auxquelles elle n'a pu se soustraire qu'en se réfugiant auprès de sa famille ;

Attendu que ces faits sont constatés dans un rapport du docteur Boiffin ;

Attendu que les premiers juges ont à tort rejeté ce certificat comme constituant une violation du secret professionnel ; qu'il n'aurait pu appartenir qu'à la malade seule, et non à son mari, d'invoquer un tel moyen ; que le refert du 14 janvier dernier doit être retenu au procès ;

Attendu que les constatations de l'homme de l'art éclairent d'un jour particulier les scènes scandaleuses racontées par le premier témoin de l'enquête et expliquent l'attitude de la femme et sa résistance à suivre son mari dans sa chambre, par la crainte qu'elle éprouvait d'avoir à supporter encore, au grand dommage de sa santé, ses caresses brutales ;

Attendu que plusieurs témoins de l'enquête, dont les déclarations ne sont nullement démenties, attestent que, à différentes reprises, G... a injurié gravement sa femme et exercé sur elle de mauvais traitements ; que, notamment le 22 avril 1893, quelques jours après un accouchement laborieux, et alors qu'elle pouvait à peine se traîner, il l'a forcée à porter du pain chez ses clients, ce qui l'a contrainte à s'aliter le soir même ;

Attendu, dans de telles circonstances, qu'il y a lieu de faire droit à la demande ;

Par ces motifs, statuant sur l'appel émis à l'encontre du jugement qu'a rendu entre les parties, sous la date du 22 avril 1894, le Tribunal civil de la Roche-sur-Yon ;

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé ; en conséquence, met à néant le jugement entrepris ; et, corrigeant, réformant et faisant ce que les premiers juges auraient dû faire ;

Déclare la demande justifiée, prononce la séparation de corps d'entre les époux G... aux torts et griefs du mari, fait défense à celui-ci de hanter ni fréquenter sa femme. » (*Bull. offic. du Synd. des méd. de la Seine.*)

1

MÉDICAMENTS APPROUVÉS

Par L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Poudre et pastilles du Dr Belloc, au charbon de peuplier, antiseptique gastro-intestinal efficace et inoffensif. Indications : dyspepsie, gastralgie, flatulence, acidités, pituites, diarrhée, dysenterie, fièvre typhoïde. Dose : 2 à 3 cuillerées à bouche de poudre ; 4 à 6 pastilles par jour, avant ou après les repas. Poudre, 2 fr. le flacon. Pastilles, 1 fr. 50 la boîte.

Vin de quinium de Labarraque. Vin titré et dosé contenant tous les principes utiles du quinquina : le quinium, qui en fait la base, comprend tout l'extrait soluble et les alcaloïdes, en proportions déterminées ; il est obtenu par des procédés spéciaux. (Voir Officine de Dorvault.) 4 gr. 50 de quinium, dose pour 1 litre de vin, contiennent 3 grammes de principes toniques et aromatiques et 1 gr. 50 des alcaloïdes réunis du quinquina.

Indications : toutes celles qui demandent l'emploi d'un vin généreux, cordial, fébrifuge, tonique et digestif, toutes les formes de débilité, la convalescence les cachexies. Prix : 6 francs la bouteille, 3 francs la demi-bouteille. Dose : un verre à liqueur après chaque repas.

L'Ostéine Mouriès, — combinaison de phosphate de chaux gélatineux et d'albumine, — constitue un aliment réparateur et reconstituant pour la femme enceinte, la nourrice et l'enfant. Elle se présente sous forme de *poudre* ou de *semoule Mouriès*, ce qui permet d'en varier l'emploi et de prévenir le dégoût. Une mesure qui surmonte chaque flacon indique la dose ordinaire pour un potage. Prix du flacon, 2 francs. Cette préparation a reçu l'approbation de l'Académie de Médecine, et l'inventeur, M. Mouriès, a présenté sur ce produit un mémoire qui a été couronné par l'Institut.

Ces divers produits spécialisés se vendent dans toutes les pharmacies avec une instruction pour l'usage. Tous ces médicaments sont la propriété de la maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY ET Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris. Médailles d'or aux Expositions universelles de Paris, Melbourne, Sydney, Philadelphie, Amsterdam.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic et traitement de l'anurie calculeuse.

Par le docteur A. DONNADIEU,
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux,
Aide de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté,
Lauréat de la Société de chirurgie de Paris.

L'anurie calculeuse est une complication en général tardive de la lithiase rénale, parce qu'elle se produit, non pas toujours (j'ai montré ailleurs que le mécanisme n'en était pas unique), mais le plus souvent, à l'occasion de l'oblitération d'un uretère, chez des malades dont le rein du côté opposé avait été antérieurement détruit par la lithiase. Elle débute donc fréquemment par une colique néphrétique ou une douleur uretéro-rénale.

Une fois constituée, elle évolue en deux temps. Dans une première période (période de tolérance), dont la durée moyenne peut être évaluée à cinq ou six jours, tout serait normal, n'était l'anurie, c'est « l'euphorie parfaite » d'Eger. Puis par gradations insensibles (période intermédiaire), le malade arrive à l'urémie (période urémique) et meurt au milieu de troubles peu bruyants en général, en pleine connaissance le plus souvent.

Ces quelques détails étant donnés, nous allons étudier les divers moyens à employer pour faire le diagnostic de l'anurie calculeuse, diagnostic difficile et qu'il importe de faire minutieusement; puis nous établirons la thérapeutique rationnelle de cette affection.

I

Diagnostic. — Le premier point consiste à établir qu'il y a anurie et non pas seulement rétention d'urine. La chose est trop facile pour que nous y insistions. S'il y a anurie, est-ce bien une anurie calculeuse? Pour le savoir, c'est sur le début de la crise qu'il faut tout d'abord faire une enquête. Plusieurs cas peuvent se présenter.

Le plus généralement, le malade est un calculeux avéré qui, à la suite d'une colique néphrétique ou d'un autre signe de lithiase (hématurie surtout), a vu se suspendre la sécrétion urinaire. Dans ces cas, le diagnostic est aisé; tout au plus la confusion pourrait-elle avoir lieu avec une colique néphrétique simple. Mais c'est là une question de nuance et de degré. Il faut redouter l'anurie calculeuse lorsque, au cours d'une colique néphrétique légitime, la douleur disparaît sans que la sécrétion se rétablisse; il est alors infiniment probable que le malade n'a qu'un rein et que le calcul s'est arrêté, qu'il ne chemine plus. Du reste, les doutes seront bien vite levés par les événements.

Plus difficile est le diagnostic dans les cas où l'anurie apparaît sans phénomènes rénaux pathognomoniques, mais les antécédents sont alors d'un grand secours; la lithiase a dû laisser des souvenirs dans la vie du sujet; malheureusement, il faut parfois se passer de cette aide, l'anurie calculeuse pouvant survenir chez un sujet indemne de tout antécédent lithiasique. Ces faits sont heureusement très rares.

Dans tous les cas, c'est par l'interrogatoire soigneux du malade et aussi par l'examen objectif méthodique que se fera le diagnostic. Nous parlerons plus tard des moyens d'exploration des voies urinaires; disons tout de suite que la présence dans la vessie d'une petite quantité d'urine sanguinolente est un excellent signe de présomption en faveur de l'anurie calculeuse. Il faut toujours le rechercher.

Il convient aussi de passer en revue, pour les éliminer, les diverses anuries qui peuvent en imposer pour l'anurie calculeuse. Je rappellerai seulement pour mémoire les anuries toxiques, l'anurie des maladies générales : néphrites infectieuses (scarlatine, diphtérie, fièvre jaune, ictère grave, choléra) et l'anurie de certaines affections gastro-intestinales (dysenterie grave, cancer de l'estomac, péritonite, obstruction intestinale). En général, le diagnostic différentiel ne sera pas longtemps hésitant, en tenant compte des phénomènes qui accompagnent l'arrêt de la sécrétion urinaire.

L'anurie des néphrites peut survenir dans deux conditions : 1° à la période terminale du mal de Bright dans ce cas, précédée comme elle l'aura été de tous les symptômes du brightisme, elle n'arrêtera guère le praticien; 2° au début d'une néphrite parenchymateuse aiguë, elle sera alors accompagnée de fièvre et de phénomènes généraux graves (diarrhée, vomissements), qui manquent dans l'anurie calculeuse ou au moins ne s'observent que plus tard.

L'anurie qui résulte de la compression des uretères par une tumeur abdominale ou pelvienne se rapproche par certains côtés, au point de vue du mécanisme, de l'anurie calculeuse et se range avec elle dans la classe des anuries par obstruction, mais elle s'en distingue cliniquement d'une façon très nette par les caractères suivants : début lent, diminution progressive de la sécrétion urinaire, dilatation au-dessus de l'obstacle, hydronéphrose fréquente dans ces cas, très rare dans l'oblitération calculeuse. Tout cela sans compter les signes résultant de la tumeur elle-même.

L'anurie réflexe, dont M. Legueu (1) vient de citer un cas, peut prêter à confusion. Lorsque la sécrétion urinaire se supprime à la suite d'une opération abdominale importante, l'esprit est en éveil, mais lorsque, à la suite d'une instillation de nitrate d'argent, se déclare une anurie qui persiste dix jours (cas de Legueu), elle éveille des doutes bien légitimes. Mais la brusquerie avec laquelle l'anurie paraît, l'absence de douleurs, de coliques antérieures, de toute sensibilité provoquée du côté des reins, l'absence d'hématurie sont des raisons qui doivent faire éliminer le diagnostic d'anurie calculeuse. Si l'anurie est précédée ou accompagnée de phénomènes rénaux, le diagnostic devient sinon impossible, du moins très difficile, il demande une exploration attentive.

L'anurie hystérique peut, elle aussi, créer de sérieux embarras. C'est qu'en effet, on trouve chez les hystériques des douleurs variées : névralgie lombo-abdominale, rachialgie, ovaralgie, cystalgie et même douleurs rénales, qu'il sera souvent difficile de différencier des phénomènes douloureux qui précèdent ou accompagnent l'anurie calculeuse. Cependant il suffit, dans l'immense majorité des cas, d'être prévenu de la possibilité d'une erreur pour ne pas la commettre. En effet, d'après Charcot, l'anurie hystérique se présente avec quelques caractères qui servent à la dépister : « Son début est graduel, elle est interrompue de temps en temps par l'émission de petites quantités d'urine; sa durée ne dépasse pas dix jours; les produits de désassimilation, l'urée en particulier, ne se trouvent pas en plus grande quantité dans le sang et enfin elle a pour point de départ d'autres phénomènes hystériques ou elle coïncide avec eux. »

(1) LEGUEU. *Ann. des mal. des org. gén.-urn.*, oct. 1895.

Plus difficile à distinguer est l'anurie goutteuse. Elle est due à l'encombrement des tubuli par des cristaux uratiques; mais bien souvent en même temps que les petites concrétions des tubuli, se sont formées des concrétions plus volumineuses, qui obstruent un des uretères; on a dès lors à la fois anurie goutteuse et anurie calculeuse. Du reste la marche de cette anurie goutteuse est la même que celle de l'anurie calculeuse et les antécédents ne peuvent guère nous sortir d'embarras.

Un assez bon symptôme peut être tiré de l'examen des urines que rendent parfois, en très petite quantité, les malades au cours de leur crise ou qu'on retire de leur vessie. Dans l'anurie calculeuse, cette urine est pâle ou sanguinolente, mais pauvre en principes excrémentitiels ; dans l'anurie goutteuse, au contraire, elle est colorée et abandonne des dépôts d'acide urique.

Enfin, il faut savoir que l'anurie chez les lithiasiques n'est pas toujours une anurie par obstruction. Il existe des cas dans lesquels le rein, dégénéré à la longue par la présence de calculs, cesse de sécréter parce qu'il n'y a plus de parenchyme : c'est une anurie par dégénérescence tout à fait comparable à l'anurie terminale des néphrites médicales. Ces cas sont rares heureusement, car il est impossible de les différencier cliniquement de l'anurie calculeuse vraie et l'opération n'a pas sur eux de prise ; mais il ne faut pas, dans la pratique, compter avec ces cas malheureux; mieux vaut croire à une obstruction qui n'existe pas, que de laisser sans le lever un obstacle qui existe.

Une fois établi le diagnostic d'*anurie calculeuse*, tout n'est pas dit; il faudrait savoir le côté récemment obstrué et le siège de l'obstacle, enfin, si possible, l'état de l'autre rein.

Ici l'histoire du malade a encore une importance capitale.

Il faudra s'enquérir avec soin du siège de la douleur qui a précédé l'anurie. Le côté douloureux aura bien des chances d'être le côté obstrué. Il y a même des malades qui ont, à ce sujet, des sensations particulièrement précises et qui peuvent dire à quel niveau est arrêté le calcul. On pourra aussi, par la marche des accidents, diagnostiquer une oblitération double qui aura pu se faire à quelques heures ou quelques jours d'intervalle et qui se sera traduite par une douleur plus ou moins vive, siégeant successivement sur le trajet de chacun des uretères.

Ce n'est pas seulement sur la dernière crise qu'il convient d'interroger le malade, mais sur les crises antérieures. Le médecin recueillera ainsi des renseignements intéressants. Il apprendra, par exemple, qu'un rein, après une colique néphrétique, a brusquement cessé d'être douloureux et que, depuis ce jour, les crises ont eu lieu, toujours du côté opposé. Dans ces circonstances, il est bien probable que le rein devenu silencieux est resté définitivement obstrué et qu'il a été physiologiquement supprimé.

Ou bien le malade n'aura jamais éprouvé de douleur d'un côté. Le rein, de ce côté, a bien des chances pour être congénitalement absent ou pour avoir été détruit par une affection silencieuse.

Mais si l'anurie débute sans douleur, si le malade, déjà très urémique, comme dans un cas de Legueu, ne donne pas de renseignements précis, force est bien de s'en rapporter aux résultats de l'examen objectif qui ne doit du reste jamais être négligé.

Les méthodes d'examen proposées sont multiples : les unes ne réclament aucune intervention sanglante, les autres exigent au moins une incision préalable. Le procédé le plus important est la palpation des uretères. Pour la pratiquer, il faut prendre les précautions que l'on prend d'ordinaire pour la palpation de l'abdomen (relâchement musculaire, vacuité de l'intestin, etc.). Par cet examen, on pourra, dans des cas bien rares, percevoir sur le trajet de l'uretère un corps dur représentant le calcul et, à ce point, faire éprouver au malade une douleur. Le diagnostic sera dès lors établi, mais il ne faut pas compter sur cette chance. Plus souvent, on trouvera d'un côté de l'abdomen un point douloureux fixe, renseignement moins précis, mais fort utile. Si ce point, en effet, n'indique pas, ainsi que des observations nombreuses le prouvent, le siège exact du calcul, il indique au moins le côté obstrué.

Enfin, en l'absence de douleur provoquée, il est un phénomène auquel il faut faire la plus grande attention et sur lequel Legueu insiste avec raison : c'est la défense musculaire. On sent à la palpation que, d'un côté, la paroi abdominale se laisse plus mal déprimer, qu'elle se défend contre l'exploration. Dans un cas très remarquable, Legueu, en l'absence de tout autre renseignement, a pu, sur ce signe, baser le diagnostic du côté obstrué.

Tant que l'on palpe l'abdomen, il est bon d'explorer le rein (ballottement, procédé du pouce). On notera parfois une sensibilité renale exagérée, signe important, parfois, rarement, une augmentation de volume, ce qui n'éclairera guère le diagnostic.

L'exploration de l'uretère dans sa portion abdominale n'est pas suffisante, il faut la compléter par le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, qui permettront parfois de reconnaître soit un calcul arrêté dans la portion terminale de l'uretère, soit un point douloureux dont nous avons vu plus haut la signification.

Le cathétérisme des uretères est encore peu pratiqué, je ne sache pas qu'il ait été fait dans l'anurie calculeuse. Je n'insiste pas sur son manuel opératoire, on le trouvera décrit dans la thèse de Laguens (1).

Peu de résultats sont encore donnés par la cystoscopie, elle pourrait, par la constatation de l'absence d'un uretère, mettre sur la voie du diagnostic de rein unique.

Nous passons sur le procédé d'Harrisson et sur l'exploration du trigone chez la femme à travers l'urèthre dilaté.

Je ne fais que citer aussi les divers procédés sanglants d'exploration qui ont été proposés. Ils sont tous très peu pratiques et doivent être laissés de côté, on les trouvera, du reste, exposés et critiqués dans ma thèse avec plus de détails. Les uns sont seulement explorateurs, les autres ont la prétention de servir à la fois au diagnostic et au traitement de l'anurie.

Parmi les premiers, signalons l'ouverture de la vessie par le vagin, le périnée on la voie hypogastrique, cystotomie qui met à nu l'embouchure des uretères et permet le cathétérisme de ces conduits.

Parmi les seconds, il faut citer la laparotomie médiane, l'exploration par une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque primitive, et enfin l'incision lombaire. Les deux premiers procédés sont déplorables, le dernier seul est acceptable, parce que seul il peut rationnellement servir à l'extraction du calcul obturateur : nous aurons l'occasion d'y revenir.

En somme, on pourra assez facilement, dans la plupart

(1) Laguens. Th. de Bordeaux, 1889.

des cas, faire le diagnostic d'anurie calculeuse, en se basant surtout sur les antécédents du malade et l'histoire de la crise, par l'exclusion aussi des autres causes d'anurie. Le diagnostic du côté obstrué, fréquemment difficile, dans le cas, par exemple, où le malade ne souffre pas, sera cependant possible le plus souvent, en tenant compte de l'interrogatoire et des signes physiques. Quant au siège exact des calculs, ainsi que le disent fort justement MM. Demons et Pousson (1), « en dehors des faits dans lesquels le corps du délit est directement perçu par le doigt introduit dans le rectum ou le vagin, l'observateur le plus sagace, celui qui sait le mieux analyser les symptômes subjectifs et objectifs présentés par le malade, en reste réduit le plus souvent à de simples conjectures, aux seules probabilités de l'anatomie pathologique, qui nous enseigne que, dans l'immense majorité des cas, les calculs s'arrêtent à l'extrémité supérieure de l'uretère ».

II

Traitement. — Le traitement de l'anurie calculeuse, quoi qu'en aient dit certains auteurs, doit être médical d'abord, chirurgical seulement ensuite.

A. Traitement médical. — La véritable prophylaxie de l'anurie calculeuse, consiste dans le traitement rationnel de la lithiase rénale : nous ne faisons que poser ici, sans la développer, cette indication capitale.

L'anurie étant constituée, quels moyens avons-nous de la faire cesser et quelles indications devons-nous remplir ?

Il faut : 1° calmer la douleur du début ;

2° faire disparaître l'obstacle ;

3° gagner du temps en retardant l'auto-intoxication.

1° *Calmer la douleur.* — La chose est indispensable, non seulement pour soulager le malade, mais encore parce que la douleur entretient un spasme permanent de l'uretère qui emprisonne le calcul. Nous avons pour remplir cette indication tous les analgésiques. Je ne veux retenir ici que trois moyens qui peuvent être employés concurremment et dont on se trouve très bien dans la colique néphrétique : cataplasmes belladonés, grands bains, injections de morphine. Je me sers volontiers, dans la colique néphrétique, d'un mélange de morphine et d'atropine, et je crois que cette association a d'heureux effets sur le spasme de l'uretère. Voici la formule que j'emploie :

Chlorhydrate de morphine	10 centigrammes
Sulfate d'atropine	5 milligrammes
Eau distillée.	10 grammes.

2° *Faire disparaître l'obstacle.* — On a songé à dissoudre le calcul, mais les médicaments qui dissolvent le mieux l'acide urique *in vitro* ne le dissolvent plus en présence de l'urine (lysidine, pipérazine, par exemple). Force est donc de renoncer à ce moyen qui serait très tentant et de se contenter de faire progresser vers la vessie la concrétion qui obstrue l'uretère.

Pour ce faire, il faut tout d'abord s'attaquer au spasme qui la maintient fixée, c'est ce que réalisent les analgésiques dont nous avons parlé. Je veux seulement indiquer ici deux moyens particulièrement dirigés contre ce spasme ; d'abord les inhalations de chloroforme qui, entre les mains de Wanebroucq, ont donné d'excellents résultats dans la lithiase hépatique et ont merveilleusement réussi dans l'anurie calculeuse, dans un cas de Counsell (1).

L'électricité, sous forme de courants continus ou de courants faradiques le long de l'uretère, a été aussi indiquée par Guyon.

Tout en s'attaquant au spasme et en libérant ainsi le calcul, il faut aussi tâcher de le faire cheminer.

Dans ce but, on a proposé le massage, les exercices violents, les purgatifs, les vomitifs, utilisant les mouvements qu'ils provoquent du côté des viscères abdominaux. Un exercice modéré pourra être utile, mais il ne faut pas encourager les longs voyages, les grandes courses, car il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une syncope mortelle, même dans la période calme de l'anurie.

Quelques médicaments ont été préconisés pour faciliter le glissement du calcul. Ces médicaments sont l'huile d'olive et la glycérine.

Je n'ai personnellement aucune expérience de l'huile d'olive qui a surtout été utilisée dans la colique hépatique. Employée à la dose de 6 à 7 cuillerées dans la colique néphrétique par Aussilloux (2), elle aurait, paraît-il, donné de bons résultats.

La glycérine a été, de la part d'Hermann (3), l'objet d'une étude intéressante. Il la donne à la dose de 50 à 100 centimètres cubes, dose que l'on répète deux ou trois fois, soit quotidiennement, soit à intervalles plus éloignés.

Après l'administration du remède, les malades éprouvent dans le rein, du côté malade, une sensation de cuisson quelquefois assez vive, et ils éliminent des graviers et des calculs parfois assez gros. Triple est le mode d'action supposé de la glycérine. Pour quelques-uns, elle dissoudrait l'acide urique, pour d'autres, passant dans les urines, elle les rend visqueuses et facilite la progression du calcul, pour Hermann, elle provoque une soif intense, fait beaucoup boire, ce qui augmente la tension dans l'arbre urinaire et favorise la diurèse.

Nous touchons ainsi à un mode de traitement très utilisé dans l'anurie calculeuse. Tous les diurétiques, en effet, ont été employés; on espérait ainsi vaincre l'obstacle et le chasser par la *vis a tergo*.

Tous ne sont pas à essayer. La digitale ne me semble pas utile; elle agit peu en dehors des insuffisances rénales d'origine cardiaque. De plus, il faut se méfier des médicaments actifs dont l'élimination, ce qui est le cas, n'est pas assurée, et pour ce motif nous repoussons absolument la pilocarpine.

C'est au lait et aux eaux minérales (Capvern, Vittel, Contrexéville) qu'il faut s'adresser de préférence. Ces eaux sont diurétiques; de plus, ainsi que le dit Laguens, elles ont une action utile sur les mucosités qui entourent le calcul, augmentent son volume et aident ainsi à l'oblitération.

La compression des membres inférieurs avec une bande en caoutchouc a donné à Reliquet un remarquable succès. Son mode d'action est facile à comprendre. Elle agit par l'augmentation de pression qu'elle provoque dans les vaisseaux rénaux. Mais ce moyen, très rationnel, n'est pas sans danger ; il faut lire, pour s'en convaincre, le tableau qu'a

(1) Demons et Pousson. Acad. de méd., 9 janv. 1894.

(1) Counsell. *The Lancet*, 1888, p. 972.
(2) Aussilloux. *Bull. gén. de thérap.*, 13 déc. 1893.
(3) Hermann. *Prag. Med. Wochens.*, 1891, nos 17 et 18.

tracé de son malade, Reliquet lui-même. Ce procédé cependant, si on le surveille de très près, si on ne l'emploie jamais chez les athéromateux ou les cardiaques, pourra donner de bons résultats.

A essayer enfin, comme adjuvants, les lavements glacés répétés toutes les heures environ et les injections de sérum artificiel à la dose de 20, 30 centimètres cubes. Le premier de ces moyens est un excellent diurétique.

Enfin, la troisième indication consiste à gagner du temps *en retardant l'auto-intoxication*.

Pour cela, il faut veiller à apporter dans l'organisme, par l'alimentation, le minimum possible d'éléments toxiques; il faut aussi provoquer des évacuations compensatrices. Nous répétons ici qu'on doit se méfier de la pilocarpine qui enlève de l'eau et non des substances toxiques.

Les injections de suc rénal, d'après la méthode de Dieulafoy (1), pourront peut-être prolonger la période de tolérance.

Je ne parle pas du traitement de l'urémie; il ne faut pas en attendre les manifestations; avant son apparition, le médecin doit céder le pas au chirurgien, il faut intervenir avant les accidents graves, nous allons le voir.

B. Traitement chirurgical. — Avant de dire comment il faut intervenir, demandons-nous tout d'abord si l'intervention peut être utile en pareil cas.

MM. Demons et Pousson ont réuni 17 cas traités chirurgicalement, avec 6 décès; soit une mortalité de 33 p. 100. Or, la mortalité de l'anurie calculeuse laissée à elle-même est de 82 p. 100 pour Merklen (2), de 71,42 p. 100 pour Legueu (3), et de 67,64 p. 100 d'après ma statistique.

J'ai réuni moi-même 25 cas avec intervention (22 dans ma thèse et 3 cas publiés depuis par Legueu (4)]. Ils donnent une mortalité de 48 p. 100.

Cette statistique, du reste, ne rend pas un compte exact de tout ce que peut donner la chirurgie; l'intervention n'est pas encore devenue courante, on ne sait pas quand il faut intervenir, ni comment il faut le faire; on attend, on hésite et on intervient, comme cela a été fait trois ou quatre fois, en plein coma urémique. Je crois que l'on pourra obtenir bien mieux quand l'anurie calculeuse sera devenue, comme l'obstruction intestinale, une affection chirurgicale.

Legueu pose en principe qu'il faut opérer aussitôt le diagnostic fait. La chose n'est, le plus souvent, pas possible et cela heureusement, je crois. Il ne faut pas oublier que l'anurie calculeuse, traitée médicalement et même quelquefois mal, ou pas traitée du tout, guérit assez souvent; aussi ne suis-je pas partisan de l'intervention systématique dès le début de l'affection, et je crois que la formule à laquelle il faut s'arrêter est la suivante : Opérer assez tard pour avoir des raisons sérieuses de croire impossible la guérison naturelle; assez tôt, pour éviter la destruction de l'épithélium rénal et l'intoxication trop complète de l'organisme. Revenons sur ces trois points.

On n'est jamais sûr que la maladie abandonnée à elle-même ne guérira pas; on a cité des guérisons survenues au quatorzième, quinzième et même au vingtième jour, mais il faut se contenter de probabilités sérieuses et se rappeler que « les chances de mort augmentent progressivement au delà du cinquième jour, et à peu près dans une raison proportionnelle à la prolongation de l'anurie ».

Malheureusement nous ne savons trop à quel moment le rein, soumis à une contre-pression constante, devient impropre à sécréter. Ce que je puis dire, c'est que, dans une de mes expériences, j'ai lié d'un côté l'uretère d'un lapin, et au bout de huit jours une néphrotomie permit au rein de reprendre sa fonction et de sécréter une urine suffisamment abondante et suffisamment riche en urée. Quoi qu'il en soit, cette indication d'opérer avant la destruction du parenchyme rénal est en général primée par celle d'intervenir avant l'intoxication trop complète de l'organisme. Cependant, il faudrait savoir se résoudre à opérer avant l'apparition du plus petit trouble, dans un cas où la tolérance serait très longue, et cela pour préserver l'intégrité du parenchyme rénal.

Il est certain, d'autre part, que, si le malade est trop intoxiqué au moment de l'intervention, arrivât-on à rétablir la sécrétion urinaire, les accidents n'en continuent pas moins leur marche, et le malade ne se relève pas. Ils sont fréquents les cas où l'on voit l'anurie cesser, soit spontanément, soit du fait du traitement chirurgical, et où le malade n'en succombe pas moins à l'empoisonnement. La lecture des observations en fournit de nombreux exemples.

De plus, ce n'est pas sans inconvénient que l'on fait un traumatisme grave à un sujet déjà intoxiqué. Pour toutes ces raisons, il me semble que le moment le plus opportun pour intervenir est la période que nous avons décrite ailleurs sous le nom de « période intermédiaire », qui n'est plus la tolérance parfaite, qui n'est pas encore l'urémie confirmée. Il faut, par une surveillance très attentive, dépister les premiers signes de l'empoisonnement : vomissements, céphalée, légère fatigue, barre épigastrique, etc. Il ne faut pas attendre les phénomènes graves de torpeur profonde ou de dyspnée intense; il ne faut pas laisser se produire des troubles moins alarmants en apparence, mais très sérieux au fond : les tressaillements musculaires dont Roberts a mis en lumière l'importance pronostique. En somme, et suivant nos moyennes, il ne faut guère dépasser le cinquième jour de l'anurie. Ce chiffre n'a, du reste, rien d'absolu, la clinique décidera en maîtresse, et il y aura bien des cas dans lesquels cette date devra être avancée; le principe restera le même.

Nous savons déjà que l'intervention chirurgicale est très justifiée dans l'anurie calculeuse, nous savons la date de cette intervention; voyons maintenant la façon d'agir.

Les opérations pratiquées jusqu'ici dans l'anurie calculeuse se décomposent de la façon suivante :

Opérations sur la terminaison de l'uretère.	1 cas.
Uretérotomies vraies	2 —
Pyélotomies	4 —
Opérations sur le rein.	18 —

L'*intervention sur la terminaison de l'uretère* est due à Morris (1). Elle a été, en somme, plutôt indiquée que pratiquée, faute d'outillage suffisant. Il recommande, dans le cas de calcul arrêté dans la portion terminale de l'uretère, d'aller, par l'urèthre dilaté chez la femme, par une boutonnière périnéale chez l'homme, sentir le calcul enclavé, puis d'inciser

(1) Dieulafoy. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892.
(2) Merklen. Th. de Paris, 1881.
(3) Legueu. Th. de Paris, 1890-91.
(4) Legueu. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, oct. 1895.

(1) Morris. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1884.

sur le doigt les tissus qui le recouvrent et de l'extraire ensuite avec une curette.

Si les chirurgiens n'ont eu qu'une fois l'occasion de s'attaquer à la terminaison de l'uretère pour anurie calculeuse, ils ont eu plus d'une fois à extraire des calculs de cette région et nombreux sont les procédés qu'ils ont proposés, nombreuses les voies d'attaque: vagin (Bozeman, Sherwood-Dunn, Emmet); rectum (Ceci); voie hypogastrique (Gargam, Le Dentu); voie sacrée (Delbet). En somme, en présence d'une anurie produite par l'arrêt d'un calcul dans la portion inférieure de l'uretère, c'est par la dilatation de l'urèthre chez la femme, qu'il faut commencer; chez l'homme, c'est la voie hypogastrique qui donnerait, je crois, l'accès le plus commode sur l'obstacle.

L'*uretérotomie* vraie, nous voulons dire l'incision de l'uretère dans sa portion abdomino-pelvienne, en dehors de sa portion juxta-vésicale, fut pratiquée deux fois pour anurie calculeuse, bien plus souvent pour calcul sans anurie.

Les résultats sont très favorables, puisque, sur 8 cas, on a obtenu 6 guérisons, mais une chose qui étonne à la lecture des observations, c'est le sans-gêne avec lequel les Américains laissent, sans les suturer, les plaies de l'uretère, à proximité du péritoine, au milieu d'un tissu infiltrable, d'autant que ce sans-gêne contraste fort avec le soin qu'apporte Tuffier (1) dans la suture de ces mêmes plaies, suture qu'il affirme absolument indispensable.

Quoi qu'il en soit, l'uretérotomie est une opération difficile, longue; l'uretère est profond, sa recherche laborieuse et si l'on joint à cela l'incertitude qui plane à peu près constamment sur le siège exact du calcul, on comprendra que nous repoussions cette opération d'une façon systématique.

La *pyélotomie*, pratiquée quatre fois dans l'anurie calculeuse, nous semblerait préférable à l'uretérotomie, mais inférieure à l'intervention dont il nous reste à parler : la néphrotomie; inférieure, parce que les plaies du bassinet, sans donner lieu, comme on pourrait le croire, à des fistules intarissables (ainsi qu'il ressort de nombreux faits que nous avons réunis) se prêtent beaucoup moins bien que les plaies du rein à une réunion immédiate, idéal à rechercher; ensuite parce qu'elles donnent plus facilement lieu à de l'infiltration d'urine à cause de leur profondeur plus grande et de leur drainage plus difficile. La pyélotomie est aussi plus longue, moins facile et permet moins bien que la néphrotomie l'exploration complète du rein et de l'uretère.

C'est donc à la *néphrotomie* qu'il faut recourir dans l'immense majorité des cas. Nous dirions volontiers toujours, si nous n'avions en vue les cas analogues à ceux de Morris où le calcul est accessible par la vessie. Dans ces cas, il faut, il me semble, lever l'obstacle par la voie vésicale; puis faire le cathétérisme de l'uretère et alors, si le conduit est perméable dans toute son étendue, l'opération est terminée; si un obstacle situé plus haut arrête le cathéter, c'est encore au rein qu'il faut s'adresser.

A part ces cas très rares de calcul juxta-vésical, tous les anuriques sont justiciables de la néphrotomie.

Même à supposer exactement connu le siège du calcul, nous avons vu qu'il faut repousser l'uretérotomie, l'incision rénale donnant à moins de frais des résultats meilleurs, mais il y a plus, la clinique est souvent, pour ne pas dire toujours, incapable de déterminer ce siège d'une façon rigoureuse. Dès lors, la néphrotomie est la seule opération rationnelle; c'est elle qui donne l'accès le plus facile sur le siège probable de l'obstacle ou qui, seule, rend possible l'exploration de l'arbre urinaire dans son ensemble.

Aussi MM. Demons et Pousson, en proposant la néphrotomie pratiquée systématiquement et d'emblée dans l'anurie calculeuse, ont-ils rendu un immense service à la thérapeutique de cette affection.

A tous les avantages que nous avons signalés à l'incision rénale, il faut ajouter celui de provoquer une émission sanguine agissant très heureusement sur l'urémie commençante et celui de produire dans le rein un abaissement de tension très favorable à la reprise de la sécrétion urinaire.

Le rein une fois ouvert (nous n'insistons pas sur le manuel opératoire de cette opération que l'on trouvera très détaillé dans la thèse de Brodeur et dans l'excellent livre de Tuffier), quelle est la conduite à tenir?

Elle varie suivant les cas.

Il faut tout d'abord enlever les calculs qui encombrent ou peuvent encombrer le bassinet et la portion supérieure de l'uretère.

Puis le cathétérisme rétrograde de l'uretère s'impose dans tous les cas et ne doit jamais être négligé.

L'orifice supérieur n'est pas toujours facile à trouver, ainsi que l'a montré Legueu, mais on y arrive, en général, avec un peu de patience et la boule poussée avec précaution s'engage alors dans le conduit.

S'il est libre, elle s'enfonce loin et se dégage dans la vessie. Il faut alors faire, si l'état du rein le permet, ce qui est la règle, la suture de la plaie rénale. Cette suture, dont les règles ont été tracées par Tuffier, se fait au moyen de cinq ou six points de fort catgut, passés en pleine substance rénale, et permet d'obtenir la réunion immédiate, ce qui est évidemment l'idéal.

Si l'uretère n'est pas libre, la boule s'arrête et donne à la main une sensation caractéristique de résistance et de frottement. Alors deux doigts glissés par la plaie lombaire, le long de l'uretère, reconnaissent le siège d'arrêt de la boule et essaient de faire remonter le calcul par des pressions méthodiques. Dans quelques cas, dans celui de Bergmann (1), par exemple, on a pu avec des pinces, en dilatant lentement l'uretère, extraire un calcul situé à 6 centimètres du rein. Il est impossible de fixer une ligne de conduite immuable pour opérer cette extraction, il faut savoir s'inspirer des circonstances et profiter de l'outillage que l'on a sous la main.

Dans quelques cas, il ne sera pas possible de faire remonter le calcul. Legueu conseille alors, soit de le broyer sur place à travers l'uretère, comme le fit Pousson, soit d'inciser les parois du conduit directement sur le calcul.

Cette uretérotomie est admissible si l'obstacle est à portée, facilement abordable, s'il est fixé dans la première partie de l'uretère, au-dessus du détroit supérieur, et encore si l'état général du malade n'est pas trop mauvais et si l'on ne craint pas que la durée un peu plus longue de l'opération ne vienne compliquer la situation déjà grave.

Mais si le corps étranger est immobilisé plus bas et si on ne peut le repousser dans la vessie, il faut se résigner à le laisser : l'opération n'en aura pas été moins utile pour cela, mais alors il faut bien se garder de suturer le rein, il faut le drainer au contraire et créer ainsi une fistule lombaire.

(1) Tuffier. *Chirurgie expérimentale du rein*, 1889.

(1) Bergmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 10 déc. 1887.

Comment vont se passer les choses dans le cas où, pour une raison ou pour une autre, l'obstacle persiste?

Le fait fondamental de la physiologie de la taille rénale, c'est la reprise de la secrétion urinaire. Une fois le rein ouvert, il se remet à fonctionner, et dans les observations où l'extraction du calcul fut impossible, on voit qu'une très grande quantité d'urine est rendue par la plaie rénale. Les pansements sont traversés, les matelas mouillés, l'urine s'écoule à terre.

J'ai moi-même, par des expériences (1), cherché à étudier ce fait de la reprise de la sécrétion après l'incision du rein, et j'ai montré (2) que, l'obstacle persistant, le rein ouvert fournissait une urine suffisamment abondante et suffisamment riche en urée, beaucoup plus riche que celle qu'obtenait Biar (3) par la fistule de l'uretère. Aussi a-t-on dans la néphrotomie un traitement palliatif de premier ordre, dans tous les cas où l'anurie est due à un obstacte qu'il est impossible d'enlever : tumeur abdominale comprimant l'uretère, par exemple.

On a voulu comparer cette voie d'échappement à l'anus artificiel : physiologiquement la comparaison n'est pas possible, car l'obstruction de l'uretère produit un arrêt de la sécrétion, et non seulement une rétention de l'urine dans le bassinet et dans le rein, et c'est à la pression intra-rénale qu'est dû cet arrêt. Eh bien, l'incision rénale fait précisément cesser la pression, et c'est par là qu'elle agit.

Mais il y a plus, elle fait aussi cesser le spasme qui maintient le calcul, et cela en provoquant une émission sanguine, en abaissant la tension, en mettant le rein au repos, en supprimant les causes d'irritation et de congestion. Aussi voit-on le calcul obturateur tomber de lui-même dans la vessie, quelques jours après l'intervention, et les urines reprendre leur cours physiologique.

En somme et pour conclure : la néphrotomie d'emblée, systématique, est le traitement de choix dans l'anurie calculeuse; cette néphrotomie sera suivie de l'extraction des calculs, du cathétérisme rétrograde de l'uretère et de la suture du rein, toutes les fois que l'on aura pu s'assurer de la perméabilité du canal. On laissera ouverte la plaie rénale et l'on fera le drainage dans le cas contraire.

Je crois que, par cette thérapeutique rationnelle, la mortalité de l'anurie calculeuse ne tardera pas à décroître, le jour où les médecins se diront que cette affection est justiciable de la chirurgie au même titre que l'occlusion intestinale, et qu'ils se décideront à intervenir assez tôt.

PATHOGÉNIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PYÉLO-NÉPHRITE

Par M. Bazy, chirurgien des hôpitaux.

Conclusions. — 1° La pathogénie de la pyélo-néphrite est difficile à établir. La pyélo-néphrite chirurgicale est primitive ou secondaire. Quand elle est secondaire, on admet d'ordinaire que l'infection a suivi une marche ascendante et vient de la vessie, les microbes franchissant le sphincter uretéral, tout comme une infection de l'urèthre prémembraneux peut envahir l'urèthre postérieur après passage à travers la portion membraneuse de cet urèthre. Mais ce passage des microbes de la vessie dans l'uretère n'est pas si facile qu'on pourrait le croire, l'abouchement de l'uretère dans la vessie se faisant obliquement et, de plus, l'uretère étant constamment traversé par un courant de liquide descendant. Chez les animaux, il est vrai, on peut pousser une injection de la vessie dans l'uretère et jusque dans le bassinet; mais il faut pour cela que l'injection soit poussée avec force. Reste à savoir, d'ailleurs, si on peut assimiler complètement une vessie d'homme à une vessie d'animal. Pour ma part, je crois que, pour que l'infection ascendante des voies urinaires puisse avoir lieu, il faut que la vessie soit malade.

Je suis bien plus porté à adopter la pathogénie de l'infection descendante, sanguine, proposée par M. Bouchard. Les microbes contenus dans le sang, sous une influence quelconque, passent à travers les reins et le bassinet. Or si le liquide urinaire, pour une raison ou pour une autre, devient un bon milieu de culture, les microbes se développent dans le bassinet comme dans un vase clos.

Chez le premier malade de M. Routier, le refroidissement semble avoir agi sur le rein d'une manière réflexe, rendant ce rein favorable à la pullulation des microbes.

Chez la deuxième malade, l'utérus gravide a pu comprimer l'uretère, faisant stagner les urines dans le bassinet; et les microbes y ont trouvé un excellent milieu de culture.

En somme, nous croyons que la plupart des pyélo-néphrites sont d'origine sanguine. Maintenant, pourquoi, dans beaucoup de cas, un seul rein est-il pris? Il faut sans doute en chercher la cause dans des conditions locales du rein permettant la pullulation microbienne.

2° Le diagnostic de la pyélo-néphrite est, en général, assez facile; mais il ne faut jamais oublier d'examiner les urines. Le diagnostic est plus difficile quand la pyélo-néphrite est fermée.

Il faut se guider surtout sur les troubles urinaires intermittents, les urines contenant du pus. Parfois la tumeur formée par la pyélo-néphrite peut n'être pas très grande. Une cause d'erreur encore peut résulter de la situation élevée de la tumeur.

3° Quant au traitement, il est variable suivant les cas. Quelques cas de pyélo-néphrite peuvent guérir spontanément. J'en ai observé deux exemples chez deux gens âgés. Ces faits, d'ailleurs, sont signalés déjà par Guyon.

Le traitement de choix de la pyélo-néphrite est l'incision. S'il faut faire la néphrectomie, mieux vaut la pratiquer secondairement que primitivement. Il faut réserver la néphrectomie primitive aux seuls cas où le tissu rénal a presque complètement disparu.

L'incision rénale doit être aussi large que possible. Pas plus que M. Routier, je ne fixe le rein à la paroi, car je ne crains pas l'infection du tissu périrénal; d'ailleurs, il est souvent difficile d'amener le rein à la paroi.

Quand l'uretère est perméable, on peut faire une injection dans l'uretère d'une solution de nitrate d'argent à 1/1000 ou 1/500; et on peut laisser la fistule se fermer.

Quand l'uretère n'est pas perméable, et s'il existe des abcès multiples, je fais la néphrectomie secondaire. Celle-ci est toujours difficile. Je la pratique par la voie lombaire, voie moins grave (à cause de l'infection abdominale possible), mais plus difficile que la voie abdominale.

---

(1) Donnadieu. Th. de Bordeaux, 1895, p. 99.

(2) Donnadieu. Des effets de l'obstruction de l'uretère et du traitement de « l'anurie obstructive » par la néphrotomie systématique, *Arch. clin. de Bordeaux*, août 1895.

(3) Biar. Th. de Bordeaux, 1885-1886.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de l'actinomycose. — Le professeur Tourner a eu récemment à observer un cas d'actinomycose qui présente quelques points intéressants.

Un homme de cinquante et un ans est venu consulter l'auteur pour une affection de l'oreille. Dans les antécédents du malade, on ne trouve qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu en 1890; depuis quelques années, l'ouïe du patient est devenue légèrement troublée. En janvier 1895, quinze jours après un refroidissement, est survenue une douleur aiguë dans l'oreille droite et la température s'éleva. Un médecin spécialiste constata alors une otite moyenne catarrhale avec exsudat. La région péri-auriculaire se tuméfia et le gonflement s'étendit vers l'apophyse montante du maxillaire.

Consulté quinze jours après le début des accidents, M. Tourner constata une tuméfaction douloureuse de la région signalée, avec rétrécissement très prononcé du conduit auditif externe. L'ouïe est presque nulle de ce côté. La tumeur est ferme, fluctuante en un point, au niveau de la tête du condyle. Le malade a perdu presque toutes ses dents depuis longtemps.

On diagnostiqua une parotidite; à l'incision, rien ne s'écoula. Deux jours après, autre incision un peu au-dessus du canal de Sténon et écoulement de deux cuillerées de pus très fétide, brunâtre; la face externe de l'apophyse montante était décollée. Les jours suivants, le pus continua encore à suinter, l'infiltration disparut; la température tomba à la normale. Quinze jours après, quand la plaie de la région péri-auriculaire n'était pas encore fermée, on constata une rougeur phlegmoneuse du voile du palais et de la voûte palatine du côté droit; et c'est à ce moment seulement que le malade se plaignit de dysphagie et que la fièvre remonta de nouveau. On incisa alors la collection et il s'en écoula du pus floconneux, brunâtre, très putride. A l'examen microscopique du pus, on reconnut les grains d'actinomycose.

Quinze jours après, alors que les deux foyers n'étaient pas encore fermés, se fit une nouvelle localisation au niveau de l'angle droit du maxillaire; l'infiltration, indolore, s'étendait dans la profondeur, vers le paquet vasculo-nerveux du cou et le larynx. La tuméfaction était d'une dureté cartilagineuse et augmentait rapidement de volume; quelques points fluctuants se montrèrent bientôt, on incisa alors la tumeur; il s'en écoula un pus analogue à celui des autres collections.

Cependant, l'état du malade empirait, il était devenu très faible, anémié, l'activité cardiaque s'était affaiblie. L'auteur se décida alors à enlever la tumeur cervicale par l'excision ou le curetage.

Incision depuis la plaie de la joue vers l'angle du maxillaire, excision de la tumeur au bistouri; ce qui frappe c'est que la surface de la plaie est couverte d'une masse dure comme du cartilage, légèrement vitreuse; nulle part on ne distingue la différenciation des couches des tissus. L'ablation complète étant impossible, on fut obligé de se contenter de l'excision de plusieurs fragments (le tissu néoplasique ne cédait pas à la curette); la plaie fut alors touchée avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100 et ensuite badigeonnée à la teinture d'iode.

Dès le premier pansement, c'est-à-dire trois ou quatre jours après l'intervention, la tumeur était déjà diminuée de moitié; au bout de trois semaines la guérison fut complète; la fistulette qui persistait a cédé à la teinture d'iode, et l'induration au niveau de la cicatrice a disparu, grâce aux injections phéniquées à 5 p. 100, qu'on a continuées ensuite pendant plusieurs mois, une fois par semaine. Trois mois plus tard on constata une induration au niveau de la cicatrice; elle disparut sous l'influence des injections de teinture d'iode. Depuis, l'état général s'est complètement rétabli et le malade se sent tout à fait bien. La porte d'entrée et le moment de pénétration du champignon sont restés inconnus.

L'auteur explique l'action favorable de l'incision et des ouvertures des foyers actinomycosiques, par ce fait que le parasite se trouve ainsi en contact avec l'air; or, Wolff a constaté que les actinomyces ne poussent pas à la surface des cultures, l'oxygène empêchant leur prolifération. Dans l'actinomycose profonde, viscérale, l'iodure de potassium paraît donner d'excellents résultats. (*Wratsch*, 1895, n° 42.)

Rôle étiologique des angines dans les affections cardiaques. — M. Hippius a rapporté, à la Société de pédiatrie de Moscou, une observation intéressante qui démontre le rôle qne peut jouer l'angine simple dans l'étiologie des cardiopathies.

Il s'agit d'un enfant de dix ans, que l'auteur avait observé depuis l'âge de trois ans; jamais il n'a constaté chez lui aucun trouble cardiaque, aucun bruit anormal. A l'âge de trois ans, cet enfant eut la dysenterie, plus tard la varicelle et la malaria, mais, depuis deux ans, sa santé était parfaite. Récemment, l'enfant fut atteint d'une angine folliculaire aiguë, accompagnée d'une élévation assez considérable de la température et de fréquence du pouls (120); au bout de vingt-quatre heures, la fièvre disparut, mais le pouls resta encore à 100 pendant trois jours; à l'auscultation, en dehors de la fréquence des battements, rien d'anormal à signaler. Dix jours plus tard, la fièvre revint de nouveau, d'abord faible, puis augmentant jusqu'à 39 à 39°2. A l'auscultation, on constata alors un souffle systolique à la pointe, souffle très faible, il est vrai, mais très net.

L'angine double, qui avait disparu, se montra de nouveau.

Quelques jours plus tard, la pointe du cœur était perçue dans le sixième espace, et le souffle s'accentua, il y avait donc de l'endocardite.

Cette affection doit être mise sur le compte de l'angine folliculaire, puisque l'enfant était absolument bien portant jusque-là, et que l'endocardite s'est développée au cours de l'angine.

Rapports du pancréas; leur importance clinique. — M. Tchaoussoff a étudié la situation et les rapports du pancréas sur des coupes de cadavres congelés, dont les viscères étaient fixés par une injection préalable d'une solution d'acide chromique à 10 p. 100. De cette étude anatomique on peut tirer les conclusions pratiques suivantes :

Les néoplasies du pancréas se développent vers la moitié supérieure de l'abdomen; les tumeurs de la queue du pancréas se manifestent dans l'hypocondre gauche; les hémorragies de cette glande se font dans la cavité du grand épiploon; ses suppurations peuvent s'ouvrir, soit dans la même cavité, soit le long du canal de Wirsung, plus rarement entre les deux feuillets du mésentère ou du mésocôlon. Les kystes se développent surtout en avant et peuvent rétrécir la cavité épiploïque, parfois même jusqu'à l'oblitérer complètement. (Société médicale russe de Varsovie.)

L'épididymite compliquant l'uréthrite au cours des affections aiguës. — L'épididymite et l'orchite compliquent souvent, comme on sait, l'uréthrite blennorragique, mais cette complication est le plus souvent provoquée par une cause occasionnelle quelconque : effort musculaire, surmenage, etc.

M. Goldenberg vient d'observer plusieurs cas où cette complication est survenue, malgré le repos complet au lit,

mais grâce à l'existence de l'influenza, qui a favorisé la propagation de l'uréthrite préexistante à l'épididyme, et cela en diminuant la résistance générale de l'organisme. Du moment que l'influenza peut provoquer de cette façon l'épididymite chez un sujet déjà atteint d'uréthrite gonorrhéique aiguë, l'auteur émet l'hypothèse que toutes les maladies infectieuses peuvent jouer le même rôle de cause occasionnelle. (*Gaz. méd. de la Russie mérid.*, 1895, n° 52.)

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1896. — Présidence de M. DELENS.

COMMUNICATIONS

Moyen d'éviter les suppurations consécutives aux trépanations osseuses. — M. REYNIER rappelle que, lorsqu'on trépane un os pour une affection tuberculeuse, on observe, à la suite de ces interventions, des suppurations qui se prolongent indéfiniment. M. Reynier a cherché à éviter cet inconvénient en bourrant la cavité osseuse résultant de la trépanation d'une sorte de mastic, formé par un mélange de salol et d'iodoforme. La plaie osseuse, ainsi comblée par ce mastic aseptique, ne suppure pas et les suites sont des plus simples.

Luxations congénitales de la hanche. — M. BROCA. Avant d'étudier les indications thérapeutiques auxquelles il faut obéir en face d'une luxation congénitale de la hanche, le chirurgien doit se demander quelle est la nature de cette lésion. Verneuil, en effet, a prétendu, en 1866, qu'il s'agissait non pas d'une malformation congénitale, mais d'une luxation paralytique acquise. D'où cette conclusion que l'électrisation des muscles fessiers, l'hydrothérapie locale et un traitement tonique général constituent pour cette affection une thérapeutique efficace. Les médecins seraient donc impardonnables de laisser évoluer, jusqu'au degré où nous les voyons quotidiennement, ces lésions si faciles à guérir, d'après les affirmations de Verneuil.

Ils sont heureusement excusables, car, en réalité, il s'agit d'une malformation de la hanche; en général, on ne la reconnaît pas avant la marche; puis, lorsque le membre doit supporter le poids du corps, la jointure où tout buttoir osseux fait défaut à la tête subit une luxation progressive, d'ordinaire en arrière, quelquefois en avant. Il est alors assez fréquent que les luxations en avant se fixent assez bien et donnent au corps un appui assez solide pour un fonctionnement convenable du membre, mais le fait est exceptionnel pour les luxations postérieures.

Ce défaut de fixation de la tête est ici nettement capital, et pour rendre la démarche particulièrement oscillante et disgracieuse, et pour rendre la marche particulièrement pénible et fatigante. De là on doit immédiatement conclure qu'il ne suffit pas, pour arriver à un résultat thérapeutique favorable, de réduire la tête, mais qu'avant tout il importe de la fixer. C'est de la sorte qu'il faut juger les différentes tentatives des orthopédistes et des opérateurs.

Le traitement orthopédique consiste d'abord dans la réduction, obtenue par des manœuvres diversement réglées. Mais, que peut être cette réduction? Au début, elle est possible, car souvent il y a un cotyle assez large, mais plat. Toutefois, même lorsqu'au début existe cette disposition relativement favorable, la réduction ne tarde pas à devenir en réalité impossible dans un cotyle devenu définitivement trop étroit pour recevoir la tête : par l'extension, on peut seulement abaisser la tête en face du cotyle, par certaines manœuvres telles que celles de Paci, de Lorenz — pour ne parler que des auteurs modernes — on peut faire entrer la tête fémorale dans le cotyle rétréci.

Mais quelle que soit la forme du cotyle, large et plat ou rétréci, une fois cette pseudo-réduction obtenue, la contention est impossible : toujours manque le buttoir osseux capable d'arrêter l'ascension de la tête. Lorsque, après une immobilisation prolongée avec extension, on fait lever l'enfant, on croit souvent avoir obtenu une amélioration, on constate toujours qu'avec la marche se produit la récidive. Cette immobilisation dans le décubitus doit donc être repoussée. Mais depuis peu de temps a surgi une méthode où, après avoir réduit la tête, Lorenz fixe le membre dans l'abduction, avec un appareil plâtré et, pendant plusieurs mois, fait marcher l'enfant de la sorte. Il espère qu'ainsi, sous la pression que provoque la marche, la tête se creusera une cavité capable à la fois de la contenir et de la maintenir.

Quoique, dans mes premiers essais, j'aie observé, ici aussi, la récidive après une amélioration apparente, je continue ces tentatives, qui, pour les luxations unilatérales, permettent la marche et n'ont aucun inconvénient, et peut-être, quand la technique sera perfectionnée, aurons-nous un moyen, sinon de guérir, au moins d'améliorer la luxation encore souple des enfants encore jeunes.

Mais pour les enfants ayant passé quatre à cinq ans, lorsque déjà la contracture s'est mise de la partie, lorsque la réduction — même avec les réserves que je viens de faire — est devenue impossible en raison des déformations osseuses, alors se pose très nettement l'indication d'une intervention opératoire pour obtenir la réduction dans un cotyle artificiellement creusé à la place du cotyle déshabité.

M. Broca termine par le résumé des considérations de la technique opératoire et sur les résultats fonctionnels qu'il a développés récemment.

M. KIRMISSON demande que l'on mette à l'ordre du jour, dans l'une des prochaines séances, la question du traitement des luxations congénitales de la hanche. Cette proposition est adoptée.

PRÉSENTATION

Ectopie anale vulvaire. — M. KIRMISSON présente une enfant qu'il a opérée d'une ectopie de l'anus vulvaire.

La séance est levée.

— Dans la nuit du 28 au 29 mars 1896, l'incendie, qui a détruit l'église Saint-Sauveur de Lille, s'est propagé à l'hôpital. Les 250 malades ont été évacués. Une centaine ont été transférés à l'hôpital de la Charité ; les enfants ont été dirigés sur l'hospice général ; d'autres malades ont été admis au dispensaire de Wazemmes.

Le *Nord médical*, auquel nous empruntons ces détails, rend hommage au dévouement de tous et à la présence d'esprit des Sœurs qui se sont prodiguées.

L'Administration des hospices de Lille, réunie d'urgence, a pris des mesures pour assurer les services. L'hôpital Saint-Sauveur recevra 120 malades, et le service chirurgical des enfants sera bientôt installé dans le bâtiment Saint-Côme.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

ABCÈS DYSENTÉRIQUES DU FOIE AVEC AMIBES

Par MM. Peyrot et Roger,
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

Le fait d'abcès à amibes que nous rapportons est le premier, pensons-nous, qui ait été observé en France. Dans les pays chauds, les observations de ce genre ne sont pas très rares, mais dans la plupart des cas, en même temps que des amibes, on trouva diverses bactéries pyogènes dont la présence suffisait à expliquer la suppuration. Ces abcès à amibes sont toujours consécutifs à la dysenterie. Il en a été de même dans notre cas. Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, d'une bonne santé habituelle, qui partit avec son mari, employé colonial, pour Nossi-Bé, le 12 août 1895; le 10 décembre, elle est prise d'une dysenterie d'ailleurs peu grave, il y avait sept à huit selles douloureuses par jour, peu ou point de sang dans les garde-robes. Le 18 décembre, tout était terminé.

A ce moment, la malade fut prise de nouveaux accidents; elle eut des accès de fièvre à maximum vespéral et des vomissements incessants. Ces manifestations disparurent vers le 17 janvier et furent remplacées par des douleurs intenses dans la région du foie, douleurs qui irradiaient dans tout le côté droit du corps. L'état général s'aggravant rapidement, la malade revint en France, et, après une traversée fort pénible, entra le 28 février 1896 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Gouguenheim. Notre collègue ayant pensé à un abcès du foie, la malade fut transférée en chirurgie. On put constater alors que le foie très douloureux débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et remontait dans le thorax jusqu'à la troisième côte. Une ponction exploratrice ayant permis de trouver du pus, nous pratiquons l'ouverture de l'abcès par la voie transpleurale; après avoir réséqué la dixième côte, on traverse le diaphragme et on ouvre un abcès hépatique d'où s'écoule environ un demi-litre de pus. Les suites de l'opération ont été fort simples; actuellement, la malade est presque complètement guérie; elle présente seulement, depuis quelques jours, une légère poussée de pneumonie à la base droite.

Le pus recueilli au moment de l'ouverture de l'abcès fut trouvé à l'examen direct dépourvu de toute bactérie; les divers milieux de culture sur lesquels on le sema restèrent stériles. Au contraire, quand on renouvela le pansement, on trouva dans le pus trois espèces de microbes : des pneumocoques, des streptocoques et des coli-bacilles. La présence de ces microbes venus secondairement prouve que le pus de l'abcès représentait un bon milieu de culture pour divers agents pathogènes et que ce n'est pas à ses propriétés bactéricides qu'il fallait rapporter sa stérilité.

L'examen microscopique du pus qui s'est écoulé au moment de l'incision a établi que les leucocytes avaient tous subi une désintégration presque complète; on ne trouvait que des débris fortement colorés; au milieu d'eux se détachaient des éléments arrondis ou ovalaires, la plupart incolores et qu'une étude plus attentive nous a permis d'assimiler aux microbes de Lœsch et de Kartulis.

Ces parasites, quand on les maintient sur la platine chauffante, présentent une série de pseudopodes; bien étalés, ils atteignent jusqu'à 26 μ sur 16. Sur des préparations sèches, les amibes sont plus petites : elles n'ont que 8 à 10 ou 13 μ. Par l'emploi des matières colorantes, on peut mettre en évidence quelques particularités de leur structure. Au moyen de l'éosine, on voit nettement les vacuoles de leur protoplasma; au moyen du carmin, on colore le noyau qui, tantôt très volumineux, occupe presque toute la cellule, tantôt petit, siège au centre, entouré parfois d'une zone claire. Les couleurs basiques d'aniline ne se fixent pas sur les amibes, mais colorent seulement des granulations siégeant à leur centre ou formant une couronne à leur périphérie.

Les caractères du pus se sont un peu modifiés après l'incision : d'innombrables leucocytes sont venus remplir le foyer; en même temps, les amibes sont devenues de plus en plus rares.

Il est évidemment impossible d'établir le rôle des amibes dans la production des abcès dysentériques. Pour résoudre ce problème pathogénique, il faudra avoir recours à l'expérimentation et par conséquent obtenir d'abord des cultures. Or, en semant le pus dans des infusions de paille, nous avons vu se développer les amibes sous forme de petites sphères granuleuses, munies parfois de prolongements : tous les éléments avaient le même aspect, ce qui contraste nettement avec le polymorphisme des amibes contenues dans le pus.

Il est probable que l'occasion de contrôler nos observations se présentera souvent : les troupes de l'administration coloniale sont malheureusement destinées à offrir à notre examen de nombreux abcès dysentériques du foie.

REVUE DE LA PRESSE

Abcès ossifluents intra-mammaires. — M. P. Mermet, interne des hôpitaux, dans les *Archives de médecine* (1896, p. 442), trace ainsi le traitement des abcès ossifluents intra-mammaires.

« Il existe dans la thérapeutique des abcès par congestion, quel qu'en soit le siège, deux indications primordiales : l'une s'adresse à la lésion osseuse originelle, l'autre à l'abcès froid consécutif.

Pour les abcès ossifluents mammaires, ces deux indications se retrouvent, et plus que partout ailleurs, peut-être, il est nécessaire de les remplir simultanément si on veut arriver à une guérison prompte et sûre.

1° Le traitement de la lésion osseuse originelle est le traitement des ostéites tuberculeuses. Par l'incision qui servira à traiter l'abcès par congestion, on sera amené sur la lésion; on pratiquera, suivant l'étendue de celle-ci, soit un simple grattage (périostite des anciens), soit un évidement osseux (ostéite superficielle), soit même une résection plus ou moins atypique (ostéite totale ou profonde);

2° Le traitement de l'abcès par congestion sera à peu près toujours le même. Il s'agit, et c'est ici l'idéal chirurgical, d'extirper la collection purulente pour réunir par première intention; la forme limitée, enkystée de ces abcès ossifluents se prête à merveille à cette thérapeutique. Cette méthode a été employée avec succès dans quatre de nos observations. La poche enkystée enlevée soigneusement, on rapproche les deux lèvres de l'incision et la guérison se fait dans la huitaine. Dans certains cas, où l'excision ne serait pas possible, la simple incision de l'abcès, suivie de grattage et d'attouchements antiseptiques (chlorure de zinc, naphtol camphré, etc.), conservera tous ses droits; elle est aussi curative, mais sa marche est plus lente et elle expose davantage à des fistules secondaires. »

Dermatite suppurative multiforme à poussées successives. — MM. Hallopeau et Prieur résument ainsi un travail qu'ils publient dans la *Tribune médicale* (1896, p. 246) :

« 1° Parmi les différentes formes de dermatite suppura-

tive, il en est une qui se développe en dehors de la grossesse et se reproduit pendant de longues années par poussées fébriles successives;

2° L'éruption y est d'emblée purulente;

3° Elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant soit maints caractères de l'alphabet, tels que le *C*, le *G*, le *J* et l'*S*, ou d'autres signes, tels que des points d'interrogation dos à dos;

4° Il n'y a pas de microbes dans ce pus, si on l'examine au moment où il vient d'être exsudé;

5° La dermatose est liée, selon toute vraisemblance, au développement de toxines pyogènes;

6° Cette dermatose peut être dénommée « dermatite pustuleuse multiforme à poussées successives »;

7° Elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique par ce fait que les poussées éruptives y sont généralisées et qu'il s'agit, par conséquent, d'une maladie de cause interne;

8° Elle se distingue de la dermatite herpétiforme de Duhring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs, ainsi que par l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes;

9° Elle diffère du type classique de l'impétigo herpétiforme par son développement en dehors de l'état puerpéral, par sa longue durée, par l'aspect si étrangement varié des soulèvements bulleux. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

Statistique ethnologique. — M. LAGNEAU rend compte d'une statistique anthropologique et ethnologique, publiée par le ministère de la guerre d'Italie et rédigée par M. le docteur Ridolfo Levi; cet ouvrage, accompagné de nombreux tableaux, de cartes teintées, de graphiques, résulte du dépouillement des livrets sanitaires individuels de près de 300000 soldats.

On y étudie d'abord la répartition de leurs caractères anthropologiques : stature, périmètre thoracique, conformation de la tête, du visage, coloration des yeux, des cheveux, etc. Puis on rappelle la répartition des diverses races ayant concouru à la composition de la nation italienne : Ligures, Pélasges, Ombres, Osques, Etrusques, Scianes, Sicules, Grecs, Lombards, Normands, etc., etc.; différents éléments ethniques qui rendent compte de la diversité des caractères anthropologiques.

A propos de la présentation de cet ouvrage, M. Lagneau rappelle qu'au Conseil supérieur de statistique, il a demandé que, pareillement en France, se servant de livrets individuels de nos militaires, on voulût bien publier des statistiques analogues. Larrey et M. Bergeron ont, depuis longtemps, insisté pour qu'on réunît, pour l'ensemble de la France, les nombreux documents statistiques relatifs à la répartition topographique des caractères anthropologiques, des aptitudes spéciales, des infirmités, des endémies, etc. En faisant mieux connaître notre population, cette géographie statistique, à la fois anthropologique et médicale, constituerait une véritable œuvre d'utilité publique.

Abcès dysentérique du foie ne contenant que des amibes. — M. PEYROT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 435.)

Actinomycose. — M. PONCET rappelle avoir plusieurs fois attiré l'attention de l'Académie sur cette affection, en se basant sur un certain nombre de faits qu'il avait observés. Il résulte de ces faits et de ceux qu'il a observés depuis, que l'actinomycose est une maladie aussi commune en France que dans les autres pays. C'est une maladie méconnue et qui, le plus souvent, passe inaperçue. L'actinomycose de la tête et du cou a été le plus souvent confondue avec le phlegmon simple ou le phlegmon d'origine dentaire. A côté de cette forme chirurgicale, il existe deux autres formes: 1° la forme thoraco-pulmonaire; 2° la forme abdominale.

M. Poncet communique une nouvelle observation dans laquelle il s'agit d'un habitant de l'Ardèche qui avait été soigné pour une fluxion dentaire suppurée. C'était un cas d'actinomycose. Le diagnostic, dans ce cas comme dans tous les cas qu'à relatés M. Poncet, a été confirmé par les examens histologique et bactériologique. Ce malade fut soumis à l'iodure de potassium à hautes doses. Sous l'influence de ce traitement, l'état local a paru s'améliorer pendant quelque temps. Mais survinrent des accidents cérébraux graves auxquels succomba le malade. A l'autopsie, on trouva une méningo-encéphalite diffuse, suppurée, avec de nombreux grains jaunes actinomycosiques. C'est là un cas de généralisation.

Depuis sa dernière communication à l'Académie, M. Poncet a observé quatre nouveaux cas d'actinomycose. Deux de ces cas se rattachaient à la forme temporo-maxillaire. Le troisième était un cas d'actinomycose abdominale et le quatrième était un exemple de la forme trachéo-bronchique simulant une tuberculose. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-huit ans, originaire de Maine-et-Loire, avec fistule trachéo-œsophagienne. Le début des accidents remontait à deux ans et demi. Dès qu'elle voulait boire, il se produisait des accidents de suffocation.

Il existait une fistule trachéo-œsophagienne; elle toussait et maigrissait.

On se décida à une intervention chirurgicale.

M. Poncet pratiqua une incision le long du bord du sterno-mastoïdien gauche, il trouva la partie gauche de la trachée adhérente au voisinage, fixée à la jugulaire; à la partie postérieure, il existait une ouverture large comme un pois pénétrant dans l'œsophage. Il sutura cette ouverture par trois points de catgut, au moyen d'une incision antérieure faite sur la trachée. Il ne put suturer l'orifice œsophagien.

Les suites furent simples; quelques jours après, dans le pus, il reconnut quelques grains jaunes. L'examen histologique permit de déceler la présence de nombreux actinomyces. L'examen du poumon ayant été alors soigneusement pratiqué, on reconnut qu'au sommet droit il y a de la submatité, de la bronchophonie, mais jamais on n'a trouvé de bacille de Koch. Il y avait donc aussi de l'actinomycose pulmonaire, Un examen rétrospectif permit d'apprendre que, dans la saison, elle mangeait souvent des grains de maïs frais. C'est par ce moyen que la malade s'est infectée. Il se sera produit un petit abcès œsophagien qui se sera vidé. Dès ce moment, la malade avait remarqué que le pus qu'elle expectorait était jaune comme du *soufre*. L'abcès aura alors pénétré et fini par atteindre la trachée, suivant le mode de térébration particulier de l'actinomyces.

La malade fut soumise à l'absorption de 1, puis 2 grammes d'iodure de potassium. Elle partit chez elle très améliorée.

En somme, on le voit, il faut, beaucoup plus souvent qu'on ne le fait, songer à l'actinomycose dans tous les cas de suppuration chronique à forme térébrante.

M. DUCOR présente également un cas d'actinomycose de la face. (Sera publié.)

LECTURES

Le paludisme à Madagascar. — M. LAVERAN analyse un travail de MM. Vincent et Burot sur le paludisme à Madagascar. Les auteurs ont divisé ce travail en trois parties : la

première est consacrée à l'étiologie, la seconde aux manifestations morbides, la troisième à la prophylaxie du paludisme.

Voici les conclusions de ce travail :

La fièvre malgache ne diffère, ni par ses manifestations, ni par ses symptômes, de celle des autres pays paludéens de la zone tropicale. La caractéristique de l'intoxication tellurique à Madagascar est la rapidité avec laquelle se déclarent les premières manifestations. La perniciosité se présente, le plus souvent, sous les formes comateuse, algide, bilieuse.

La dysenterie se combine souvent à la fièvre paludéenne. Au point de vue prophylactique, les futurs colons, décidés à se fixer à Madagascar, ne devront pas perdre de vue ce fait que si l'Imérina, le pays Betsileo et les provinces de l'extrémité sud de l'île leur permettent le travail manuel, ils devront, sur le littoral, se borner au négoce ou à un travail de surveillance.

En somme, il est possible à l'Européen de vivre à Madagascar, en se conformant strictement aux lois d'une sévère hygiène, mais les Européens colons et voulant exploiter par eux-mêmes le sol malgache, ne peuvent réussir à vivre et s'accommoder au pays; tout effort dans ce sens paraît condamné par avance à la stérilité.

De la diarrhée dans les villes d'eaux. — M. LAUSSEDAT (de Royat) lit un travail sur la fréquence des diarrhées dans les villes d'eaux. Elles frappent seulement les étrangers et pas les indigènes. Il ne s'agit nullement de véritables épidémies, mais de troubles digestifs provoqués par le changement de vie, de nourriture et de boisson. La seule prophylaxie consiste à faire pratiquer rigoureusement les simples règles de l'hygiène.

Lésions oculaires de la lèpre. — M. DE GOUVEA communique une note sur les diverses formes de lésions oculaires de la lèpre. Les manifestations oculaires sont rares dans les formes nerveuse ou anesthésique. Dans les formes cutanées de la lèpre les lésions oculaires sont ou des affections primitives des membranes internes (iritis) ou bien des affections de la coque oculaire (pannus). Le seul traitement consiste, dans ce cas, à faire la blépharoplastie et de la compression.

Traitement de l'épithélioma de l'utérus et du vagin par le carbure de calcium. — M. GUINARD fait une communication sur ce sujet :

« Voici la technique du nouveau procédé que je préconise pour le traitement du vagin et du col utérin. Je prends un morceau de carbure de calcium du volume d'une petite noix, ou plus petit, suivant la disposition des bourgeons épithéliomateux, et je l'introduis directement, à nu, au fond du vagin, en contact immédiat avec les parties malades. On sait que ce corps, découvert par M. Moissan, de l'Institut, dans le four électrique, a la propriété, au contact de l'eau, de se transformer en oxyde de calcium et en gaz acétylène. On voit aussitôt bouillonner l'acétylène au fond du vagin. Je bourre rapidement le vagin avec de la gaze iodoformée qui en retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques. La malade éprouve pendant trois ou quatre heures une sensation de brûlure qui disparaît d'elle-même, et quatre jours après, j'enlève le tampon de gaze et je fais un lavage copieux avec une solution de sublimé au millième. Il est nécessaire de détacher, avec le doigt ou un instrument mousse les fragments d'oxyde de calcium qui sont incrustés dans le néoplasme et qui sont entraînés par le lavage. On voit que ce procédé, très simple, est à la portée de tous les médecins et ne nécessite ni aide, ni outillage spécial. On se procure le carbure de calcium chez la plupart des marchands de produits chimiques, au prix modique de 2 fr. 50 à 3 francs le kilogramme.

Je ne parle pas des résultats que ce nouveau traitement pourra donner définitivement, car mon expérience ne date que de trois mois. Mais je peux, dès maintenant, affirmer que le carbure de calcium, en applications locales, combat victorieusement les trois symptômes les plus graves du cancer utéro-vaginal : 1° les hémorragies; 2° l'hydrorrhée fétide; 3° les douleurs. Dès la première application, toute hémorragie cesse instantanément. De plus, les bourgeons néoplasiques se dessèchent et tombent, laissant une surface lisse et unie, de ton uniformément grisâtre. L'acétylène agit comme hémostatique, et la chaux comme caustique : mais les liquides vaginaux hydratent rapidement la chaux vive et limitent son action caustique. C'est donc là une application nouvelle, et non la moins inattendue et la moins originale, du carbure de calcium, ce corps si intéressant que nous devons à M. Moissan. Même si cette redoutable affection n'est pas guérie, ce que la suite va démontrer, on a, avec ce procédé, un moyen simple et absolument inoffensif d'entraver et de retarder considérablement la marche du mal, puisque les applications de carbure de calcium combattent victorieusement les trois symptômes les plus menaçants : les hémorragies, les écoulements fétides et les douleurs. »

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. BILHAUT. Il faut se garder de croire que la luxation congénitale de la hanche diffère beaucoup des luxations traumatiques anciennes. Chez les enfants, il existe un rapport presque normal entre les dimensions du cotyle et celles de la tête fémorale. On a tort de ne point essayer de réduire cette luxation, dans tous les cas et avant toute autre intervention.

L'anatomie pathologique de cette affection a été complétée dans ces dernières années, à la faveur des interventions chirurgicales proposées par Hoffa, en premier lieu, puis par Lorenz. Or, dans les observations où il s'agissait de jeunes sujets, on a trouvé constamment une cavité cotyloïde spacieuse et une tête du fémur un peu modifiée et soutenue par un col de dimension et de direction variables. Avec l'âge, la cavité cotyloïde se déforme, se comble, comme l'orbite, après l'énucléation de l'œil, et l'alvéole, après l'extraction dentaire.

Partant de ces données, je crois que la réduction manuelle, tentée de bonne heure, doit être suivie d'un succès à peu près constant. Il ne faut donc recourir à l'intervention par incision à ciel ouvert, qu'après avoir employé les moyens rationnels de réduction. Or, pour cela, il est bon de se rendre compte de la nature des obstacles qui s'opposent à cette réduction : je signale, tout spécialement, la brièveté du psoas et iliaque et la résistance d'une bride fibreuse siégeant à la partie inférieure de la capsule. Mais dans les tentatives de réduction manuelle, on peut tourner la difficulté en faisant, de la flexion de la cuisse sur le bassin, le dernier temps de la réduction. Partant de ce principe, je viens de soumettre à cette méthode neuf cas consécutifs de luxation congénitale de la hanche et j'ai obtenu neuf réductions suivies d'un maintien facile, grâce à l'application d'un appareil plâtré. L'âge de ces malades ne dépassait pas huit ans.

Au moment où je recueillais ces observations, Lorenz (de Vienne), poursuivant de son côté la réalisation d'un programme analogue, comptait des succès identiques, sur une série interrompue de 29 jeunes sujets.

En cas d'échec de cette pratique, le chirurgien doit s'autoriser des bons résultats de la méthode sanglante. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie prouve à quel point le succès peut être complet. Je crois pouvoir conclure ainsi qu'il suit :

1° Le traitement de la luxation congénitale de la hanche

doit être précoce et avoir pour but la réduction de la tête fémorale dans le cotyle;

2° Il consiste dans des manœuvres de réduction faites avec méthode, après anesthésie complète et dans les temps suivants : *a.* extension; *b.* abduction; *c.* rotation en dehors; *d.* flexion et refoulement par pression au niveau du grand trochanter.

3° La réduction sera maintenue par un appareil plâtré qui immobilisera l'articulation pendant six semaines. L'extension continue est insuffisante.

4° Si, après la réduction, la marche détermine la récidive de la luxation, ou si la réduction n'a pu être obtenue par les manœuvres externes, le traitement sanglant peut seul assurer la guérison.

5° Cette méthode peut être appliquée de l'enfance à l'âge de la puberté, avec un succès d'autant plus certain que les sujets sont moins avancés en âge.

6° On sectionnera les obstacles qui s'opposent à la coaptation : ce sont le psoas et l'iliaque, ainsi qu'une bande fibreuse siégeant à la partie inférieure de la capsule et dirigée parallèlement au ligament de Bertin.

7° On creusera le cotyle et on réduira, s'il y a lieu, les dimensions de la capsule.

8° Dans les cas où, pour des motifs divers, contre-indiquant toute opération, le chirurgien croira ne pas devoir intervenir, il pourra conseiller une éducation gymnastique spéciale; il contribuera ainsi à améliorer notablement la marche et à faire disparaître les oscillations latérales du tronc.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 avril 1896, ont été promus ou réintégrés dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Rouflay, en remplacement de M. Challan, retraité; désigné pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire du Dey, à Alger. — Guillemin, en remplacement de M. Schaumont, retraité; maintenu provisoirement à son poste de médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Castaing, en remplacement de M. Vigenaud, retraité; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers. — Pitot, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Desmonceaux, retraité; désigné pour l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon. — Rivet, en remplacement de M. Rouflay, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun. — Hocquard, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Guillemin, promu; maintenu à son poste de médecin-chef à l'École spéciale militaire.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Silice, en remplacement de M. Febvre, retraité; désigné pour le 101e d'infanterie. — Dantin, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Doubre, retraité; maintenu à l'hôpital militaire de Vincennes. — Tarrieux, en remplacement de M. Grandmougin, retraité; maintenu au 17e d'infanterie. — Debrie, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Rullier, retraité; désigné pour le 157e d'infanterie. — Bischoff, en remplacement de M. Cuq, retraité; remis hors cadre et maintenu au corps expéditionnaire de Madagascar. — de Schuttelaëre, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Guieu, retraité; maintenu au 33e d'artillerie. — Biechy, en remplacement de M. Mossier, décédé; maintenu au 108e d'infanterie. — Schmit, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Dionis du Séjour, retraité; maintenu au 10e d'artillerie. — Warnecke, en remplacement de M. Oger, retraité; maintenu au 78e d'infanterie. — Lafille, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Bonhomme-Lacour, retraité; désigné pour le 113e d'infanterie. — Goebel, en remplacement de M. Castaing, promu; maintenu au 2e régiment étranger. — Moine, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Rivet, promu; désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris. — Renaut, en remplacement de M. Bischoff, remis hors cadre; maintenu au 72e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Destrez, en remplacement de M. Puech, démissionnaire; maintenu au 2e chasseurs à cheval. — Bosc, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Chenu, mis en non-activité; maintenu au 29e bataillon de chasseurs à pied. — Chasué, en remplacement de M. Berger, démissionnaire; maintenu au 122e d'infanterie. — Géhin, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Robert, mis en non-activité; maintenu au 9e bataillon de chasseurs à pied. — François, en remplacement de M. Vaïsse, démissionnaire; maintenu au 118e d'infanterie. — Viguier, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Tarrieux, promu; maintenu au 28e d'infanterie. — Couturier, en remplacement de M. Biéchy, promu; désigné pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Durand, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Warnecke, promu; désigné pour le 7e bataillon d'artillerie à pied. — Chéreau, en remplacement de M. Goebel, promu; désigné pour le 71e d'infanterie. — Hürstel, rapatrié de Madagascar, en remplacement de M. Renaut, promu; désigné pour le 11e bataillon d'artillerie à pied.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 mars 1896, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Pauthier (de Senlis).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Dardignac, médecin-major de première classe; Duriez (de Pierrefonds-les-Bains).

— La séance annuelle de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra les 9, 10 et 11 avril, à neuf heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 15 avril:

Rapports : 1° M. Richelot. De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne (M. Gouguenheim); — 2° M. Michaux. Sur un cas de cholédocotomie (M. Lejars).

Communication : M. Delorme. Luxation traumatique de la hanche.

— La séance annuelle aura lieu le mercredi 29 avril.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Th. Anger, président;

2° Rapport annuel sur les travaux de la Société par M. Segond, secrétaire annuel;

3° Éloge de M. A. Guérin, par M. Reclus, secrétaire général;

4° Proclamation des prix.

— Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira le mardi 30 juin 1896, à quatre heures.

Les registres d'inscription seront ouverts au secrétariat des hospices de Bordeaux jusqu'au 15 juin 1896.

— M. le docteur Auvard reprendra ses conférences de gynécologie à sa clinique privée, 15, rue Malebranche (près le Panthéon), le mardi 14 avril à deux heures, et les continuera les mardis et samedis à la même heure (ces conférences sont publiques et gratuites).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 6 avril 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Lenoir, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Marseille.

M. le médecin principal de deuxième classe Poignon, pour l'emploi de médecin-chef à l'École de Fontainebleau.

MM. les médecins-majors de première classe Dornier, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; Aubert, pour l'hôpital militaire Villemanzy; Gils, pour l'hôpital militaire de Toulouse; Laurent, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Roch, pour le 13e d'artillerie; Le Rouvillois, pour l'hôpital militaire de Bourges; Ebstein, placé pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Landriau, pour le 5e du génie; Monard, pour l'hôpital militaire de Toul; Folie-Desjardins, pour le 30e d'artillerie; Demandre, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Briançon; Sacreste, pour le 1er d'infanterie; Maire, pour le 70e d'infanterie; Moreaud, pour le 7e d'infanterie; Boulian, pour le 13e d'infanterie; Hugues, pour le 85e d'infanterie; Herrmann, pour le 67e d'infanterie; Delamare, pour le 17e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lazare, pour le 84e d'infanterie; Paquy, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Masson, pour le 161e d'infanterie; Salètes, pour le 89e d'infanterie; Amat, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied; Milliès dit Lacroix, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Renard, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied; Couillault, pour le 78e d'infanterie; Cros, pour le 14e d'infanterie; Descosse, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; Félix, pour le 109e d'infanterie; Duval, pour le 135e d'infanterie; Soula, pour le régiment des sapeurs pompiers, à Paris; Bernard, pour le 158e d'infanterie; Sabatier, pour l'École militaire de l'artillerie et du génie à Versailles; Castelli, pour l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce; Knoll, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Sudre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Delporte, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Vincent, pour l'hôpital militaire de Marseille (bactériologie); Lansac, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Friant, pour l'École préparatoire militaire de Rambouillet.

MM. les médecins aides-majors de première classe Mignon, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; Vigerie, pour l'hôpital militaire et la place de Maubeuge; Loustalot, pour le 7e d'infanterie; Rouget, pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (bactériologie); Ausset, pour le 43e d'infanterie; Merlat, pour le 22e d'artillerie; Wavelet, pour le 4e zouaves; Crépet, pour le 4e chasseurs d'Afrique; Chavigny, pour l'hôpital militaire de Constantine (bactériologie); Ragnaud, pour le 4e spahis.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Mialaret, pour le 109e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Mermet est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique.

— M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer par le docteur Suchard.

— M. le docteur Peynaud, adjoint au maire de Saint-Malo, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats des livres de la bibliothèque publique de Saint-Malo.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jeannel, ancien pharmacien-inspecteur des armées. Les survivants du blocus de Metz se souviennent avec reconnaissance de la création par M. Jeannel de petits ballons-postes qui emportèrent au delà des lignes prussiennes trois mille lettres, dont plus de la moitié arriva à destination; — et de M. le docteur Gaston Rullier, médecin-major en retraite, décédé à Épinal, à l'âge de quarante-six ans.

— *Maladies du larynx, du nez et des oreilles.* — M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours le mardi 14 avril, à trois heures, à sa clinique, 21, rue Guénégaud, et le continuera les jeudis, samedis, mardis à la même heure.

Huit leçons pratiques sur la chirurgie du larynx, du nez et des oreilles, suivies d'exercices opératoires par les élèves à partir du samedi 18 avril.

On s'inscrit les mardis, jeudis, samedis, de trois heures à cinq heures.

— M. le professeur Stanislas Meunier commencera le cours de géologie le mardi 14 avril 1896, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie du Muséum, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur fera l'histoire des phénomènes mécaniques qui ont contribué à l'édification de l'écorce terrestre et résumera les notions fournies à leur égard par l'application de la méthode expérimentale. Il insistera sur la production des grands traits géographiques tels que les chaînes de montagnes.

Le cours sera complété par des excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes à l'hôpital Ricord, le samedi 18 avril à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

REVUE GÉNÉRALE

Les manifestations nerveuses de l'alcoolisme.

Par G. Milian,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les organes qui composent le système nerveux sont, avec ceux de l'appareil digestif, ceux qui paraissent souffrir le plus gravement de l'intoxication alcoolique. Il en résulte une richesse incomparable de manifestations nerveuses, c'est ce qui légitime cette étude.

I

Troubles de la sensibilité. — Ils sont presque toujours les premiers en date et révèlent d'ordinaire le début de l'intoxication.

L'alcoolique est martyrisé par de perpétuelles douleurs : il éprouve dans les membres inférieurs des picotements, des tiraillements insupportables qui s'exaspèrent encore à la chaleur du lit et lui ôtent le sommeil. « Ce sont des animaux qui le rongent sous la peau », dit-il, témoignant ainsi de véritables *hallucinations de la sensibilité*. Il souffre d'ailleurs de *maux de tête* sourds plutôt que violents. Et, le matin, à son lever, il a des *vertiges*, il titube comme s'il était ivre.

Le phénomène le plus curieux de cette catégorie est une *dyspnée* purement nerveuse qu'a, le premier, décrite Marcet (1). Le malade se plaint d'angoisse respiratoire; il respire naturellement, puis s'arrête tout à coup. Il lui semble que le larynx soit le point où existe un obstacle à la respiration. Il jette alors sa tête en arrière, aspire par la bouche une grande quantité d'air et reprend ensuite la faculté de respirer librement jusqu'au retour d'un nouveau spasme.

Tous ces troubles sont purement subjectifs; ceux que nous allons étudier maintenant sont d'ordre inverse et doivent être recherchés par le clinicien pour être découverts. Ils lui fournissent d'ailleurs d'excellents renseignements, non seulement pour le diagnostic de l'alcoolisme, mais encore pour celui de la catégorie d'intoxication.

On sait, en effet, que M. Lancereaux (2) a su démembrer l'alcoolisme et qu'il partage les alcooliques en trois grandes classes : 1° les alcooliques proprement dits ou intoxiqués par les spiritueux : cognac, rhum, eau-de-vie, etc.; 2° les éthyliques ou buveurs de vin; 3° les absinthiques ou buveurs d'absinthe, c'est-à-dire, d'une manière plus générale, d'essences entrant dans la confection des apéritifs : amers, vermouth, etc.

A chacun de ces trois modes d'intoxication correspondent, d'après cet éminent clinicien, des manifestations différentes. Ces différences portent surtout sur les troubles de la sensibilité objective.

L'*hyperesthésie* se rencontre chez les absinthiques. On la trouve surtout aux membres inférieurs, à la partie inférieure du tronc, sur le trajet de la colonne vertébrale, à l'émergence des nerfs spinaux. Malaxez les mollets ou les cuisses de ce malade, percutez-lui l'abdomen des pulpes digitales, chatouillez-le seulement à la plante des pieds, il tressaille aussitôt, saute en l'air et se plaint d'un air effaré qu'on lui fait mal. « Il suffit de lui montrer le doigt pour le faire bondir sur son lit » (Lancereaux).

Dans certains cas, la réaction est si intense qu'il s'agit d'une véritable convulsion clonique.

C'est, au contraire, l'*analgésie symétrique et absolue* des membres inférieurs qui affecte les alcooliques vrais, imprégnés de petits verres. C'est une analgésie plutôt qu'une anesthésie : l'alcoolique sent qu'on le touche, qu'on le pique, mais on peut le pincer, le piquer même fortement sans qu'il paraisse en souffrir de quelque façon. Ce phénomène n'existe au même degré dans aucune des autres formes de l'alcoolisme. Le buveur de vin, l'éthylique, en effet, présente de l'hypo-algésie plutôt que de l'analgésie. Cette hypo-algésie est peu étendue et souvent précédée d'une période hyperalgésique, de durée variable.

Mais quelle est la nature de ces perturbations de la sensibilité? On sait qu'on a souvent mis celles-ci sur le compte d'accidents hystériques bien plus que sur l'action propre du toxique. Que faut-il penser dans la circonstance des rapports de la névrose et de l'intoxication? Debove (1) et Achard (2), Dreyfous (3) pensent que les poisons créent de toutes pièces, en dehors d'aucune prédisposition héréditaire, des hystéries particulières, distinctes de l'hystérie vulgaire, c'est l'hystéro-saturnisme, l'hystéro-alcoolisme, etc.

Charcot (4), Guinon (5), au contraire, considèrent le poison comme un agent provocateur de l'hystérie vulgaire chez des sujets individuellement prédisposés, candidats à l'hystérie, sinon déjà hystériques.

Pitres (de Bordeaux) est plus éclectique. On peut rencontrer, pense-t-il, chez les alcooliques, des troubles hystériques vrais et des troubles hystériformes résultant de l'action du toxique.

On peut, en réalité, admettre toutes ces théories qui, apparemment, sont vraies suivant le cas : on conçoit très bien, en effet, que ces anesthésies puissent être dues à une hystérie antérieure ou à une hystérie déclanchée à propos de la perturbation de l'économie ou à une action propre du poison; celle-ci, d'ailleurs, peut se manifester par une névrite périphérique, laquelle peut être mixte.

A côté de ces troubles de la sensibilité générale, on rencontre assez souvent des troubles de la *sensibilité spéciale*. Ils sont presque toujours d'origine hystérique et se traduisent par de l'amblyopie, de la dyschromatopsie, du rétrécissement du champ visuel, de la diminution de l'ouïe, de l'odorat, du goût. On a pu signaler pourtant des lésions organiques : la névrite atrophique partielle du nerf optique avec scotome central.

II

Troubles de la motilité. — Le *tremblement* est l'un des plus vulgaires, l'un des plus connus. Qui n'a pas fait asseoir sur son lit, les mains étendues, les doigts écartés, le malade

(1) Marcet. *On chronic Intoxication, or Alcoolic stimulants in connexion with the Nervous System, etc.*, London 1860.
(2) Lancereaux. *Cliniques médicales*, 1879-1891.

(1) Debove. De l'apoplexie hystérique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1886.
(2) Achard. *Apoplexie hystérique*, Th. de doct., 1887.
(3) Dreyfous. De l'hystérie alcoolique, *Union méd.*, 1877.
(4) Charcot. Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique, *Bull. méd.*, 1887.
(5) G. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Th. de Paris, 1889.

soupçonné d'alcoolisme, pour y découvrir « le témoignage accablant »? Et pourtant la valeur du symptôme est très relative, cela d'autant qu'il est fort inconstant.

Aux premières atteintes du toxique, le tremblement peut apparaître. Mais il n'existe que le matin; quelques heures après le lever du malade, lorsque celui-ci s'est tonifié de quelques verres de son excitant habituel, il disparaît.

A la longue, ce tremblement s'installe définitivement : il se manifeste par une série de secousses rythmées, symétriques, s'effectuant dans le sens horizontal lorsque les mains sont étendues et d'autant plus marquées que le malade s'efforce de préciser davantage ses mouvements.

Où siège ce tremblement? Aux membres supérieurs, aux mains surtout, aux lèvres, à la face où il atteint plus spécialement le zygomatique, l'élévateur de l'aile du nez, le risorius de Santorini. Aussi « dès que le malade ouvre la bouche pour parler, le tremblement se manifeste-t-il sous la forme de fines trémulations qui partent de l'aile du nez, suivent le sillon naso-génien et irradient vers les lèvres. Ces secousses sont d'ordinaire si caractéristiques que le buveur est trahi même à distance et qu'il suffit de le voir parler ou rire pour faire le diagnostic de ses habitudes (1) ». Les muscles de la langue aussi sont agités de secousses fibrillaires, il en résulte de l'hésitation de la parole, du bégaiement, ce qui complète encore le tableau précédent.

Aux mollets, cet éréthisme musculaire se traduit par des *crampes* violentes, très douloureuses, qui torturent, au milieu de la nuit, ce pauvre alcoolique déjà en proie aux cauchemars ou à l'insomnie et l'obligent à sauter de son lit pour en fuir la chaleur néfaste. Certaines fois, la crampe avorte ; sous la peau, on voit le tremblement fibrillaire, aux membres supérieurs les soubresauts des tendons qui, du moins, ne provoquent aucune réaction douloureuse.

Ces accidents sont minimes. L'*épilepsie* ou, pour parler plus exactement, les convulsions épileptoïdes sont d'une gravité plus grande. On les rencontre surtout, d'après M. Lancereaux, dans l'absinthisme chronique, à propos d'un excès d'absinthe. Il s'agirait d'absinthisme aigu au cours d'un absinthisme chronique.

Cette attaque d'épilepsie présente une phase tonique d'une courte durée et une phase clonique analogue à celle de la grande hystérie : attitudes passionnelles, bonds, incurvation en arc de cercle, etc. Elle peut durer une heure. Elle diffère de l'attaque hystérique par l'hébétude qui persiste après elle et l'incontinence d'urine qu'on peut observer à son décours. Elle diffère de l'épilepsie vraie par son apparition à un âge tardif et, d'après M. Lancereaux, par l'absence d'aura et de cri initial.

On pourrait dire aussi qu'il s'agit ici d'hystérie. L'expérimentation semble avoir prouvé l'intervention efficace du toxique : Marcé et Magnan (2) ont provoqué des convulsions épileptiformes chez des animaux à qui ils avaient injecté de l'absinthe. Cadéac et Meunier (3) ont poussé plus loin l'analyse : ils ont reconnu, dans les essences qui composent l'absinthe du commerce, deux groupes de poisons, l'un épileptisant : absinthe, hysope, fenouil; l'autre stupéfiant : l'anis, la badiane, l'angélique, la menthe, l'origan.

Nous arrivons maintenant aux *paralysies* alcooliques.

(1) Lancereaux. Loc. cit., p. 21.
(2) Marcé et Magnan. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1864; *Ibid.*, 1869.
(3) Cadéac et Meunier. Contribution à l'étude physiologique de la liqueur d'absinthe, *Lyon méd.*, 1889.

Celles-ci forment un véritable chapitre dans l'histoire des névrites périphériques. C'est James Jackson qui en a le premier donné des exemples en 1822. En France, M. Lancereaux (1) en a fait une étude excellente en 1864. Au nom de Charcot (2) se rattache la solution de la question du pseudotabes (1884). Œttinger (3), en 1885, précise dans sa thèse l'anatomie pathologique. Gombault (4), en 1886, a décrit la période pré-wallérienne de la névrite alcoolique.

C'est surtout chez les femmes que les paralysies alcooliques se rencontrent et chez les buveurs ou buveuses d'apéritifs et d'amers : absinthe, vulnéraire, etc. On sait, en effet, combien les femmes du peuple s'adonnent à ces boissons énervantes; il n'est pas d'assommoir qui n'en regorge.

La paralysie s'installe chez elles peu à peu, insidieusement. Les membres inférieurs s'affaiblissent, la démarche devient trébuchante, les extenseurs pelviens sont paresseux; puis ces symptômes disparaissent, pour revenir ensuite, disparaître encore et enfin s'installer définitivement.

La paralysie qu'on observe est flasque, symétrique, et siège aux membres inférieurs. Elle n'atteint pas tous les muscles de la jambe, mais les extenseurs seulement, ou groupe antéro-externe. Elle atteint les muscles successivement et dans l'ordre suivant : l'extenseur propre du gros orteil constamment pris et le premier, les autres extenseurs, les péroniers latéraux, le quadriceps fémoral, le droit antérieur. Les muscles du mollet, les adducteurs sont pris exceptionnellement.

Il résulte de cette paralysie dissociée une attitude toute spéciale du pied dévié en varus équin, varus par prédominance d'action du jambier postérienr, équin par prédominance des fléchisseurs des orteils et du triceps sural. Les orteils, surtout le gros, sont eux-mêmes considérablement fléchis, recroquevillés vers la plante. Aussi la démarche de l'alcoolique a-t-elle une physionomie toute spéciale ; comme les chevaux de prix, l'alcoolique steppe. Il lève très haut la cuisse pour éviter que la pointe de son pied ne traîne sur le sol (c'est par là qu'il ressemble au stepper) ; il donne à sa jambe un grand élan capable de faire basculer le pied d'arrière en avant autour de la charnière tibio-tarsienne; le pied touche le sol d'abord par sa pointe, ensuite par son talon, de sorte que, si l'on écoute attentivement, on entend, pour le mouvement d'une seule jambe, deux bruits consécutifs. Il existe, à côté de ces troubles paralytiques, des troubles sensitifs : le malade éprouve des douleurs dans ses membres impotents; elles passent rapides, aiguës, comme les douleurs fulgurantes du tabes. Et la peau, les muscles, les nerfs sont hyperesthésiés.

La règle n'en est cependant pas absolue et l'on peut, au contraire, trouver de l'analgésie.

Des troubles trophiques s'ajoutent aussi aux précédents. La peau est amincie, lisse, fendillée, sèche comme une peau de vieillard. Du purpura, des érythèmes, des phlyctènes, peuvent y apparaître. La sueur est sécrétée d'une manière exagérée, surtout à la face dorsale des pieds. Les extrémités sont cyanosées et hypothermiques. Les ongles cannelés s'hy-

(1) Lancereaux. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Alcoolisme, 1864; — Paralysies toxiques, *Gaz. hebd.*, 1881.
(2) Charcot. Paralysies alcooliques, *Gaz. des hôpit.*, 1884.
(3) Œttinger. Thèse de Paris, 1885.
(4) Gombault. Sur les lésions de la névrite alcoolique, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1886, p. 436.

pertrophient, se recourbent en crochet. Enfin, les muscles s'atrophient, et non point par amaigrissement dû au repos forcé, mais par une véritable perturbation de leur nutrition sous la dépendance des lésions nerveuses. Ils sont envahis dans le même ordre que pour la paralysie. Leur diminution de volume peut être masquée par l'adipose sous-cutanée, mais la palpation la décèle. Cette atrophie musculaire s'accompagne le plus souvent de la réaction de dégénérescence qui débute presque toujours par l'extenseur commun des orteils. Le tibial antérieur est, au contraire, rarement atteint par elle.

Telle est la forme la plus commune de paralysie alcoolique. Il en existe d'autres : l'*hémiplégie*, par exemple, qu'on a pu mettre sur le compte de l'hystérie ; la *paralysie des quatre membres*, etc. Les nerfs craniens sont le plus souvent indemnes ; on a pu signaler pourtant des paralysies du *moteur oculaire interne*, du *facial*. Déjerine (1) a démontré la réalité de la névrite du *pneumo-gastrique* se traduisant par une accélération du pouls. Elle expose à la mort brusque par la syncope.

La *marche* des paralysies alcooliques est essentiellement chronique et récidivante. Elle guérit le plus souvent par suppression de la cause et régime approprié, surtout dans les formes atténuées : parésies diffuses des membres supérieurs ou inférieurs ; parésies d'un seul nerf cubital ; parésies matinales passagères qui ne sont que l'exagération du tremblement alcoolique. Mais il n'en est pas toujours ainsi, il y a des formes aiguës graves, rapidement mortelles : elles atteignent des individus fortement intoxiqués par les essences. Des membres inférieurs, la paralysie gagne bien vite les membres supérieurs, puis les muscles du tronc et de la respiration. La température s'élève, les troubles trophiques surgissent. La mort survient par paralysie du diaphragme, à moins qu'une tuberculose pulmonaire intercurrente ne vienne encore précipiter le dénouement.

Le *diagnostic* de ces paralysies alcooliques à marche aiguë est parfois difficile. Et l'on reconnaîtra qu'elles sont assez analogues à ces affections, si voisines les unes des autres, qu'on nomme maladie de Landry, paralysie spinale antérieure aiguë ou subaiguë de Duchenne, polynévrite infectieuse aiguë fébrile.

La *maladie de Landry*, considérée jusqu'alors comme une paralysie ascendante aiguë à terminaison mortelle, sans lésion nerveuse périphérique ou centrale, se distinguerait, d'après les auteurs, par l'absence d'atrophie musculaire et la rapidité de l'évolution.

La *paralysie spinale antérieure* subaiguë de Duchenne, par l'atrophie musculaire précoce et la rareté de l'issue fatale.

Les *polynévrites infectieuses* aiguës, par les douleurs vives spontanées ou provoquées sur le trajet des nerfs et la guérison constante.

Mais M. le professeur Raymond, dans une leçon récente (2), a montré combien ces distinctions étaient schématiques, et comment il fallait concevoir les rapports des différentes affections entre elles.

« M'est avis, dit-il, qu'en pathologie nerveuse, on a le tort d'abuser des entités morbides, on a le tort de conférer à de simples syndromes une autonomie qui leur fait défaut, en leur imposant des lignes de démarcation absolument arbitraires. » Pour le professeur Raymond, distinguer une maladie de Landry sans lésion nerveuse organique [Œttinger et Marinesco (1) en ont d'ailleurs décelé par la méthode nouvelle de Nisol], une poliomyélite antérieure, c'est-à-dire une lésion des grandes cellules des cornes antérieures, une polynévrite aiguë, c'est-à-dire une lésion des troncs nerveux, ne répond pas à la réalité des faits. Ces divisions correspondent à des syndromes et non à des entités morbides : en effet, 1° ces syndromes ont une étiologie identique : intoxications ou infections ; 2° le même malade peut les présenter successivement, les uns se présentant comme un stade plus avancé des autres ; 3° certains cas sont des faits de transition qu'il est impossible de ranger dans une catégorie plutôt que dans la suivante. Aussi le professeur Raymond pense-t-il qu'il s'agit là d'une détermination morbide, toujours identique mais variable en *étendue*, suivant la quantité ou la qualité de la cause provocatrice : « ... Dans la paralysie ascendante aiguë de Landry, dans la poliomyélite antérieure aiguë et dans la polynévrite motrice, c'est toujours le même organe qui est touché ; *toutes trois sont des affections du neurone moteur périphérique*. » Suivant la dose, la durée d'application du toxique ou de l'agent infectieux, ce sera le corps du neurone (cellule) ou son prolongement cylindre-axile périphérique, ou ces deux parties d'un même tout qui seront atteintes.

Nous pouvons appliquer ces conclusions aux paralysies alcooliques et penser qu'il n'y a pas lieu de distinguer leur forme aiguë des polynévrites aiguës de la maladie de Landry, de la poliomyélite antérieure aiguë. Il n'y a que la notion étiologique qui pourra nous faire porter le diagnostic de paralysie alcoolique. C'est le degré de l'intoxication, la résistance du sujet, ou d'autres causes de nous inconnues qui commanderont l'étendue organique et fonctionnelle de la lésion et, partant, la forme de cette paralysie.

Lorsque nous serons en présence d'une paralysie à marche chronique, nous devrons la différencier de toutes les *paralysies toxiques* : par le plomb, le mercure, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone. C'est surtout l'anamnèse et les symptômes concomitants de l'intoxication spécifique correspondante qui permettront le diagnostic. Ils sont trop connus pour que nous les rappelions ici.

La *paraplégie douloureuse du mal de Pott* se distinguera par l'intensité de la douleur, l'absence de paralysie dissociée, la douleur à la pression au niveau de la lésion vertébrale, etc.

La *paralysie hystérique* affecte d'ordinaire le type monoplégique, elle se superpose à une contracture du membre, elle guérit par suggestion.

Enfin, certains alcooliques se présentent avec l'appareil symptomatique du tabes, sans être cependant des tabétiques. Comment différencierons-nous ce *pseudo-tabes* du tabes vrai ? Nous dirons tabes si nous avons affaire à une maladie de durée longue, si le malade est porteur d'arthropathies, s'il a le signe d'Argyll Robertson, s'il a eu des fractures spontanées, si l'énergie musculaire est conservée. Au contraire, si celle-ci est affaiblie, si les mouvements sont encore soumis à l'influence de la volonté, si l'évolution est régres-

(1) Déjerine. Contribution à l'étude de la névrite alcoolique, *Arch. de physiol.*, 1887.

(2) F. Raymond. La paralysie ascendante aiguë dans ses rapports avec la poliomyélite antérieure et la polynévrite motrice, *Presse méd.*, 15 janvier 1896.

(1) Œttinger et Marinesco. *De l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry.*

sive, et si nous constatons l'absence des signes énumérés dans le premier cas, nous dirons pseudo-tabes.

III

Troubles de l'intelligence. — Ils sont multiples dans l'alcoolisme et sont véritablement les plus tristes. L'*ivresse* est l'un de ceux-ci. On peut la définir : un délire éphémère dû à l'ingestion d'une dose plus ou moins forte d'alcool, et cessant quand le poison a été éliminé. On sait que la résistance d'un chacun à l'ivresse est très variable. Cette résistance est naturelle ou acquise. Quand elle est acquise, c'est par les habitudes alcooliques antérieures : aucun ne résiste à l'ivresse comme celui qui, tous les jours, prend son poison à doses convenables !

On distingue à l'ivresse plusieurs périodes : c'est d'abord une *période d'excitation* pendant laquelle le buveur est loquace, exubérant, spirituel parfois ; une sensation de bien-être l'envahit ; il est entreprenant, audacieux ! Quelques verres encore, il est remuant, tapageur, il crie, il bouscule ; il a besoin d'user de sa force, ses muscles lui démangent, il remue les bras, il marche, il casse, s'excite dans le bruit qu'il fait. Encore un peu, ses mouvements perdent de leur coordination, la parole s'embarrasse, les yeux voient trouble, il titube sur ses jambes, les idées sont floues ; un malaise survient.

C'est la période de dépression ou d'embarras gastrique qui commence : son creux épigastrique est sensible et pesant, il a des vertiges, des nausées lui montent, « il a le cœur sur les lèvres ». Si le vomissement survient, notre homme est soulagé et s'endort paisiblement ; il en est quitte pour un réveil pénible, aux sensations amères !

Dans le cas contraire, l'état gastrique se prolonge et peut persister un jour ou deux.

L'ivresse des absinthiques peut amener des convulsions épileptiformes ; l'ivresse poussée à l'extrême peut aboutir au coma qui, dans certains cas, exceptionnels il est vrai, se termine par la mort dans l'hypothermie.

Le *délire alcoolique simple* n'est plus passager comme l'ivresse. Il peut persister pendant des semaines et acquiert, par ce fait, une importance beaucoup plus considérable.

C'est, en général, un délire triste, ayant trait surtout aux occupations journalières du malade, à sa profession, aux événements politiques contemporains, aux crimes célèbres. Deux choses le caractérisent surtout : le tremblement et les hallucinations. Le tremblement a les caractères du tremblement alcoolique ordinaire, mais il est constant et un peu plus intense. Les hallucinations sont surtout d'ordre visuel, rarement auditives, ou olfactives, ou gustatives. Elles se produisent surtout la nuit et ont trait aux choses les plus différentes. Elles amènent parfois un délire d'action : l'alcoolique se voit menacé et se défend, il lutte contre des ennemis imaginaires et peut ainsi devenir dangereux pour lui-même et pour les autres.

Le pronostic est très variable suivant les cas et, sous ce rapport, Magnan divise le délire alcoolique simple en :

1° Délire à convalescence bénigne, rapide et complète ;

2° Délire à convalescence lente et rechute facile ;

3° Délire à convalescence souvent entravée par des idées délirantes avec rechutes fréquentes.

Au point de vue de l'existence, le *delirium tremens* a une gravité beaucoup plus grande. Délire tremblant, folie alcoolique, « il n'est qu'un épisode aigu et accidentel de l'alcoolisme chronique au même titre qu'une crise de colique chez un saturnin, un accès de fièvre chez un paludique, une attaque d'urémie chez un brightique ».

On le voit survenir chez l'ivrogne qui, lentement, journellement, absorbe une quantité plus ou moins grande d'alcool, et non chez celui qui s'enivre de temps à autre. L'*hérédité névropathique* du sujet est presque toujours chargée : épilepsie, hystérie, etc.

C'est au moment des *saisons chaudes* que l'attaque éclate, de telle sorte que l'on voit des « séries » de delirium tremens à certaines époques déterminées, et que l'affection revêt ainsi une allure épidémique.

Il est rare que cet accident survienne spontanément ; il se manifeste presque toujours à l'occasion de quelque chose : d'un *refroidissement*, d'une perturbation quelconque de l'économie, comme une hémorragie, une émotion. Les *traumatismes*, les *pyrexies*, la *suppression de l'alcool* sont les causes occasionnelles les plus fréquentes. Les fractures, l'embarras gastrique, les angines, la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu s'en compliquent fréquemment. On l'observe à chaque instant à l'hôpital, à moins d'y pourvoir, et dans les prisons où les hommes sont privés de la consommation habituelle.

Le début est rarement brusque. Ce malade qui, d'ailleurs, présentait de longue date des troubles psychiques nocturnes, devient, quelques jours avant l'accès, triste, morose, craintif ; des hallucinations passagères le troublent, surtout la nuit, où elles revêtent la forme de cauchemars effrayants. Il voit des chiens, des chats, des rats, des serpents, des animaux immondes ou fabuleux, qui rôdent autour de lui. Le tremblement s'exagère et se généralise, tout son système musculaire est en mouvement. Et le malade est secoué des pieds à la tête, comme s'il était atteint d'une maladie de Parkinson sans attitude figée.

« Bientôt éclate le délire qui, suivant son intensité, a été divisé en léger, aigu et suraigu ou furieux. Quelle que soit la variété, on retrouve les mêmes phénomènes, car le degré seul varie. Le malade devient d'une loquacité intarissable, incessante. Sa parole est brève, saccadée, impérieuse. Il éprouve le besoin de marcher, de sortir de son lit. Si on l'examine lorsqu'il est debout, on voit que tous ses muscles sont en action. Les membres supérieurs et inférieurs tremblent et impriment au corps de petites secousses. L'œil est brillant, hagard, la face injectée. Les actes, les paroles sont basés sur les hallucinations qui constituent le fond du délire alcoolique. Le malade voit des rats, des chats, des souris, des animaux immondes qui veulent le mordre. Aussi, se lève-t-il, tente-t-il de se défendre. S'il assiste à un incendie, il crie au feu ; s'il se croit à une bataille, il frappe ; s'il entend des voix qui l'injurient, le menacent, il répond et vocifère. Il a toujours tendance à s'échapper, à fuir ses visions effrayantes ; ses actes, en somme, sont logiques, vu les sensations fausses qu'il éprouve. Il perçoit des fourmillements, des brûlures, des crampes. Il est sans appétit, ses aliments n'ont plus de goût, il sent de mauvaises odeurs et assiste à des scènes étranges. Ses hallucinations sont toujours mobiles, pénibles et terrifiantes. Aussi, un des traits les plus caractéristiques de ce délire, c'est, avec les hallucinations, l'absence plus ou moins absolue de sommeil » [Lancereaux (1)].

Ces événements se déroulent dans l'apyrexie, ou tout au

(1) Lancereaux. Loc. cit., p. 66.

moins avec une température modérée, dont le maximum est de 38 à 39 degrés. La constipation est opiniâtre, les urines sont rares, la sensibilité émoussée : aussi le voit-on brandir en l'air son bras cassé ou bondir de son lit et s'appuyer sur sa jambe au niveau même d'un foyer de fracture, perforant la peau de ses extrémités osseuses, amenant les fragments dans des rapports effroyables.

C'est là un cas de moyenne intensité, celui qu'on rencontre le plus souvent. Il existe des formes plus légères et des formes plus graves. Dans les formes plus légères, l'évolution, même sans traitement, est rapide. La disparition se fait spontanément en quatre ou six jours, traitée en vingt-quatre heures ; une agitation modérée, quelques hallucinations peu intenses, de l'insomnie et les choses ne vont pas plus loin.

Il n'en est pas de même dans le délire suraigu : le malade n'a aucun repos, l'agitation est extrême, le facies vultueux, les hallucinations sont terrifiantes. La température s'élève à 40 degrés. Une soif intense brûle le malade ; des convulsions surviennent, le coma leur succède et la mort est le dénouement de ce drame.

Le pronostic est donc grave et lié à l'intensité de la forme. Il suffit de quelques heures d'une excitation un peu aiguë pour tuer le malade.

En présence de ce délirant loquace, couvert de sueur, agité d'un tremblement de tout son être, au visage injecté, le diagnostic s'impose. Les intoxications aiguës par l'*opium*, la *morphine*, la *belladone* se différencient assez facilement par la forme du délire. Certaines attaques de *manie* sont, au contraire, bien plus difficiles à distinguer. La *méningite* aiguë du tuberculeux se reconnaîtra aux troubles pupillaires, aux contractures, aux paralysies. Dans les *pyrexies*, la part sera difficile à établir entre le délire alcoolique et le délire fébrile. Le tremblement sera un bon élément d'appréciation. L'élévation considérable de la température dans le rhumatisme cérébral (41, 42, 43, et même 44 degrés) fera pencher le diagnostic en faveur de celui-ci.

L'*anatomie pathologique* n'offre pas d'intérêt spécial. On trouve à l'autopsie les lésions banales de l'alcoolisme : surcharge graisseuse des divers organes, cirrhoses, hyperhémie cérébrale. C'est, qu'en effet, il s'agit d'un délire toxique sans lésion organique bien évidente : l'excitation qui en résulte est la cause de l'insomnie et de la mort.

Cette conception nous apprend immédiatement les indications à remplir en face de ces malades : il faut, comme dit Lancereaux, provoquer à tout prix le sommeil, et, pour cela, isoler le malheureux dans une chambre obscure, capitonnée si l'on craint quelque accident. (Il faut éviter la camisole qui peut provoquer une lutte du malade, des efforts violents contre cette étreinte et, en conséquence, l'épuiser davantage.) L'hydrate de chloral à dose suffisante, c'est-à-dire 4 à 6 grammes ; 40 à 50 grammes de sirop de morphine seront administrés en une seule dose. Si au bout de dix minutes, le malade ne dort pas, pratiquer une injection de chlorhydrate de morphine de 1 à 2 centigrammes. De la venue du sommeil dépend la terminaison heureuse et la guérison.

Quand celle-ci arrive, elle est complète, mais la récidive peut survenir plus tard. La *démence alcoolique* est, au contraire, un état permanent et irrémédiable. C'est l'aboutissant des troubles nerveux présentés par l'alcoolique invétéré, qui continue à boire malgré les avertissements donnés par le délire passager. Toutes les facultés subissent un affaiblissement progressif : l'imagination s'éteint, la mémoire se perd, la parole s'embarrasse, les mouvements sont incertains, la sensibilité obtuse. C'est un état permanent d'hébétude entrecoupé de temps en temps par des accès de délire passager ou par une excitation maniaque de peu de durée. La mort survient dans la démence.

IV

Enfin, il reste deux affections nerveuses graves qu'on rencontre fréquemment chez les alcooliques : l'hémorragie méningée et la paralysie générale.

L'*hémorragie méningée* se rencontre chez eux avec une fréquence toute particulière. Il s'agit d'une sclérose de la dure-mère sous l'influence du toxique, c'est-à-dire d'une pachyméningite présentant de temps à autres des poussées congestives, lesquelles peuvent aller jusqu'à l'hémorragie.

La symptomatologie de l'hémorragie méningée des alcooliques se confond avec celle de l'hémorragie cérébrale en général, c'est un ictus apoplectique. Mais quelques faits lui sont particuliers. Il y a, ainsi que nous l'avons dit, une phase prémonitoire de pachyméningite sans épanchement, pouvant durer des mois, des années ; elle se traduit par des céphalalgies fréquentes, de la lassitude, de l'hésitation dans la parole, dans la marche.

A la période de l'hématome, survient l'ictus, mais lent, graduel comme l'épanchement qui le provoque. Il est d'ordinaire incomplet. Il s'accompagne de paralysies, de contractures, de convulsions. La guérison est fréquente, mais la récidive l'est aussi. De telle sorte que la répétition d'attaques épileptiformes, chez un alcoolique, doit faire songer à l'hémorragie méningée.

Enfin, on a remarqué qu'il y avait, à Paris notamment, un accroissement parallèle du nombre des cas de *paralysie générale* et de délire alcoolique. Toutefois, un très grand nombre de paralytiques généraux sont sobres et ont toujours mené une vie régulière ; on a noté, de plus, la rareté de la paralysie générale dans les pays où l'alcoolisme est le plus développé, comme l'Irlande et la Suède. D'ailleurs, aujourd'hui, l'alcoolisme a été détrôné par la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale.

ACTION ANTITOXIQUE DES CAPSULES SURRÉNALES

SUR LA NEURINE

Par Ed. Boinet, agrégé, médecin des hôpitaux, professeur à l'École de médecine de Marseille.

I. Recherches antérieures. — D'après Albanese (*Arch. ital. de biol.*, 1893, t. XVIII, page 53), les capsules surrénales ont, probablement, pour fonction de modifier la neurine qui se produit dans l'organisme et de la transformer en substances moins toxiques, telles que la choline et la triméthylamine. On peut encore invoquer à l'appui de cette opinion les recherches chimiques de Marino Zuco, qui a retiré de ces organes de la neurine combinée à des acides phosphorés et en particulier à l'acide phospho-glycérique. D'après Guarnieri et Marino Zuco (*Arch. ital. de biol.*, 1888, t. X, page 334), la toxicité de l'extrait aqueux des capsules est due au phosphate et au phosphoglycérate de neurine. Enfin l'altération des capsules explique, suivant Marino Zuco et Dutto (*Bull. della R. Accad. med. di Roma*, 1890-1891), la pré-

sence de la neurine dans les urines d'individus morts de maladie d'Addison.

Albanese (loc. cit.), qui a étudié comparativement la toxicité de la neurine sur 6 grenouilles acapsulées et sur 10 grenouilles normales, donne les conclusions suivantes : « 0,0005 de neurine, dose insignifiante pour une grenouille normale, sont déjà capables de produire de graves symptômes d'empoisonnement chez une grenouille dont on a détruit les capsules, et même la mort, si l'animal n'est pas très gros. En pareil cas, la dose de 0,001 est toujours mortelle ; 0,004 sont nécessaires pour tuer une grenouille normale de moyenne grosseur. » Il ajoute plus loin que les lapins se comportent de la même manière que les grenouilles. Supino (*Riforma med.*, 1892, vol. III, p. 685-691), qui confirme ces derniers résultats, fait, en outre, observer que, chez la grenouille, les symptômes provoqués par la neurine ressemblent à ceux qui sont produits par l'injection du sang d'animaux privés de capsules.

II. **Rôle antitoxique plus général.** — Du reste, les capsules surrénales paraissent remplir des fonctions de protection et exercer une action antitoxique plus générale, non seulement sur la neurine, mais encore sur la nicotine *in vitro* (Charrin et Langlois, Soc. de biol., 25 mai 1894), sur l'atropine (Abelous, Soc. de biol., 15 juin 1895). On peut encore donner, comme preuve de ce rôle de neutralisation et d'annulation de certains poisons, l'hypertrophie expérimentale des capsules à la suite d'injections de toxines pyocyaniques ou diphtéritiques (Langlois et Charrin, Soc. de biol., 1er février 1896) ou bien d'extrait de capsules (Caussade, Soc. de biol., 18 janvier 1896). Cependant, cette action antitoxique est limitée, puisque les expériences de Dubois (Soc. de biol., 11 janvier 1896) démontrent que la toxicité normale de l'extrait des capsules surrénales augmente encore sous l'influence du surmenage, d'une nourriture avariée ou de l'injection de cultures microbiennes.

III. **Recherches personnelles.** — Elles ont eu pour but d'étudier l'action que l'ablation des deux capsules et la fatigue exercent sur les effets toxiques des injections sous-cutanées de neurine. Elles ont porté sur les *grenouilles* et les *rats*. Ces expériences ont été faites comparativement sur des animaux : 1° *normaux ;* 2° *privés de leurs capsules surrénales ;* 3° *fatigués*, soit par des décharges électriques, soit par une rotation ininterrompue ; 4° *fatigués après l'ablation de leurs capsules*.

Première série : *Grenouilles* A (*normales*). — Une dose totale de 0,004 de neurine, injectée en deux fois, à dix minutes d'intervalle, dans le sac lymphatique dorsal d'une grenouille moyenne, pesant 24 grammes, détermine immédiatement des contractures très passagères des membres et de l'incurvation en avant de la tête et du tronc, simulant l'emprosthotonos. A la suite de cette phase, qui dure à peine une minute, on observe de la parésie, de la résolution musculaire, de la mydriase ; la respiration se ralentit et cesse même avant que la paralysie ne soit complète et généralisée. Le cœur bat lentement ; la pupille se rétrécit et l'état de mort apparente survient au bout d'un quart d'heure. Le plus souvent, l'excitation du sciatique, mis à nu, avec l'appareil de du Bois-Reymond (bobine à fil moyen, à la distance de six divisions), ne provoque pas de contractions dans les muscles, qui réagissent avec énergie si on les électrise directement. Cette similitude d'action avec le curare n'est pas complète, car l'action exercée par la neurine sur le cœur, sur les glandes, sur la pupille, est comparable à celle de la muscarine (Cervello). En résumé, 0,001 de neurine tue 6 grammes de grenouille normale.

0,003 de neurine produisent, en vingt minutes, l'état de mort apparente, mais le cœur continue à battre ; les phénomènes d'empoisonnement se dissipent lentement, dans l'ordre inverse de leur apparition. La mydriase est très accusée. L'animal est rétabli en dix-huit heures. Avec une dose de 0,002, la paralysie complète ne survient qu'au bout de trente à quarante minutes et disparaît six heures après.

Grenouilles B (*décapsulées*). — La destruction des capsules par cautérisation au fer rouge augmente les effets toxiques de la neurine. Ainsi 0,001 de neurine tue en trois heures une grenouille décapsulée, pesant 15 grammes ; 0,002 de neurine font mourir en cinq heures une grenouille, pesant 35 grammes, dont les capsules avaient été cautérisées la veille. Dans le premier cas, le coefficient de toxicité de la neurine a doublé ; il a triplé dans le second. Ces résultats ne sont pas dus exclusivement au traumatisme et à la cautérisation possible de la surface des reins, puisque deux grenouilles, pesant 25 grammes, dont les capsules avaient été cautérisées la veille, ont présenté des symptômes graves après l'injection de 0,001 et 0,0015 de neurine ; elles étaient néanmoins rétablies vingt-quatre heures après.

Grenouilles C (*fatiguées*). — La fatigue est obtenue par des décharges électriques fournies par l'appareil de du Bois-Reymond (bobine moyenne, placée à la distance de 15 divisions). Elles sont continuées jusqu'à ce que la grenouille, laissée libre, ne puisse faire aucun mouvement.

Les symptômes déterminés par l'injection de 0,002 de neurine à des grenouilles, pesant 24 grammes, sont plus accusés et plus graves ; le lendemain, elles présentaient de la mydriase, de la lenteur et de la faiblesse dans les mouvements ; elles se sont rétablies complètement au bout de trente-six heures environ.

Grenouilles D (*décapsulées, puis fatiguées*). — La fatigue, combinée à la cautérisation des capsules, diminue encore la résistance de ces grenouilles aux effets toxiques de la neurine. Ainsi, 0,005 de neurine injectés à une grenouille, pesant 20 grammes, fraîchement décapsulée et fatiguée ensuite, ont entraîné la mort en dix heures. Ce défaut de résistance est, en grande partie, attribuable à un traumatisme trop récent, suivi presque immédiatement d'une fatigue intensive. Il était beaucoup moins accusé chez une grenouille, pesant 30 grammes, décapsulée la veille, fatiguée le lendemain. Une demi-heure après avoir reçu 0,002 de neurine, elle était en état de mort apparente avec mydriase ; les mouvements étaient rares et lents au bout de vingt-quatre heures ; le lendemain, elle était à peu près rétablie.

La cautérisation des capsules, chez la grenouille, expose à des lésions rénales, susceptibles de gêner l'élimination de la neurine par les urines. On évite à cette objection en opérant sur des rats.

Deuxième série : *Rats* A (*anciennement décapsulés*). — Cinq centigrammes de neurine sont injectés comparativement à doses fractionnées, à deux rats, pesant 300 grammes : l'un d'eux, guéri d'une inoculation intra-péritonéale de cancer, s'est rétabli ; l'autre, qui avait subi un mois avant l'abla-

tion des deux capsules, est mort une demi-heure après l'injection du cinquième centigramme. A l'autopsie, on notait l'absence complète de capsules, une forte hypertrophie de la rate et des ganglions lombaires, une légère congestion pulmonaire.

L'atrophie des capsules, consécutive à une cautérisation avec le nitrate d'argent, datant de huit mois, n'a pas permis à un rat, pesant 115 grammes, de résister à 0,008 de neurine. Cette dose, qui ne suffit pas pour tuer un rat normal du même poids, a produit, chez ce rat aux capsules atrophiées, une vive dyspnée, de la torpeur, de la mydriase, de la sialorrhée, du ralentissement et de la rareté de la respiration avec congestion pulmonaire. La mort est survenue en une demi-heure.

Lorsque les doses de neurine sont moyennes, elles sont bien assez éliminées, malgré l'ablation des deux capsules. C'est ainsi que trois rats, pesant 85, 120 et 200 grammes, doublement décapsulés un mois avant, ont résisté à une injection de 0,004 ; 0,01 ; 0,03 de neurine.

Rats B (*anciennement décapsulés et fatigués*). — Une fatigue intensive, déterminée par des chocs électriques ou par une rotation continue, diminue la résistance des rats décapsulés aux effets toxiques de la neurine. Ainsi, un rat, pesant 235 grammes, décapsulé depuis un mois, fatigué en sept minutes par les chocs fournis par la bobine moyenne, placée à 6 divisions, de l'appareil de du Bois-Raymond, reçoit, après dix minutes de repos, deux doses de neurine : quelques instants après, il devient somnolent, il est en proie à une forte dyspnée. La température tombe à 35°5 vers la fin de l'agonie; il meurt au bout de quarante-cinq minutes. A l'autopsie, on ne trouve aucun vestige des capsules enlevées; les ganglions lombaires et la rate sont très hypertrophiés.

Les rats, anciennement décapsulés et soumis à la même fatigue intensive, *avant* ou *après* l'injection de 0,006 de neurine, présentent des symptômes plus graves que les rats normaux fatigués, mais ils se rétablissent quelques heures après.

La même dose de neurine tue, au contraire, au bout d'une douzaine d'heures, un rat, pesant 135 grammes, doublement décapsulé depuis quarante-cinq jours, et fatigué par une rotation dans une cage à écureuil continuée pendant une heure. A l'autopsie, on constate l'absence des capsules, l'hypertrophie de la rate et une forte congestion pulmonaire avec suggillations.

Ces résultats ne sont pas dus simplement à la fatigue, puisqu'un rat sain pesant 170 grammes, fatigué par de nombreux chocs électriques, n'est pas mort à la suite de l'injection de 0,02 de neurine. Pour nous rendre compte de l'influence du traumatisme causé par une décapsulation récente, nous avons injecté de la neurine à des rats fraîchement décapsulés.

Rats C (*récemment décapsulés*). — L'ation toxique de la neurine est mal supportée. Ainsi, 0,03 de neurine, injectés en trois fois, à une heure d'intervalle, entraînent chez un rat, pesant 378 grammes et doublement décapsulé depuis deux heures, de la prostration, de la lenteur et de l'irrégularité de la respiration, de la mydriase. Quelques minutes après l'injection du troisième centigramme, on note de la parésie, du myosis, de la chute de la température rectale qui tombe à 34 degrés, de la rareté et de la faiblesse des inspirations, de l'affaiblissement cardiaque. La mort arrive en trois heures et demie. A l'autopsie, on voit que les capsules étaient complètement enlevées, et on note une légère congestion pulmonaire.

Objections. — Cependant, l'expérience suivante prouve que l'action antitoxique des capsules vis-à-vis de la neurine ne doit pas être exagérée. En effet, un rat, pesant 170 grammes, bien portant, reçoit 0,025 de neurine; il subit l'ablation des deux capsules pendant la prostration causée par la neurine. Les symptômes s'aggravent ; vingt minutes après, la mort paraît prochaine; deux heures plus tard, ce rat est rétabli; il résiste à une dose de 0,02, injectés le lendemain; enfin, une dose de 0,04 détermine, le surlendemain, des frissons, une forte dyspnée ; mais l'état s'améliore au bout de quatre heures et la guérison est complète, malgré l'absorption de 0,065 de neurine de Darmstadt (expédiée en solution de 25 pour 100).

Action antitoxique in vitro. — Sept capsules de rats, fraîchement enlevées et triturées, sont mises en contact avec 7 centimètres cubes d'eau additionnés de XXI gouttes de neurine. Ce liquide, filtré dix-sept heures après, se réduit à 3 centimètres cubes et demi. Un rat, pesant 400 grammes, décapsulé la veille, meurt deux heures après l'injection d'un demi-centimètre cube de ce liquide, qui est aussi toxique que la neurine pure, laquelle, à la dose de 0,032, tue, en trois heures, un rat de 385 grammes, décapsulé en même temps que le rat précédent. Ils présentaient à l'autopsie une forte congestion pulmonaire avec suggilations. Le cœur en diastase était rempli de caillots noirs.

Les deux expériences suivantes prouvent que les capsules n'ont nullement neutralisé cette dose de neurine. Ainsi, deux rats normaux, pesant 60 grammes, sont également tués en quelques heures, l'un, par 4/10 de centimètre cube du liquide contenant les capsules et la neurine ; l'autre, par 0,021 de neurine pure. L'autopsie décelait les lésions indiquées précédemment, mais à un moindre degré.

Chez la grenouille, l'addition du suc capsulaire à la neurine n'en a pas diminué la toxicité : ainsi, deux grenouilles de poids moyen ont succombé en cinq minutes, à la suite d'une injection de 1/10 et 1/20 de centimètre cube de ce liquide. Dans ce dernier cas, il a été, à doses égales, plus toxique même que la neurine pure. Dans la crainte que la quantité de capsule ne soit pas suffisante, nous avons ajouté quatre capsules fraîches de rat à 1 centimètre cube de ce même liquide. Nous en avons injecté 1/3 de centimètre cube à un rat pesant 80 grammes, décapsulé six heures avant. Un rat normal du même poids en a reçu deux fois plus. Ces deux animaux ont présenté des symptômes graves ; ils étaient complètement rétablis le lendemain. Ici, la neurine a été légèrement neutralisée par l'addition du suc capsulaire.

Conclusions. — En résumé, l'ensemble de ces expériences paraît démontrer que les capsules surrénales n'exercent, vis-à-vis de la neurine qu'une action anti-toxique fort limitée. Dans ces conditions expérimentales, l'élimination de cette substance semble surtout se faire par les reins, puisque Cervello (*Arch. Ital. Biol.*, 1886, t. VII, p. 185) en a décelé la présence dans les urines.

ACTINOMYCOME CIRCONSCRIT DATANT DE NEUF ANS

Par M. le docteur Ducor.

L'observation ci-dessous est relative à une très volumineuse tumeur du maxillaire inférieur datant de neuf ans, qui, soumise à l'examen de nombreux médecins et chirurgiens les plus autorisés de Paris et de la province, parmi lesquels je citerai MM. Lanelongue (de Bordeaux), Lannelongue (de Paris), Léon Labbé, Labadie-Lagrave, Hutinel, Routier, Tillaux, avait donné lieu à des diagnostics variés : oreillons, odontopathie, abcès, kyste, enfin sarcome.

Il s'agissait, en réalité, d'un actinomycome circonscrit à forme néoplasique limitée, de Cornil et Babès, analogue à l'actinomycome des bovidés, variété rare de l'actinomycose puisque c'est le premier cas reconnu en France, et que la littérature étrangère n'en présente que trois exemples dus à Israel, à Babès et à Glaser. Il est vrai que beaucoup de cas semblables ont dû être méconnus, parce qu'en face d'une tumeur analogue, il semble qu'en dehors du trépied sacré : syphilis, tuberculose ou cancer, il n'y a pas d'autre diagnostic à discuter, et bien rares sont ceux qui pensent à l'actinomycose.

C'est justement parce que je m'en préoccupais que j'ai pu, au mois d'octobre dernier, par l'analyse des commémoratifs et la description de certains symptômes, établir à distance le diagnostic exact qui a été complété et confirmé par l'examen clinique et bactériologique, avec contrôle confirmatif au laboratoire de M. Nocard, à celui de M. Metchnikoff et à celui de M. Remy; toutes les analyses ont décelé, dans les sécrétions, la présence du champignon rayonné et de très nombreux streptocoques.

A mon premier examen je constate que la tumeur, limitée au maxillaire inférieur, paraît être du volume de la tête d'un fœtus à terme, et occupe tout le côté droit de la face, de telle façon que la bouche est entièrement située sur la joue gauche; en hauteur le côté droit déborde de 6 centimètres le côté gauche; les lèvres ne peuvent se rapprocher, vu le volume intra-buccal de la tumeur; la muqueuse gingivale est criblée d'une foule de petits orifices fistuleux; le trismus existe à des degrés variés depuis le début des accidents. La peau, absolument intacte, est souple et sans adhérences; pas le moindre ganglion. A la palpation, la tumeur est généralement d'une dureté ligneuse, parsemée par îlots de points ramollis; elle est absolument limitée; les contours en sont très nets et la démarcation entre les tissus sains et les tissus malades est absolument tranchée.

La malade n'a été pour son entourage la source d'aucune contagion; elle-même a été infectée par des épis d'orge ou de blé, qu'elle avait l'habitude de mâchonner et d'utiliser comme cure-dents.

Le traitement a surtout été ioduré; de plus, vu la présence de nombreux streptocoques, et sur le conseil de M. Nocard, j'ai fait trois injections de 5, 6 et 8 centimètres cubes de sérum antistreptococcique; mais ces injections ont été suivies d'une réaction croissante qui m'a fait renoncer à leur emploi. Depuis le 15 novembre, l'iodure est pris et bien supporté, à la dose de 2gr50 par jour; à la médication interne j'ai joint des badigeonnages iodés sur la portion sécrétante intra-buccale et des injections iodées, après aspiration évacuatrice, dans le parenchyme ramolli; j'ai insisté sur le traitement général, qui était dans l'espèce de la plus haute importance, et qui a eu une action des plus marquées.

Sous l'influence de ces divers moyens, l'état général s'est très amélioré; localement, la tumeur a diminué de 2 ou 3 centimètres dans tous les sens, et sa consistance s'est transformée d'une façon absolument remarquable; les douleurs ont presque entièrement disparu; l'amélioration est surtout marquée depuis un mois, mais elle est des plus nettes, et si le pronostic est encore réservé, il est certainement de beaucoup plus favorable.

M'appuyant sur les observations précédentes et sur plusieurs points plus spécialement développés dans l'observation présente détaillée, je crois devoir présenter les conclusions suivantes :

1° L'actinomycome des mâchoires à forme circonscrite est moins rare qu'on ne le suppose; il a été plus d'une fois confondu avec des tumeurs diverses, solides ou polykystiques;

2° En présence d'une tumeur des mâchoires, il ne faut pas songer seulement à la tuberculose, à la syphilis, au cancer, à une lésion inflammatoire; il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit la possibilité de l'actinomycome, surtout dans les cas où l'on constate du trismus précoce et des fistulettes nombreuses sans engorgement ganglionnaire;

3° La clinique suffit, à défaut d'un examen bactériologique positif, pour affirmer le diagnostic d'actinomycose;

4° Il est indispensable de rechercher l'actinomycose dans le cas de typhlite et d'appendicite, surtout d'appendicite à répétition;

5° L'action de l'iodure, absolument héroïque dans certains cas, peut être dans d'autres très insuffisante, ou ne se produira qu'après une absorption prolongée du médicament; le pronostic de l'actinomycose, même traitée par l'iodure, reste parfois très grave;

6° Le traitement tonique général a, chez certains malades, une importance capitale;

7° Les injections de sérum anti-streptococcique paraissent n'avoir pas eu d'influence sur la régression de l'actinomycome faisant le sujet de la présente étude;

8° La contagion directe par l'homme ou les animaux est des plus rares. L'origine de l'infection actinomycosique est presque exclusivement végétale, elle est due souvent à la mauvaise habitude qu'ont certaines personnes de porter à leur bouche des pailles ou des épis. L'infection se produit en dehors de la carie dentaire; le rôle de celle-ci se borne à faciliter l'introduction du parasite.

Clinique des maladies du système nerveux, par F. Raymond, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. 1 beau volume grand in-8° de 660 pages avec 103 fig. et 2 pl. en couleur. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Guide Rosenwald, Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique (10e année, 1896). Un fort vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Paris, Lucien Rosenwald, 87, r. Lafayette.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"Le bel idéal d'une eau minérale de table gazeuse naturelle."

"Sa pureté et sa richesse d'acide carbonique naturel, ainsi que son goût velouté, lui valent une position prééminente parmi ses rivales."—"JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME, RACHITISME, etc.

Sirop et Dragées

AU PROTO-IODURE DE FER INALTÉRABLE

DE F. GILLE

Entrepôt Général : 45, Rue Vauvilliers, PARIS. — Dépôt dans toutes les Pharmacies.

OBJETS DE PANSEMENTS

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES, PLUMASSEAUX-ÉPONGES

DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY*, Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

TISSUS PHARMACEUTIQUES

STERESOL

du Docteur Fd BERLIOZ

Vernis antiseptique adhérent aux Muqueuses et à la Peau
Dermatoses, Diphtérie, Angines, Kératites, Brûlures.
Dépôt général : MARCHAND, 13, rue Grenier-St-Lazare, Paris
Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Médecins.
S'adresser à M. MEUNIER, Pharmacien à Grenoble.

Dans les Cas graves DE CHLOROSE et d'ANÉMIE REBELLES aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS

d'HEMOGLOBINE

SOLUBLE DE

V. DESCHIENS

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

ÉLIXIR
PRÉPARATION NOUVELLE
Liqueur très agréable à prendre
1 petit Verre après chaque repas.

SIROP
Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN
Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas ; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES
dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE
3 à 6 par jour au commencement des repas.

Dans toutes les Pharmacies

Gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

ANÉMIE — CHLOROSE

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais ; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phle LIMOUSIN ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

DRAGÉES S. ANDRÉ MAYNIEL

DIATHÈSE URIQUE
GOUTTE, GRAVELLE
Rhumatisme chronique
Colique néphrétique
Formule sur l'étiquette
ÉCHANTILLONS FRANCO
PHARMACIE MAYNIEL
BOULOGNE – PARIS

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

MAISON FONDÉE EN 1856

CH. BRISEBARD

Fabt à Besançon (Doubs)
Horloger de la Marine de l'État.



CHRONOMÈTRES Pr MÉDECINS
ENVOI GRATIS DES CATALOGUES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 avril 1896.

A propos de l'observation d'ictère grave hyperthermique, lié à une infection streptococcique, présentée par M. Hanot dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Achard a signalé deux cas de **cancer primitif du foie**, où la fièvre était due à une infection staphylococcique. La présence du staphylocoque blanc avait été constatée dans le foie quelques jours avant la mort. L'un de ces malades avait présenté une température de 41°5, le second n'avait pas dépassé 38°8.

M. Achard a présenté un malade atteint d'atrophie musculaire progressive, du type Aran-Duchenne, développée depuis deux ans chez un homme de vingt-deux ans. L'exagération des réflexes rotuliens, l'existence d'une scoliose dorsale avaient fait rattacher cette amyotrophie à la syringomyélie. En explorant la sensibilité, M. Achard découvrit une particularité curieuse qui fait le principal intérêt de cette observation : il existait, du côté gauche, une bande d'anesthésie dissociée, en demi-ceinture, occupant une hauteur de 10 centimètres environ, un peu au-dessous de l'ombilic et s'étendant obliquement sur l'abdomen, à la façon des zonas de cette région, bien qu'il n'existe aucune éruption à ce niveau. Assurément, ce phénomène peut être invoqué comme un argument en faveur de la théorie médullaire du zona.

M. Achard a d'ailleurs observé récemment, chez une vieille femme de l'hospice des Ménages, un zona d'apparence classique, dans lequel les douleurs s'étendaient des deux côtés, bien au-dessus des limites de l'éruption, et se prolongeaient sur toute la colonne dorsale. Ce fait serait difficile à expliquer par de simples altérations des nerfs périphériques et semble fournir un appoint sérieux à la théorie récemment formulée par Brissaud.

L'**hémophilie** n'est pas chose commune. M. Chauffard vient d'en observer un exemple remarquable. Il s'agit d'une femme de cinquante ans, qui, à l'âge de vingt ans, a été atteinte, à diverses reprises, de violentes hémorragies spontanées du cuir chevelu, de la voûte palatine, etc. En se lavant ou en s'essuyant, elle fait quelquefois sourdre du sang des membres. Dans la marche, la pression exercée sur la plante des pieds par le sol provoque de temps à autre l'écoulement du sang. Les moindres opérations, les plus légers traumatismes ont été, bien entendu, le point de départ d'hémorragies plus ou moins sérieuses, mais il est survenu bien d'autres hémorragies, sans aucune cause apparente. Le plus souvent, le sang suinte avec plus ou moins d'abondance, au niveau de petites taches, les unes ecchymotiques, les autres télangiectasiques, qui existent en un grand nombre de points du corps. On en voit actuellement sur les joues, sur le front, sur la voûte palatine, sur le pavillon de l'oreille, etc. Les taches télangiectasiques sont les plus nombreuses, elles ont, en général, les dimensions d'une tête d'épingle, et sont remarquables par leur coloration d'un rouge vif, qui varie d'ailleurs à certains jours.

L'examen du sang pratiqué minutieusement par M. Chauffard ne lui a révélé aucune altération notable des globules ou du plasma.

Personne dans la famille de la malade n'a présenté d'accidents analogues. Elle-même n'a jamais eu d'arthropathies, on ne relève chez elle aucun stigmate d'hystérie.

Il s'agit donc là d'un cas bien spécial, et différent de ceux qui ont été observés jusqu'ici, par la persistance de petites taches vasculaires, ressemblant à des nœvi et qui constituent de véritables *stigmates télangiectasiques*, comme les appelle très judicieusement M. Chauffard.

HOTEL-DIEU. — M. DUPLAY.

Doigt à ressort; rétrécissement de la gaine des tendons fléchisseurs; opération; guérison (1).

Une femme âgée de trente-sept ans, marchande de poissons, entre dans notre service à l'Hôtel-Dieu, le 5 février 1896.

Cette femme, jouissant d'une excellente santé, bien réglée, ayant eu deux enfants forts et vigoureux, ne présente aucune tare diathésique; c'est à peine si l'on peut relever chez elle quelques manifestations rhumatismales.

Il y a deux mois que, sans cause appréciable, elle a commencé à éprouver de la gêne et de la douleur dans les mouvements du pouce de la main droite, en même temps que se manifestait, d'abord à un faible degré, puis en s'accentuant

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1896, p. 473.

de plus en plus, une sensation de ressaut particulier dans les mouvements de flexion et d'extension de ce doigt.

Ces accidents allèrent en augmentant et bientôt l'empêchèrent d'exercer sa profession, la malade ne pouvant plus, en raison de la gêne et surtout de la douleur, vider ses poissons.

Lors de son entrée, voici ce que nous constatons : le pouce ne présente aucune altération apparente, ni dans sa forme, ni dans son volume, les parties molles, aussi bien que les os et les articulations, sont dans leur état normal.

La malade accuse une douleur vague à la face palmaire du pouce, principalement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; cette douleur est réveillée par la pression à ce niveau, mais à un très faible degré. C'est seulement lorsque la malade exécute des mouvements de flexion et d'extension que la douleur acquiert une grande intensité, offrant son maximum d'acuité au moment où se produit le phénomène de ressaut dont il va être question.

Ajoutons, pour n'avoir plus à y revenir, qu'une exploration minutieuse de la face palmaire du pouce, au point où existe la douleur et qui correspond à l'articulation métacarpo-phalangienne, ne permet de reconnaître aucune lésion bien nette. Il semble, cependant, qu'il existe à ce niveau un peu d'induration, d'épaississement des parties profondes, c'est-à-dire de la gaine fibreuse des tendons fléchisseurs. Mais on ne sent aucune nodosité circonscrite, et lorsqu'on fait mouvoir les tendons fléchisseurs en imprimant lentement des mouvements de flexion et d'extension du pouce, on ne distingue rien d'anormal.

C'est seulement lorsque la malade exécute volontairement les mouvements que se produisent à la fois la douleur et le phénomène du ressaut qui a surtout attiré son attention et qui constitue le symptôme le plus intéressant.

Si l'on dit à la malade de fléchir le pouce, on voit la phalangette se plier d'abord normalement, mais avant qu'elle soit devenue perpendiculaire à la phalange, le mouvement subit un arrêt momentané, la malade exécute un effort violent, auquel semblent participer tous les muscles du membre supérieur, puis, comme si un obstacle était surmonté, la flexion s'achève brusquement, par une sorte de détente et à la façon d'un ressort qui se ferme.

Le même phénomène se produit pendant l'extension et plus marqué encore que pendant la flexion. L'effort exercé par la malade est beaucoup plus considérable, la détente qui suit plus brusque, et la phalangette semble comme projetée violemment, au moment où l'extension s'achève. La comparaison avec un ressort qui se détend serait encore plus juste pour l'extension que pour la flexion.

Nous rappellerons que c'est au moment de la production du phénomène du ressort que la douleur atteint son maximum; elle est plus vive dans l'extension que dans la flexion du pouce et toujours rapportée à la face palmaire du doigt, vers sa racine, à peu près au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Un seul point dans le diagnostic méritait de fixer l'attention : Quelle était la nature de l'obstacle produisant le phénomène du ressort? Nous avons insisté sur ce fait que les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes étaient absolument saines.

Du côté des tendons fléchisseurs, l'exploration la plus minutieuse ne permettait de reconnaître rien d'anormal. La seule lésion qu'il fût possible de soupçonner, était une sorte d'induration de la gaine fibro-séreuse des fléchisseurs du pouce, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Sans rien préjuger de la nature de la lésion, le diagnostic fut donc ainsi formulé : pouce à ressort dû à une altération de la gaine fibreuse des fléchisseurs.

L'opération, qui fut pratiquée le 7 février, devait confirmer l'exactitude de ce diagnostic en permettant de préciser la nature de l'altération de la gaine.

Afin de pouvoir nous rendre un compte plus exact de l'état des parties, nous avons le soin de réaliser l'ischémie du doigt à l'aide de la bande élastique.

Une incision de 4 à 5 centimètres, dont le milieu répondait à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, fut pratiquée à la face palmaire, et après avoir sectionné toute l'épaisseur de la peau, en disséquant et écartant les bords, nous arrivâmes sur la gaine fibreuse des tendons fléchisseurs dont la surface paraissait normale dans la plus grande partie de son étendue, sauf au niveau de l'interligne articulaire où elle était légèrement surélevée.

En explorant avec le doigt, on sentait manifestement que, dans le point correspondant, la gaine présentait une induration, un épaississement très marqué, offrant une certaine analogie avec un cerceau de la trachée.

Une section longitudinale fut pratiquée sur la gaine dans l'étendue de quelques millimètres, et l'épaississement de la gaine, soupçonné par le simple toucher, devint tout à fait évident; car dans le point circonscrit déjà signalé, la paroi de la gaine fibreuse présentait une épaisseur d'environ 3 millimètres, tandis qu'au-dessus et au-dessous, cette épaisseur n'excédait pas 1 1/2 à 2 millimètres. Il existait donc, à n'en pas douter, un épaississement de la paroi produisant un rétrécissement de la gaine, vis-à-vis de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Afin de déterminer la nature de la lésion qui avait donné lieu à cette induration et à cet épaississement, je réséquai une petite tranche de la paroi, au niveau du point le plus épais. L'examen de la petite pièce, pratiqué au laboratoire par M. Berdal, a montré qu'il s'agissait simplement d'une hyperplasie du tissu fibreux, sans autre lésion particulière.

L'exploration des tendons fléchisseurs, mis à nu par l'incision de la gaine, n'a rien révélé d'anormal.

Il va sans dire que la gaine fut laissée ouverte. Une suture très soignée au fil d'argent fin réunit la plaie cutanée. Enfin celle-ci, pansée comme à l'ordinaire, la main fut immobilisée sur une planchette de bois.

Aucun accident. Au bout de huit jours, les points de suture furent enlevés. La plaie, réunie dans les parties profondes, présentait un seul point où la peau avait légèrement chevauché. Mais huit jours après, la réunion était achevée.

Pour la première fois, je fis exécuter à la malade quelques mouvements du pouce; le phénomène du ressort avait disparu. Il ne s'est plus manifesté depuis; les douleurs ont complètement disparu et un mois après l'opération la malade avait recouvré l'intégrité des fonctions du doigt.

Je l'ai revue ces jours derniers; la guérison s'est complètement maintenue.

Il m'a paru intéressant de rapporter en détail cette observation, car les faits dans lesquels on a pu constater *de visu* la nature de la cause du doigt à ressort ne sont pas encore très nombreux.

Dans notre cas, la lésion de la gaine des fléchisseurs est évidente; l'induration, l'épaississement circonscrit de sa paroi produisaient un rétrécissement, enserrant les tendons fléchisseurs, dont le jeu se trouvait arrêté au moment où ils s'engageaient dans cette portion rétrécie, soit pendant la flexion, soit pendant l'extension.

Ce fait confirme donc entièrement l'opinion qui attribue le phénomène du ressort à une lésion de la gaine ou des tendons fléchisseurs des doigts et qui a été proposée et défendue par Menzel, Felicki, Blum et Marcano.

Il montre d'une façon évidente que, comme l'avait avancé Felicki, un simple rétrécissement de la gaine suffit à déterminer le phénomène du ressort.

Quant à la nature même de la lésion de la gaine, il est assez difficile, chez notre malade, d'émettre un avis. Il s'agissait, avons-nous dit, d'une simple hyperplasie du tissu fibreux constituant la paroi de la gaine. Quelle était la cause de cette hyperplasie? Nous l'ignorons à peu près complètement. La malade n'était pas franchement arthritique et jouissait d'une santé parfaite. On pourrait peut-être faire intervenir, comme ayant pu exercer une certaine influence sur la production de cette lésion, la profession exercée par la malade qui est marchande de poissons et qui fait de fréquents efforts des mains, et plus particulièrement des doigts de la main droite, pour vider les poissons.

RÉUNION PAR « CERCLAGE » DES DEUX ROTULES SIMULTANÉMENT FRACTURÉES

Par Félix Lejars, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La fracture simultanée des deux rotules est un accident rare et les faits publiés sont en nombre restreint. Boyer parle d'un cocher qui se brisa les deux rotules en se relevant brusquement sur son siège, et Desault aurait vu un opéré de taille rompre ses deux rotules au cours d'une violente crise convulsive, qui suivit l'opération. D'autres exemples sont rapportés par A. Cooper, Vallette, Johnston, Marcy, Tinoco (1), qui les recueille et les commente dans sa thèse. En 1880, Coriveaud (2) publie l'observation d'une femme de soixante-deux ans, chez laquelle la double fracture s'était produite en montant un escalier, et, la même année, Ozenne (3) exposait, à la Société clinique, l'histoire d'un malade de M. Polaillon, garçon de vingt-deux ans, qui, en jouant à saute-mouton, était tombé à la renverse et s'était fait une fracture transversale simultanée des deux rotules.— Deux points se dégagent de ces faits et de quelques autres encore épars : la double fracture simultanée semble toujours due à la contraction musculaire, à un brusque et violent effort des deux triceps; et, de plus, il y a lieu de se demander, quelquefois, si les deux os n'avaient pas subi un travail de raréfaction lente, une sorte de préparation aux brisures.

Chez notre malade, cette dernière question ne se posait nullement : c'était un solide et vigoureux camionneur de trente et un ans, sans aucun antécédent morbide, ni local, ni général; la puissance de ses triceps suffisait à expliquer le double accident, dont le mécanisme, comme nous allons le dire, ne laissait pas que d'être un peu complexe.

Nous avons utilisé, chez lui, un procédé de réunion rotulienne, indiqué en 1892 par M. le professeur Berger (4), le *cerclage*, qui nous a donné, très simplement, un excellent résultat.

Voici le fait :

L..., camionneur, trente et un ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, n° 1 *bis*, dans le service de mon maître, M. Théophile Anger, le 12 décembre 1895, avec une fracture des deux rotules.

L'accident a eu lieu dans l'après-midi. Notre homme était debout, à l'arrière de son camion, lorsque, dans un faux mouvement, il glissa et se sentit tomber. Il fit alors un violent effort pour ne pas être renversé en arrière, ressentit une douleur aiguë dans les deux genoux et s'abattit en avant, sur le pavé. Des camarades le relevèrent, et, quelques heures après, il était transporté à l'hôpital.

Les deux genoux ont donc porté sur le sol, mais il est tout probable que la fracture était déjà produite, comme en témoignent ce brusque effort et cette douleur intense, sur lesquels le blessé est très affirmatif.

Dès le lendemain, les deux jointures, et surtout le genou gauche, sont, du reste, le siège d'un gonflement très marqué et les cavités articulaires remplies d'une notable quantité de liquide. On trouve, de chaque côté, une fracture de la rotule, à peu près transversale, siégeant à l'union du tiers inférieur, avec les deux tiers supérieurs de l'os : à droite et à gauche, un écart d'environ trois travers de doigt sépare les deux fragments. La douleur est très vive à l'exploration; l'impotence est complète.

Le premier soir, bien qu'il n'y eût aucune trace de lésion cutanée, la température est montée à 38° (1); elle redescend le lendemain à 37°, pour s'y maintenir.

Trois jours après, le 15 décembre, je me mets en devoir d'ouvrir les deux genoux et de pratiquer la réunion des deux rotules fracturées, avec l'aide de mon ami, M. Le Damany, interne du service.

Une incision arquée, à concavité supérieure, est tracée sur le devant du genou droit et croise le fragment inférieur; la peau est retroussée en haut et découvre tout de suite une abondante collection sanguine qui enchâsse le devant de la rotule fracturée, se prolonge entre les fragments et remplit la cavité articulaire; notre premier soin est d'enlever tous ces caillots et de déterger les deux surfaces de fracture et les cartilages, avec des tampons. Le plan de brisure est à peu près transversal et légèrement éversé en dehors; il revêt, sur chaque fragment, un aspect feuilleté tout spécial, au niveau de l'encroûtement cartilagineux.

Nous procédons alors au *cerclage*, de la façon suivante : une aiguille fenêtrée (2) est passée dans l'épaisseur du tendon rotulien, au contact du bord supérieur de la rotule, et se charge d'un gros et long fil d'argent, qu'elle ramène en dehors; puis l'aiguille traverse le ligament rotulien et fait passer, à son tour, de dedans en dehors, l'autre bout du fil : de la sorte, nous avons une anse qui contourne la rotule et que la torsion des deux bouts libres fermera et resserrera tout à l'heure.

Les deux fragments sont rapprochés et maintenus au contact, l'anse de fil bien et dûment étirée, pour réaliser un *encadrement* aussi exact et aussi régulier que possible, et les deux bouts tordus ensemble. On s'assure, avant d'achever la torsion, que les deux surfaces fracturées se correspondent parfaitement : un surjet de catgut réunit, au-devant du trait de fracture, les débris fibro-périostiques; puis les fils tordus sont coupés ras, incurvés et cachés dans les tissus fibreux voisins.

Les débris de la bourse pré-rotulienne, déchirés et infiltrés de sang, sont excisés, et la peau entièrement réunie,

(1) Tinoco. *Contribution à l'étude de la fracture transversale simultanée des deux rotules*, Thèse de doct., Paris 1880.

(2) Coriveaud. Observation de fracture simultanée des deux rotules, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1880, n° 33.

(3) Ozenne. Fracture transversale simultanée des deux rotules, *Bull. de la Soc. clin.*, 1880, p. 110, et *France méd.*, 1880, n° 91. — L'observation figure aussi dans la thèse de Tinoco (loc. cit.), et M. Polaillon la reproduit in *Affections chirurgicales des membres*, p. 314.

(4) Berger. Suture de la rotule par un procédé nouveau (cerclage de la rotule), *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 523.

(1) Nous avons observé plusieurs fois ces ascensions thermiques passagères, à la suite des épanchements sanguins dans les cavités séreuses fermées; ils ont fourni récemment matière à des travaux intéressants. (Voy. en particulier A. Broca et R. Lacour. De la fièvre aseptique consécutive à certaines lésions traumatiques, *Gaz. hebd.*, 9 mars 1895.)

(2) Nous nous servons de la mèche du perforateur que nous avons sous la main et qui nous paraît commode, mais une grosse aiguille de Reverdin suffit parfaitement.

sans drain. Pansement iodoformé et ouaté; gouttière plâtrée.

Séance tenante, la même intervention est répétée sur le genou gauche : là, l'épanchement sanguin intra et pré-articulaire est plus considérable et les deux fragments plus écartés. Détersion et nettoyage soigné de la cavité articulaire aux tampons; rapprochement et coaptation des deux fragments, dont la surface de brisure est un peu oblique et présente le même aspect que de l'autre côté; *cerclage* pratiqué avec un gros fil d'argent, qui traverse le tendon rotulien, s'applique en long sur le bord interne de la rotule, passe dans l'épaisseur du ligament rotulien, et dont les deux bouts sont tordus en dehors, coupés et « enfouis ». Surjet de catgut fibro-périostique sur le devant de la rotule. Ici encore, les parois de la bourse pré-rotulienne, infiltrées de sang, sont excisées et l'incision cutanée, concave en haut, suturée sans drain. Gouttière plâtrée.

Les suites de cette double opération ne laissèrent rien à désirer. Pas d'élévation thermique, pas de douleur. Douze jours après, le 25 décembre, les gouttières plâtrées étaient retirées et les pansements défaits : réunion *per primam* des deux côtés, ablation des fils cutanés. On cessa dès lors l'immobilisation et, au bout d'une dizaine de jours, on commença à imprimer aux deux genoux quelques mouvements. Au 10 janvier 1896, le malade se levait avec des béquilles et s'exerçait progressivement à marcher; le 21 janvier, il quittait l'hôpital pour aller faire un séjour de convalescence à Vincennes, marchant aisément avec une canne.

Un mois plus tard, quand nous le revoyons, la marche est redevenue presque entièrement normale : la jambe se plie jusqu'aux limites ordinaires et s'étend sans difficulté et avec force. Notre malade fait des courses, monte et descend les escaliers. Les deux genoux ont repris leur volume et leur aspect ordinaires; quant à la consolidation des deux rotules « encerclées », elle est très certainement osseuse; de chaque côté, l'os forme un bloc aussi compact et aussi résistant qu'une rotule saine.

Le cerclage nous a donc rendu les meilleurs services, en nous permettant de simplifier beaucoup le manuel opératoire. Il est, en effet, de pratique facile et partout réalisable, et, si l'on prend soin de bien encadrer la rotule, il assure une coaptation excellente et un affrontement très régulier. Les figures 1 et 2 en diront plus qu'une longue description. Pourtant nous croyons utile de rappeler que le fil doit être gros et très résistant, et qu'il doit traverser « en plein », au milieu de leur épaisseur, le tendon et le ligament rotuliens : c'est là une condition nécessaire pour que l'anse de fil reste bien fixée et que les fragments n'aient pas tendance à basculer et à s'écarter en avant ou en arrière.

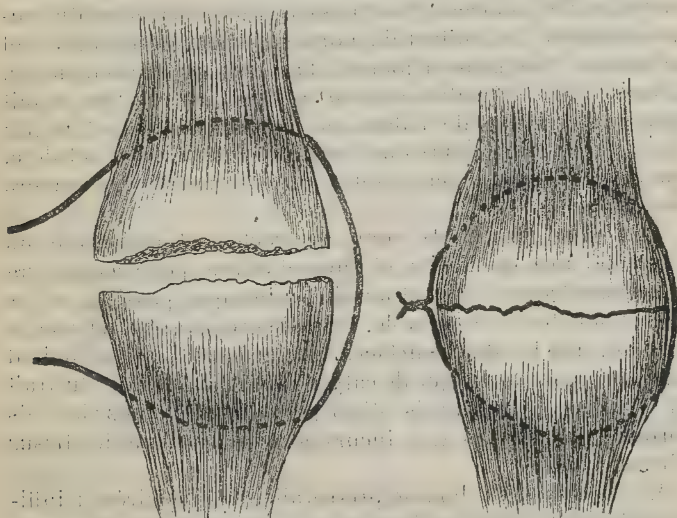


Fig. 1. — Cerclage de la rotule (premier temps).

Fig. 2. — Cerclage de la rotule (deuxième temps).

Dans le fait de M. le professeur Berger, le cerclage répondait à une véritable nécessité : le fragment rotulien inférieur, très petit, s'était divisé sous le perforateur et toute suture proprement dite, suivant le mode traditionnel, était devenue impraticable. On peut ajouter que, dans les fractures comminutives de la rotule, l'encadrement par un bon fil serait encore le meilleur procédé à suivre pour réaliser la coaptation et la réunion des fragments multiples. Enfin, en suturant, au niveau du trait de fracture, les deux lèvres fibro-périostiques, on rend encore l'affrontement plus régulier.

Je me garderai de tirer de mon double fait des conclusions excessives et je pense que, dans un cas donné, le meilleur procédé est celui qui assure le mieux une réunion exacte et durable. Le cerclage me paraît susceptible de remplir cette condition première : il a, de plus, l'avantage d'une réelle simplicité.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement des fibromes interstitiels. — D'après M. Vasten le taux élevé de la mortalité dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes est dû surtout à l'infection facile du moignon. Le professeur Ott est arrivé, grâce à son mode de traitement du moignon, à abaisser la mortalité jusqu'à 4,3 p. 100. Par le procédé d'amputation sus-vaginale et le morcellement, Jacobs et Ott sont arrivés à la faire tomber à zéro. Depuis six mois environ, M. Vasten obtient des résultats idéaux en procédant de la façon suivante : la malade est placée comme pour l'hystérectomie vaginale; on fait une incision circulaire des culs-de-sac et on décolle le col utérin du tissu cellulaire voisin; on sectionne les ligaments larges à leur base, entre deux ligatures; on ouvre le péritoine dans les culs-de-sac antérieur et postérieur; s'il est difficile de le trouver, on place la malade dans la position de Trendelenburg. On fait ensuite la laparotomie, on sectionne l'utérus, on incise les culs-de-sac et on lie les ligaments larges, si on n'a pu le faire par voie vaginale, on enlève l'utérus et on ramène les fils de ligature par le vagin. Ce procédé se distingue surtout du procédé par morcellement, par sa propreté et sa simplicité. (*Ejenedelnik*, 1895, n° 41.)

Des crises gastriques des tabétiques. — M. Ostankoff a rapporté, à la Société de psychiatrie de Saint-Pétersbourg, deux cas de tabes dorsal où les vomissements ont constitué une des premières manifestations de l'affection. Dans les deux cas, les accès gastropathiques étaient accompagnés de troubles cardio-pulmonaires, lesquels disparaissaient dès que les crises gastriques cessaient; aussi l'auteur pense-t-il que ces troubles accompagnent toujours les gastralgies des tabétiques et doivent être considérés comme faisant partie de l'accès.

M. Ostankoff attire encore l'attention sur l'exagération des réflexes abdominal et épigastrique chez les tabétiques; lié à l'abolition du réflexe rotulien, ce symptôme peut être considéré comme un des signes diagnostiques importants du tabes.

Étant donné que les crises gastriques s'accompagnent souvent, chez les tabétiques, de troubles psychiques et coexistent fréquemment avec des accès laryngés, que, d'autre part, on trouve souvent dans ces cas, à l'autopsie, l'atrophie des noyaux bulbaires, l'auteur trouve que la

théorie de Hoffmann, d'après laquelle les crises gastriques sont dues à une lésion initiale du bulbe, est plus probable que la théorie de Leyden qui considère ces crises comme purement névralgiques.

Quant au traitement, sur le conseil du professeur Bekhtereff, l'auteur a employé chez les tabétiques l'oxalate de protoxyde de cérium, recommandé depuis vingt-cinq ans par Simpson, et employé avec succès contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Dans les gastropathies tabétiques, cette substance a également donné de bons résultats : la durée des accès diminuait, les vomissements devenaient plus rares, moins graves, et disparaissaient deux ou trois jours après le début du traitement. (*Wratsch*, 1895, n° 44.)

Contribution au diagnostic de l'épilepsie jaksonienne. — M. V. Mouratoff a communiqué, à la Société de psychiatrie et de neurologie de Moscou, trois observations d'épilepsie jaksonienne, qui présentaient un certain intérêt au point de vue diagnostique :

Une femme de cinquante et un ans, tuberculeuse et athéromateuse, entre à l'hôpital avec un accès d'épilepsie jaksonienne typique, commençant par le bras droit. A l'examen on constata une hémiplégie gauche, des troubles de la sensibilité du même côté, surtout du sens musculaire, une exagération des réflexes, une atrophie musculaire de moyenne intensité, avec diminution de l'excitabilité faradique; les accès d'épilepsie corticale étaient typiques et augmentaient la paralysie et l'anesthésie. Après l'accès, les convulsions cloniques de la moitié gauche du corps continuaient toute la journée. Il n'y avait pas d'aura. Pas de troubles psychiques. Après un séjour de deux ans à l'hôpital, la malade succomba à l'affection pulmonaire. A l'autopsie, on constata une embolie des artères terminales de l'écorce des deux tiers inférieurs des circonvolutions pré et post-rolandiques et un ramollissement de la couche corticale ou sous-corticale, au delà de la capsule interne.

La seconde malade est âgée de trente-sept ans; les accès d'épilepsie corticale se sont développés d'une façon aiguë. En même temps, elle présente des stigmates d'hystérie (hémiplégie spasmodique, hémi-anesthésie muco-cutanée, rétrécissement du champ visuel). La paralysie a cédé à la suggestion.

Chez la troisième malade, une fillette de onze ans, se sont développés, il y a un an, des accès d'épilepsie corticale, avec obnubilation des sens; les muscles de la paroi abdominale sont également pris; il y avait de six à quinze accès par jour; chaque accès durait une à trois minutes; l'accès n'était pas suivi de paralysie. La malade riait et pleurait facilement, et souvent sans cause. Anesthésies passagères et changeant souvent de place. Pas d'hyperthermie pendant l'accès. La malade était entrée pour une hémiplégie qui a rapidement disparu, grâce à la suggestion.

En se basant sur ces faits, l'auteur conclut que, ainsi que l'ont constaté Charcot, Ballet et Crespin, 1° l'hystérie peut s'accompagner d'attaques convulsives, analogues à celles de l'épilepsie jacksonienne; 2° la présence des stigmates d'hystérie permet de poser le diagnostic; dans les affections corticales, les troubles du sens musculaire prédominent; 3° les observations de l'auteur confirment l'opinion de Ballet et Crespin que dans l'accès hystérique intercortical, il n'y a pas d'hyperthémie, et que les muscles de l'abdomen prennent part à l'accès.

Traitement de la fièvre puerpérale par les frictions mercurielles. — Ce mode de traitement, connu déjà depuis plus d'un siècle, était surtout en honneur vers 1840; trois procédés étaient usités : 1° on donnait aux malades beaucoup de calomel et on leur faisait peu de frictions; 2° on donnait peu de calomel, mais beaucoup de mercure en frictions (procédé de Velpeau); 3° on ne faisait que des frictions. Tombé ensuite en désuétude, le traitement par les frictions fut de nouveau recommandé, vers 1880, par Wilkin, Prochownik, Kollmann, Hugenberger, d'après lesquels ce mode de traitement de la fièvre puerpérale, institué de bonne heure, donne d'excellents résultats, grâce à son action antiseptisante sur le sang et les tissus.

M. A. Ivanoff recommande aujourd'hui de nouveau les frictions mercurielles, auxquelles il recourt avec succès déjà depuis plus de dix ans. C'est après avoir obtenu d'excellents résultats dans le traitement du phlegmon diffus, que l'auteur l'a appliqué aussi à celui des affections post-puerpérales. Les frictions étaient faites avec 30 grammes d'onguent, employés en deux doses, avec intervalle d'une heure. En même temps on prenait, bien entendu, soin de l'état de la bouche. L'auteur a rapporté, à la Société médicale de Kieff, neuf observations :

1° Fièvre et douleurs abdominales après l'accouchement, 39°4 le septième jour; frictions avec 30 grammes d'onguent, qui ont fait tomber la température à la normale; au bout de trois jours, nouvelle élévation; seconde friction avec 15 grammes. Guérison au bout de huit jours; résorption de l'exsudat.

2° Parturiente de trente-six ans; paramétrite; chute de la température après la friction; nouvelle ascension cédant définitivement à une seconde friction.

3° Péritonite post-puerpérale, état très grave; friction avec 30 grammes; le soir de la friction la température monta encore à 40°8, le pouls était à 140, il y avait du délire; mais le lendemain tout se calma, la température devint normale et la malade guérit.

Les autres observations où il s'agit de pyhémie ou de péritonite, sont analogues à celles que nous venons de signaler. On peut dire, d'une façon générale, que dans les exsudats, la friction amène, au bout de dix à quinze heures, une chute de la température, qui reste à la normale pendant quatre à cinq jours; parfois il est nécessaire de faire une seconde friction pour que la guérison soit définitive. Dans la pyhémie, l'hypothermie ne dure que deux à trois jours, et la guérison complète demande trois à quatre frictions. Ce qui est surtout à considérer dans l'emploi des frictions, en cas d'exsudats, c'est qu'elles abrègent de moitié la durée et empêchent le passage de l'affection à l'état chronique sans laisser des adhérences. Dans la pyo-septicémie les résultats étaient également favorables, sans que jamais l'auteur ait observé des phénomènes d'hydrargyrisme. (*Wratsch*, 1895, n° 45.)

Grossesse après une castration double; opération césarienne. — Mme Federovskaia Viridarskaia a rapporté, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg, l'observation d'une femme de trente-huit ans, ayant déjà accouché onze fois; une fois seulement l'accouchement a été provoqué, au début du neuvième mois; tous les autres étaient à terme; les quatre premiers étaient spontanés; dans quatre autres il a fallu intervenir par le forceps ou faire la basiotripsie. La dixième grossesse avait nécessité l'opération césarienne et la castration double. Mais la menstruation est ensuite revenue très régulière. La malade devint bientôt enceinte et accoucha à terme; la basiotripsie était nécessaire. Après cet accouchement nouveau rétablissement des règles, et trois ans plus tard, nouvelle grossesse (actuelle).

A l'examen de la malade, à l'entrée, on constata une grossesse au huitième mois, le bassin était rétréci, il y avait quelques signes d'ostéomalacie. On essaya de provoquer l'accouchement, mais on ne put y arriver; la malade se décida alors à attendre le terme.

Après quelques légères douleurs, la poche à eau se rompit et on constata, à l'examen, une ouverture du col de deux

travers de doigt, une position oblique du fœtus, avec présentation de l'épaule. On se décida alors à faire l'opération césarienne et on enleva le fœtus vivant.

Au cours de l'opération on ne trouva pas d'ovaires, à leur place on trouva des masses irrégulières renfermant du parenchyme ovarique; on fit la ligature des trompes.

Les suites opératoires furent excellentes, la mère et l'enfant se portent bien.

Traitement des ulcérations de la cornée par l'acide lactique. — M. V. Doljenkoff a employé ce mode de traitement (après cocaïnisation), dans 40 cas d'ulcérations cornéennes; la solution était à 50 p. 100, la dose employée était de III à IV gouttes. Sous l'influence de l'acide lactique, le fond et les bords des ulcérations devenaient blancs, se ramollissaient et des particules pouvaient en être facilement enlevées; l'eschare tombait au bout de trois à quatre jours. Les résultats étaient surtout remarquables dans les kératites avec photophobie et hyperhémie péri-cornéenne; dès le lendemain de la cautérisation la photophobie disparaissait, la douleur se calmait. Dans aucun des cas moyens, l'auteur n'a obtenu d'échec; très rarement il a fallu répéter la cautérisation. L'acide lactique est surtout précieux dans les ulcérations annulaires où la nécrose de la cornée, et, par conséquent, la cécité complète, sont à craindre. Sur 6 cas de ce genre, dont 2 étaient extrêmement graves, une seule cautérisation a suffi pour arrêter l'évolution de l'ulcération. (*Wratsch*, 1895, n° 48.)

S. BROÏDO.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté et médecin de la Charité.

Ses obsèques auront lieu, à l'église de la Madeleine, mercredi à dix heures.

— Par décision ministérielle, en date du 8 avril 1896, M. Eymeri, médecin-major de deuxième classe au 12e escadron du train, a été désigné pour le 63e d'infanterie, par permutation avec M. Benoît, médecin-major de deuxième classe.

— Par arrêté, en date du 2 avril 1896, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Duhourcau, membre de l'Association pyrénéenne.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Chotard (de Creully); Decaux, médecin aide-major de première classe; Sicard, médecin de première classe de la marine.

— Par arrêtés, en date des 9 et 28 mars 1896, les médailles suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. Hermary et J. Ferron, internes à l'hôpital Trousseau; S. Grosjean, interne à l'hôpital maritime de Berck.

Médaille de bronze. — M. E. Bigot, externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ont contracté des affections contagieuses dans l'exercice de leurs fonctions.

— M. le docteur P. de Pietra Santa vient d'être nommé commandeur de l'Ordre royal d'Isabelle la Catholique. Nous adressons toutes nos félicitations à notre éminent confrère qui, depuis vingt-deux ans, dirige avec tant de distinction le « Journal d'hygiène ».

— MM. les élèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le concours de l'internat en médecine, qui doit s'ouvrir au mois d'octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les concours précédents.

Tous les externes comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux pourront y prendre part; les conditions d'admission au concours de l'internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897.

A partir du concours de 1897, les externes, qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878, pourront se présenter à l'internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine; toutefois, les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

A raison des dispositions qui précèdent, les candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au concours, un certificat de scolarité délivré par l'École de médecine et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 juillet 1893.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boissier (de Caudéran); Hackin (de Forchies-lès-Charleroi); P. Maillard (de Néris); Semmola (de Naples); Traill (de Lille); Vergne (de Paris) et Th. de Vroye (de Wavre).

— M. Léon Maquenne, docteur ès sciences, professeur intérimaire, ouvrira le cours de physique végétale le jeudi 16 avril 1896, à onze heures, dans l'amphithéâtre de géologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera le samedi et le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Dans la première partie du cours, le professeur résumera dans leurs grandes lignes les conditions qui règlent la production des végétaux. Il étudiera en particulier les phénomènes de nutrition, les relations des plantes avec l'atmosphère et l'assimilation de l'azote à l'état gazeux.

Dans la seconde partie, le professeur traitera des principales fonctions de la vie végétale.

Des conférences pratiques auront lieu tous les lundis à trois heures, au laboratoire de physique végétale, situé rue de Buffon, n° 45 *bis*, dans lesquelles le professeur développera les matières enseignées dans le cours, au point de vue expérimental et analytique, ainsi qu'au point de vue des applications.

— Le docteur Foveau de Courmelles reprendra son cours libre d'électrothérapie, le lundi 20 avril, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera tous les lundis à cinq heures. Il traitera ce semestre des électricités statique et atmosphérique, et de leurs relations épidémiologiques et curatives.

— M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la « Revue de l'hypnotisme », commencera le mardi 21 avril, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les « Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme ».

Il le continuera les samedis et mardis suivants, à cinq heures.

Avantages du tracteur du siège et dangers du lacs usuel, par le docteur NARICH (de Smyrne). 1 vol. in-8° avec figures. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 45. — JEUDI 16 AVRIL 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 16 AVRIL 1896. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans son assemblée générale, l'Association générale des médecins de France a, sur la proposition de son président, M. Lannelongue, mis aux voix et adopté les propositions suivantes :

« La question générale — augmentation de la cotisation — reste ouverte. »

« La cotisation sera portée à 20 francs pour les membres nouveaux seulement, les anciens conservant le droit de ne payer que 12 francs. »

A la même séance, le projet de création d'une caisse des veuves et orphelins est mis aux vois et adopté.

Onze pensions viagères nouvelles de 800 francs sont accordées. Ce chiffre porte à 91 le total des pensions servies, dont 33 à 800 francs.

— M. Potain, représentant les médecins des hôpitaux, et M. Lannelongue, représentant la Faculté de médecine de Paris, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— MM. les docteurs Millard et Gérin-Roze sont nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris.

— Nous avons publié, dans notre numéro du 4 avril 1896, le décret qui, modifiant la composition du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, donne une place à l'un des médecins du service des secours à domicile, en exercice.

Cette réforme, réclamée depuis longtemps par la Société médicale des bureaux de bienfaisance, sera reconnue, par tous les médecins, comme une mesure de justice rendue au corps des médecins des bureaux de bienfaisance. Ceux-ci ont l'intention de présenter à l'administration, comme candidats à la place de membre du Conseil de surveillance, une liste composée des noms de MM. les docteurs Gibert, Rotillon et Le Coin.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 26 mai 1896, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 16 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1896; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1900.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1896, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 2 mai inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1896; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1899.

— M. le docteur Brun est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque populaire de Chalamont.

— M. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, ouvrira le cours de pathologie comparée le mardi 21 avril 1896, à deux heures un quart, au laboratoire de pathologie comparée du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera le mécanisme du cœur chez les vertébrés, particulièrement au point de vue des applications à la théorie et à la pratique de l'auscultation.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

59. M. VERGEZ. De la gastrotomie à l'heure actuelle. — 60. M. MORAULT. De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. — 61. M. VERLIAC. Des néoplasmes malins primitifs de la glande lacrymale orbitaire. — 62. M. BAUDRY. Contribution à l'étude du scorbut. — 63. M. DUPONT. Le salol dans les angines, sauf l'angine diphtéritique. — 64. M. JACQUES. Contribution à l'étude de la thérapeutique des abcès de fixation dans les infections pyogènes généralisées. — 65. M. YSAMBERT. Séméiologie des hémorragies spontanées de l'oreille. — 66. M. GUÉRIN. Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale. — 67. M. GUILHON. Recherches expérimentales sur les propriétés coagulantes et sur les propriétés toxiques de quelques urines physiologiques et pathologiques (travail du laboratoire de M. Jolyet). — 68. M. CASTETS. Pathogénie de la néphrite aiguë « a frigore » (étude expérimentale et critique). — 69. M. LAPALLE. Revue statistique de la clinique libre des maladies du larynx, des oreilles et du nez, du docteur Lichtwitz.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie vient de perdre deux de ses membres, MM. Jules Lefort et Constantin Paul. Le Président, en annonçant la mort de ce dernier, a rappelé en termes émus la vie et les œuvres de ce clinicien émérite. M. Marty a lu le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Jules Lefort, puis, contre toutes ses habitudes, l'Académie s'est, aussitôt après, formée en comité secret pour rouvrir ensuite la séance publique. Dans cette seconde partie de la séance, nous avons entendu un rapport de M. Nicaise sur une intéressante observation de notre collaborateur, M. Huguet, relative à un cas de mastite traumatique chez l'homme (voyez *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 1046). Dans ce rapport, M. Nicaise soulève cette importante question de savoir si le traumatisme seul peut déterminer l'inflammation sans le secours de microbes. Le nouveau fait que M. Huguet vient de publier, rapproché d'autres faits analogues, semble plaider en faveur de l'affirmative. Toutefois, la question n'est pas encore complètement élucidée et demande de nouvelles recherches.

Deux autres communications ont été faites à l'Académie, l'une par M. Saint-Philippe (de Bordeaux), sur le gavage nasal des nouveau-nés; l'autre, par M. Guépin (de Nantes), sur un moyen de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques.

Parmi les pièces de la correspondance, nous relevons une note de M. Lop (de Marseille), qui contient une statistique originale d'une soixantaine d'enfants de quelques mois, nourris par leurs parents avec de la viande, du pain, du poisson, trente et un de ces enfants sont morts avant un an. Se basant sur ces faits, M. Lop propose que l'Académie rédige une instruction d'hygiène élémentaire rationnelle qui serait remise, par les maires, aux parents à chaque déclaration de naissance.

Sur le rapport de M. Dieulafoy, l'Académie a décerné le prix Saint-Paul à MM. Behring et Roux. Ce n'est que justice.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Bondet.

Orchite typhoïdique; suppuration; bacille d'Eberth pur, avant et après la suppuration.

Par J. Sallès, chef de clinique médicale à la Faculté,
et F. Barjon, interne des hôpitaux.

Suivant la loi de Wyssokowitch, et comme l'ont démontré les recherches de MM. Chantemesse et Widal, le bacille d'Eberth n'est décelé dans le sang que par exception; il reste presque toujours cantonné dans les organes qui, tous, en sont infiltrés à la période d'état de la fièvre typhoïde.

Le testicule ne semble pas échapper à la règle générale. Chantemesse et Widal ont, en effet, trouvé l'agent spécifique dans les testicules d'un typhique mort en pleine acmé, et dans ceux de deux souris inoculées avec du bacille d'Eberth fraîchement retiré du corps humain.

La conclusion logique à dégager de ces expériences devrait être la suivante : l'orchite typhoïdique est fréquente; c'est un accident de la période d'état. Or, la clinique nous enseigne qu'il n'en est rien. Non seulement cette localisation est rare, mais elle n'a guère été observée, jusqu'ici, qu'au moment de la convalescence.

Elle a été signalée pour la première fois en France, par Velpeau en 1844, puis par Hardy en 1860. M. Hanot (1) publia, en 1873, la première observation d'orchite typhoïdique suppurée. Viennent ensuite le mémoire de M. Ollivier (2); la thèse de Sadrain (3); celle de Pein (4). Depuis lors, il n'a guère paru sur ce sujet que des observations isolées, mais toutes intéressantes par ce fait que le résultat de l'examen bactériologique y est consigné.

Il n'y a rien à ajouter à l'histoire clinique de cette affection depuis le travail de M. Ollivier, et l'on peut en tracer facilement les grandes lignes.

L'orchite typhoïdique s'observe de préférence chez les sujets de seize à trente ans. Plus tard, elle est exceptionnelle. Elle peut succéder à toutes les formes de la dothiénentérie, mais paraît appartenir surtout aux cas de moyenne intensité. Elle rentre dans la classe des accidents tardifs; sur les 27 observations réunies par M. Ollivier, elle avait fait son apparition 22 fois pendant la convalescence et 5 fois seulement pendant la période d'état. Elle se déclare, en effet, le plus souvent du trentième au quarantième jour.

L'inflammation est presque toujours monotesticulaire, et atteint alors bien plus souvent la glande du côté droit que celle du côté gauche (neuf fois contre six d'après M. Pein).

Généralement le testicule est seul envahi; dans des cas plus rares, l'épididyme est pris conjointement. Enfin, exceptionnellement, il n'y a que de l'épididymite. C'était le cas du malade de M. Girode transcrit plus loin. Il n'y a presque jamais d'épanchement dans la vaginale; ou, du moins, il n'existe qu'en petite quantité.

Le début, le plus souvent solennel, est marqué par une douleur vive et brusque au niveau du testicule ou du cordon. En même temps, la température monte, et l'ascension est d'autant plus frappante qu'elle se fait en pleine convalescence, alors que l'apyrexie était complète.

Il n'y a pas lieu d'insister sur les symptômes locaux; ce sont ceux d'une orchite quelconque.

La durée est courte; elle est en moyenne de douze jours, d'après Ollivier; mais elle peut être bien plus longue et se prolonger au delà d'un mois et demi, quand l'inflammation aboutit à la purulence.

La terminaison la plus habituelle de la forme non suppurée est la guérison complète. Parfois il persiste un petit noyau d'induration, mais contrairement à l'orchite ourlienne, elle n'évolue presque jamais vers l'atrophie.

Les hypothèses émises sur la nature de cette orchite avant la découverte du bacille d'Eberth, hypothèses telles que le génie épidémique, les influences climatériques et saisonnières, la masturbation, la thrombose cachectique des veines spermatiques, l'uréthrite catarrhale qui l'accompagne souvent (A. Robin, Sadrain, Valin et Desnos) sont aujourd'hui nulles et non avenues, ou du moins ne sauraient plus figurer dans l'étiologie qu'à titre de circonstances adjuvantes. La cause réelle et univoque est le bacille d'Eberth. Toutefois, les cas où cet organisme a été décelé au sein du parenchyme testiculaire sont encore bien clairsemés, surtout en ce qui concerne l'orchite non suppurée. MM. Messerer et Gasser (5) en ont publié récemment un cas très démonstra-

---

(1) Hanot. *Bull. de la Soc. anat.*, 1873.
(2) Ollivier. *Rev. de méd.*, 1883.
(3) Sadrain. *Orchite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1883.
(4) Pein. *Section pyogène du bacille typhique*, Th. de Paris, 1891.
(5) Messerer et Gasser. *Arch. de méd. milit.*, mars 1895.

tif. Il s'agissait d'un jeune soldat qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, eut une orchite gauche. L'affection évolua sans presque retentir sur l'état général et se termina par résolution. Les auteurs firent une ponction capillaire aseptique. Le liquide retiré, ensemencé dans divers milieux, donna des cultures pures d'un micro-organisme offrant tous les caractères du bacille d'Eberth.

Forme suppurée. — Bien que la suppuration ne soit pas fréquente, cependant, elle a été notée assez souvent pour qu'il y ait lieu d'envisager la possibilité de ce mode de terminaison de l'orchite typhoïdique.

M. Ollivier l'a notée 6 fois sur les 27 cas qu'il a colligés dans son mémoire. M. Dieulafoy (*Manuel de pathologie interne*), sur 8 cas personnels d'orchite typhoïdique, en a vu un terminé par la purulence. M. Pein en cite 5 : celui de Hanot (1) ; un du docteur Cervelle ; un de Duffey ; celui de M. Tavel (rapporté plus bas) et un personnel (également rapporté ci-dessous).

Quelques autres ont été publiés depuis lors, notamment par M. Jaccoud (2) et par M. Girode (3). Nous les transcrivons plus loin.

Pour le testicule comme pour les autres organes, si la suppuration peut être la conséquence d'une infection secondaire, elle parait être bien souvent aussi le fait du bacille d'Eberth lui-même, subissant sur place la transformation pyogène en vertu de son pouvoir spécial bien connu (Fränkel, Rendu, Vinay et Roux, Michou, Chantemesse et Widal, Gilbert et Girode, Achalme, Orloff, Gasser, etc.). Nous le savons bien aujourd'hui, cet organisme peut rester tapi en un point de l'organisme dans lequel il conserve, encore qu'atténué, sa vitalité et sa virulence ; puis, après un silence qui peut se prolonger jusqu'à quinze mois, et plus encore peut-être (Chantemesse), provoquer tout à coup une suppuration sans lien apparent avec la fièvre typhoïde antérieure (pleurésie, ostéomyélite, cholécystite, etc.). C'est ainsi, mais à une échéance, en général peu éloignée, que se développe l'orchite typhoïdique suppurée.

Les symptômes qui caractérisent cette forme, ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la forme simple ; ils sont seulement plus accusés. Ainsi la fièvre est plus élevée, la douleur locale peut être plus aiguë. Malgré tout, et en dépit de son caractère purulent, cette inflammation reste plutôt torpide. L'état général est peu modifié et la réaction peu marquée. Aussi l'évolution est lente, et le pus met un mois et plus à se faire jour au dehors. Quant au pronostic, s'il est bénin quant à l'existence du patient, il est grave quant à l'avenir de l'organe. La plupart des observations relatent l'issue au dehors d'un bourbillon constitué par des tubes séminifères. La fonte purulente, au moins partielle, du testicule est la conséquence de cette élimination.

L'orchite typhoïdique suppurée est une éventualité rare. Aussi peut-on compter les cas qui en ont été publiés en France. Nous ne retiendrons ici que ceux corroborés par le contrôle bactériologique.

Après les avoir résumés ci-dessous, nous transcrirons in extenso l'observation personnelle qui a motivé de notre part cette rapide revue de la question.

(1) Hanot. Loc. cit.
(2) Jaccoud. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.
(3) Girode. *Arch. gén. de méd.*, 1892.

Observation de Tavel (1), citée par M. Pein. — L'auteur relate l'histoire d'une orchite du testicule gauche survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, symptômes locaux habituels, avec fièvre oscillant entre 38°5 et 39 degrés.

Au bout de cinq semaines, la fièvre tombe. A ce moment, le testicule, gros comme une petite pomme, et adhérent à ses enveloppes, présente de petits abcès fluctuants à la surface.

Toutes les autres portions de l'appareil génital sont saines.

Le jour de la chute de la fièvre, on pratique une ponction aseptique qui ramène du pus.

Ce pus est semé dans des tubes de gélatine-peptone, sur plaques enroulées (méthode d'Esmarch), et dans trois tubes de gélatine nutritive.

A l'examen direct du pus coloré au bleu de méthylène, et à celui des colonies obtenues, on trouve des bacilles de longueur différente, quelques-uns présentant des points réfringents, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, plus ou moins mobiles, et ayant à leur centre une partie moins colorée. Des cultures obtenues sur agar et ensemencées sur pomme de terre n'ont pas altéré la couleur de celle-ci.

En somme, le pus de cette orchite ne renfermait pas d'autres organismes que le bacille d'Eberth.

Observation de M. Pein (2) [Service de M. Jaccoud, examen bactériologique pratiqué par MM. Ménétrier et Thiroloix]. — Il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde ayant présenté une rechute au vingt-sixième jour. Au trente-quatrième jour, quatre jours après la cessation de la rechute, apparition d'une douleur peu vive dans le testicule droit, puis augmentation progressive des phénomènes généraux et locaux.

C'est une orchite franche sans participation de l'épididyme.

Sept jours après le début de l'orchite, on fait en pleine tumeur une ponction qui ne donne issue à aucun liquide.

Le dixième jour, recrudescence brusque de la température et des phénomènes locaux. A partir du dix-septième jour, la température reste normale, mais l'inflammation testiculaire ne s'amende pas.

L'auteur fait remarquer à ce propos que, pour une inflammation parenchymateuse destinée à suppurer, cette durée d'un mois est tout à fait exceptionnelle.

Vers le quarantième jour, la peau menace de s'abcéder. On fait une ponction qui ramène un liquide blanchâtre et lactescent. A l'examen direct de ce liquide, on constate la présence de globules de pus et de bacilles présentant les caractères morphologiques du bacille d'Eberth. Absence totale de cocci.

Trois jours plus tard, apparition d'un deuxième abcès qu'on ouvre, et élimination d'un bourbillon blanchâtre composé, comme le démontre le microscope, de tubes séminifères très nets.

Après l'ouverture de deux nouveaux abcès, cicatrisation progressive.

Le malade sort guéri ; mais le testicule droit a subi la fonte purulente ; l'épididyme est indemne.

Examen bactériologique. — Le liquide retiré par la ponction est ensemencé sur agar, sur gélatine-peptone et sur sérum.

Dès le lendemain, on trouve des colonies d'un organisme unique ; c'est un bâtonnet court, ayant dans le sérum des mouvements très rapides, effilé à ses deux bouts et se colorant mal par les couleurs d'aniline.

(1) Tavel. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 1887.
(2) Pein. Loc. cit.

Le pus évacué quelques jours plus tard, ensemencé sur agar fuchsiné et sur gélatine fuchsinée, donna des colonies ayant l'aspect habituel des colonies du bacille d'Eberth, ressemblant à des reliefs géographiques et rappelant les passages lunaires avec alternatives d'ombre et de lumière.

Les colonies du tube d'agar provenant du pus de la première ponction furent dissoutes dans du bouillon, puis inoculées dans le péritoine d'une souris qui mourut au bout de douze heures avec une diarrhée abondante.

Tous les liquides provenant de cette souris : sang, sérosité péritonéale, suc extrait du tube intestinal, liquide diarrhéique, tous les parenchymes n'ont fourni que des cultures du bacille d'Eberth.

En résumé : orchite droite suppurée due au bacille d'Eberth seul.

Observation de M. Jaccoud. — Il s'agit d'un malade atteint d'une dothiénentérie suivie d'une orchite droite. Au moment de la convalescence, la température s'éleva, atteignit jusqu'à 40 degrés et dura plus de quinze jours.

Localement, l'orchite débuta par des douleurs d'abord peu vives qui augmentèrent peu à peu d'intensité. Le gonflement du testicule alla croissant pendant plus d'un mois et s'accompagna de rougeur très vive de la peau.

Les douleurs envahirent tout le trajet du cordon, mais l'épididyme demeura indemne.

Il s'agissait donc d'une orchite vraie.

Au bout d'un mois, la suppuration se manifesta sous forme d'une petite pustule d'où s'écoula une certaine quantité de pus.

Quinze jours plus tard, deuxième pustule suivie de l'élimination d'un bourbillon de parenchyme testiculaire.

La suppuration persista pendant un mois. Celle-ci était due au bacille d'Eberth pur, on n'y a trouvé aucun organisme pyogène.

Observation de M. Girode (1). — *Épididymite typhoïdique suppurée.* — Jeune homme de vingt-cinq ans, entré le 22 mai 1891, à Beaujon, dans le service de M. Millard, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde confirmée à déterminations thoraciques prédominantes.

Le 30 mai, on constate une épididymite droite, avec intégrité apparente du testicule. Pas de blennorragie. Rien du côté de l'urèthre. L'urination est normale.

Traitement par les bains froids.

Mort le 5 juin des progrès des lésions pulmonaires.

L'autopsie confirma le diagnostic de dothiénentérie.

Le testicule était normal. La lésion était cantonnée sur l'épididyme qui contenait un pus crémeux et jaunâtre.

A l'examen direct, ce liquide renfermait des hématies, des globules de pus et des bacilles ayant tous les caractères des bacilles d'Eberth. On ne trouva aucune autre forme microbienne.

Les bacilles en question ne prenaient pas le Gram.

L'ensemencement du pus dans du bouillon a donné des cultures pures de bacilles d'Eberth très mobiles.

Cultivé sur plaques, ce bacille ne liquéfiait pas la gélatine.

Les cultures sur pomme de terre en tubes de Roux avaient les caractères du bacille d'Eberth. Par inoculation en stries sur gélose fuchsinée (méthode de Gasser), on vit se développer sur chaque strie un voile épais à bords festonnés qui s'est coloré en même temps que la gélose voisine se décolorait (étuve à 34 degrés à l'abri de la lumière).

Deux souris, inoculées dans le péritoine avec 1/2 centimètres cubes de bouillon en culture de 24 heures, moururent en 18 heures. On trouva des bacilles d'Eberth dans tous leurs organes.

Quant aux lésions histologiques, il s'agissait d'une épididymite interstitielle et extra-canaliculaire.

L'auteur fait suivre son observation des quelques remarques suivantes :

Il s'est agi dans ce cas d'une épididymite, tandis que les cas relatés jusqu'ici avaient trait à des orchites ;

Tandis que presque toujours c'est pendant la convalescence que l'orchite débute, ici c'est en pleine évolution (début du troisième septénaire). Cependant, dans un cas de Guyon qui figure dans la thèse de Sadrain, l'inflammation apparut le septième jour.

Ce cas est important au point de vue de la morphologie générale du bacille d'Eberth. On admet, en effet, que cet organisme ne devient pyogène que quand sa virulence s'atténue. Cette proposition ne saurait s'appliquer au cas en question.

Observation. — Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 3 novembre 1895, avec un délire qui ne permet pas d'obtenir de lui le moindre renseignement sur ses antécédents et sur le début de la maladie qui l'amène.

Son agitation est extrême et on a été obligé de l'attacher une partie de la nuit.

La température est de 40 degrés.

La langue, rouge à la pointe et sur les bords, est recouverte au milieu d'un enduit corné. Le visage est couvert de sueurs.

Pas de troubles oculo-pupillaires.

Les bruits du cœur sont très sourds; mais on ne perçoit pas de souffle.

Le pouls est régulier, rapide; il bat 132 à la minute, 32 respirations par minute.

Le malade tousse peu et n'expectore pas. A l'examen du poumon droit, on trouve des râles sous-crépitants disséminés et à la base une zone de matité peu étendue où les vibrations thoraciques sont conservées et où n'existe rien autre à l'auscultation que du silence respiratoire.

Quelques sibilances dans le poumon gauche.

Abdomen très ballonné, douleur à la pression sans gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Une tache rosée caractéristique sur la paroi de la fosse iliaque droite, quelques autres plus douteuses dans les autres régions du ventre.

Le météorisme ne permet pas de délimiter facilement la matité splénique qui n'existe nettement que sur une hauteur d'un travers de doigt.

Peu de diarrhée.

Rien d'anormal du côté du foie. Pas d'albumine.

Dès son entrée, le malade est soumis à la méthode des bains froids : bains à 22 degrés de 15 minutes de durée, dès que la rectale atteint 39 degrés.

La maladie évolue normalement et sans aucun incident, et, à partir du 24 novembre, l'apyrexie est complète.

Le 5 décembre, le malade sort de l'Hôtel-Dieu, complètement guéri en apparence, et est envoyé à l'hospice de Longchêne pour achever sa convalescence.

Le 12 décembre, il est ramené de Longchêne à l'Hôtel-Dieu. Le matin, il a été pris, en effet, de vives douleurs dans le testicule droit avec gonflement.

Le soir, la température marque 40 degrés.

On trouve de la rougeur au niveau de la peau qui recouvre le testicule droit.

On sent l'épididyme qui est également gonflé et dont la pression est douloureuse.

Le cordon est gros et légèrement sensible à la palpation.

(1) Girode. Loc. cit.

Les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés.

Les urines renferment de l'albumine.

Le 13 et le 14, la température baisse peu à peu.

Le 14, on voit suinter à l'orifice urèthral quelques gouttes d'un liquide louche, séro-purulent.

Ce pus, coloré successivement par le violet de gentiane, par le bleu de méthylène et traité par le Gram, ne décèle la présence ni du gonocoque, ni d'aucun autre micro-organisme.

On n'y voit que des globules de pus et des cellules épithéliales desquamées.

En tous cas, il semble qu'il s'agisse d'une uréthrite purement inflammatoire.

Le 15, la température est normale.

Le malade se sent bien et demande à manger; mais il souffre toujours beaucoup de son testicule.

L'épididyme paraît plus gonflé que le testicule.

La peau du scrotum est rouge et œdématiée.

Toujours de la funiculite et des adénites inguinales.

Le 17, après un pansement humide laissé à demeure toute la journée, et une stérilisation soigneuse du scrotum, on ponctionne en plein testicule et on ramène quelques gouttes de sérosité sanguinolente avec laquelle on ensemence trois tubes de bouillon.

La ponction n'a pas été plus douloureuse que la piqûre de la peau pratiquée pour faire une injection sous-cutanée; elle l'a été bien moins que ne l'était la pression sur l'organe malade.

Le gonflement de l'épididyme s'est encore accentué. Le canal déférent est dur et gonflé; les ganglions inguinaux sont douloureux.

La température, qui était retombée à la normale le 15, est remontée au-dessus de 39 degrés, le 16, et est revenue de nouveau à la normale, le 17.

L'état général est bon et le malade ne se plaint plus que des souffrances locales qu'il éprouve.

Le 18, les douleurs sont moins vives, soit spontanément, soit à la pression.

La température est normale; mais le gonflement a encore augmenté; il est impossible aujourd'hui de distinguer le testicule de l'épididyme et les deux organes se confondent.

Il y a probablement un peu d'épanchement dans la vaginale, car on sent nettement de la fluctuation à la partie inférieure de la tumeur.

La peau est épaissie, œdématiée, rouge et tendue.

23 décembre. Le malade est dans un état stationnaire depuis deux jours; la tumeur conserve le même volume; il y a toujours de la fluctuation à la partie inféro-interne.

La douleur à la pression a beaucoup diminué.

Pas de fièvre.

Le cordon est beaucoup plus volumineux.

Les ganglions inguinaux ont à peu près disparu à droite; ils ont diminué à gauche.

28 décembre. La tuméfaction a plutôt régressé, mais la fluctuation est devenue plus nette et plus étendue. On la perçoit maintenant sur la face antérieure et jusqu'à la portion moyenne.

Le malade est toujours apyrétique.

Une nouvelle ponction, faite avec les mêmes précautions que la première fois, ramène du pus crémeux avec lequel on ensemence deux tubes de bouillon dont un phéniqué.

Un examen direct du pus (coloration au violet de gentiane, Gram, etc.) reste négatif.

30 décembre. En dépit de tous les conseils et de toutes les objurgations, le malade veut absolument quitter l'hôpital.

Il est apyrétique; son état général est bon; mais les signes locaux ne se sont pas amendés.

Examen bactériologique. — 18 décembre. Les trois tubes de bouillon ensemencés le 17 avec le liquide retiré par la première ponction, ont donné des cultures au bout de vingt-quatre heures.

Il s'agit d'une culture pure d'un bacille trapu, en forme de navette, très mobile, et vivement coloré aux deux extrémités, pâle au centre.

Ce bacille se colore bien par le violet de gentiane et le bleu de méthylène.

Il ne prend pas le Gram.

Il est probable qu'il s'agit du bacille d'Eberth. Pour s'en assurer, avec les cultures obtenues dans le bouillon, on fait des ensemencements par piqûre sur tubes de gélatine et par strie sur pomme de terre.

On obtient sur gélatine une culture en clou; la gélatine n'a pas été liquéfiée.

Sur pomme de terre, la culture a mal poussé; elle est à peine visible à jour frisant sous forme de traînées jaunâtres.

22 décembre. On ensemence des tubes de bouillon phéniqué à 1/1000 et du bouillon lactosé renfermant du carbonate de chaux.

23 décembre. Les bouillons phéniqués ont donné de bonnes cultures; le bouillon lactosé aussi.

La lactose n'a pas fermenté et l'on ne constate aucune trace de mousse à la surface du tube.

28 décembre. Deuxième ponction en pleine tumeur et ensemencement avec le pus retiré d'un tube de bouillon ordinaire et d'un tube de bouillon phéniqué à 1/1000.

Au bout de vingt-quatre heures, on trouve que les deux tubes ont donné des cultures; mais le bouillon phéniqué est le moins trouble des deux.

Dans les deux tubes, on trouve le bacille décrit plus haut, avec des caractères identiques. Les cultures sont absolument pures, on n'y trouve aucun autre micro-organisme.

Cette observation est à bien peu de chose près calquée sur les précédentes. Elle relate, en somme, l'histoire d'une orchite droite ayant débuté pendant la convalescence d'une dothiénentérie ayant évolué vers la suppuration.

Bien que nous ignorions la façon dont cet accident s'est terminé chez notre malade, parti malgré nous, il est bien probable que cet homme a dû voir s'éliminer une portion de son parenchyme testiculaire et, par conséquent, sa glande séminale s'atrophier au moins partiellement. A ce titre encore, notre observation se superpose aux autres.

Mais elle en diffère en ce sens que, à l'encontre de ce qui se passe habituellement, testicule et épididyme paraissent avoir été touchés l'un et l'autre. En outre, la vaginale a été le siège d'un certain degré d'épanchement, phénomène exceptionnel dans le tableau de l'orchite typhoïdique.

En définitive, s'il paraît bien résulter des recherches bactériologiques que l'orchite typhoïdique non suppurée est toujours une localisation du bacille de l'infection primitive, il semble qu'on ait également le droit d'étendre cette conclusion à une portion notable des cas où cette lésion aboutit à la suppuration.

C'est aussi un argument de plus en faveur du pouvoir pyogène du bacille d'Eberth. Nous l'avons trouvé à l'état de pureté dans le testicule de notre malade dès le début de son orchite, nous avons, pour ainsi dire, assisté à l'établissement de la suppuration et celle-ci s'est produite sans aucune infection secondaire, puisque nos cultures ensemencées avec du pus ont donné comme les premières de l'Eberth pur.

THÉRAPEUTIQUE

Des poudres de viande; leur emploi.

Par le docteur E. Lasniée.

Grâce aux perfectionnements des procédés de fabrication, grâce aussi aux soins consciencieux apportés dans le choix des animaux qui servent à la fabriquer, la poudre de viande s'est imposée aujourd'hui en thérapeutique et ses applications sont des plus nombreuses.

Est-il nécessaire de rappeler le parti que Debove a tiré de ce médicament-aliment dans la tuberculose? Il est aujourd'hui admis par tous les praticiens qu'un des moyens les plus rapides et les plus sûrs de guérir la tuberculose est la suralimentation par la poudre de viande. On la fait prendre dans du chocolat, dans des grogs, incorporée à des sirops, etc., et on évite ainsi la méthode désagréable du gavage. Sous l'influence de cette suralimentation, on voit rapidement disparaître l'anorexie; la nutrition se faisant mieux, toutes les fonctions auparavant languissantes se relèvent et on assiste pour ainsi dire à une résurrection complète des malades.

En même temps que renaît l'appétit, les sueurs cessent, le sommeil devient possible et réparateur, l'amaigrissement fait place à un embonpoint marqué; ces modifications dans l'état physique agissent sur le moral du malade et on arrive peu à peu à si bien modifier le terrain de culture du bacille tuberculeux, que la guérison ne devient plus qu'une question de persévérance dans toutes les mesures hygiéniques ordinairement prescrites en pareille circonstance.

La poudre de viande de Trouette-Perret offre toutes les garanties désirables et si, malgré les avantages qu'elle présente en tant qu'aliment excessivement riche en principes protéiques, d'une facile digestion et d'une assimilation parfaite, il n'est encore que peu dans les coutumes de s'en servir dans l'alimentation ordinaire, il n'en est pas moins vrai que, dans la thérapeutique, cette préparation s'est acquis un rang de premier ordre. Les hôpitaux militaires et les hôpitaux civils en font une consommation qui ne fait que progresser, dans la plupart des maladies chroniques, dans les convalescences et surtout dans toutes les maladies où la suralimentation est indiquée.

La grande faveur dont jouit la poudre de viande de Trouette-Perret est due aux soins tout particuliers avec lesquels elle est préparée. Sans aucune odeur, d'une saveur agréable, elle est excessivement bien tolérée, d'une assimilation facile et d'une valeur alimentaire incomparable. L'examen microscopique y fait voir des fragments de fibres striées en abondance; par contre, on n'y trouve pas trace de bactéries; desséchée à 100 degrés, elle donne en moyenne 14 à 17 p. 100 d'extrait sec; de plus, elle contient en quantité notable l'azote, les matières grasses, les lactates, les phosphates, les matières extractives et aromatiques indispensables à la nutrition et à une bonne digestion.

La poudre de viande de Trouette-Perret représente cinq fois son poids de viande crue; 100 grammes de poudre représentent donc, comme valeur nutritive, 500 grammes de viande fraîche.

La suralimentation par le tube de Debove est rarement employée aujourd'hui, grâce à la facilité avec laquelle on peut administrer par la bouche la poudre de viande de Trouette-Perret, dépourvue d'odeur et possédant une saveur plutôt agréable. Cependant chez les tuberculeux qui ont une anorexie profonde ou qui vomissent leurs aliments en toussant, il sera parfois utile de recourir au gavage en commençant le traitement, mais pour quelques jours seulement.

Dans la plupart des autres cas, où l'usage de la poudre de viande est indiqué, on arrivera toujours à faire prendre celle de Trouette-Perret, soit dans un bol de lait ou de bouillon, soit dans un sirop de punch ou dans un grog simple, soit dans du thé, du chocolat ou dans un potage au tapioca. C'est ainsi qu'on l'administrera dans les cas de diarrhées, de dyspepsies, d'ulcères de l'estomac; dans les convalescences, surtout dans celles des enfants et des jeunes gens, dans l'anémie et la chloro-anémie, dans tous les cas, en un mot, où l'alimentation se fait mal et où la suralimentation est indiquée. Dans la croissance rapide de certains enfants, la poudre de viande interviendra souvent avec profit, en livrant à l'organisme, sous une forme très facilement assimilable, un aliment complet, riche en matières protéiques, en matières hydrocarbonées et en phosphates.

ANTISEPSIE DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH (1)

Par le docteur P. Carles,

Agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Depuis qu'ont été découvertes les propriétés antiseptiques du naphtol, du salol... et qu'on a indiqué le moyen de donner, quoique péniblement, au salicylate de bismuth, une composition assez constante (2), le sous-nitrate de bismuth a perdu une bonne part de l'importance qu'il a occupée pendant plus de trente ans dans la thérapeutique interne et externe. Bien mieux, nous avons entendu dire par des médecins, partisans absolus des médicaments soi-disant scientifiques, que le sous-nitrate de bismuth n'avait qu'une action plastique ou mécanique assez nulle, et qu'à cause de son action empirique, il devait disparaître. C'est pour remettre la question au point et pour combattre le discrédit qui menace ce vieux médicament, malgré les bons résultats qu'il fournit tous les jours, que nous avons écrit ce qu'on va lire.

Le sous-nitrate de bismuth est, quoi qu'on en dise, un bactéricide puissant. Cette propriété a été mise en relief, à plusieurs reprises, à Bordeaux : d'abord, par MM. Gayon, Dupetit et Dubourg, dans leurs études des ferments secondaires des moûts sucrés; puis, par nous, qui l'avons proposé pour guérir instantanément les eaux distillées de senteur devenues filantes par suite d'une invasion microbienne. A cette occasion, nous avons indiqué que, lorsqu'une potion de nature très altérable renferme du sous-nitrate de bismuth, sa conservation peut être indéfinie. En clinique chirurgicale, MM. Gosselin et Heret (3) ont attribué à ce sel les mêmes propriétés. Il résulte, en effet, des observations de ces savants que, sous l'action du sous-nitrate de bismuth, les plaies cessent de devenir putrides, qu'elles ne s'enflamment pas, ne prennent pas de mauvais caractère, ne suppurent pas et que leur réunion immédiate est facilitée (4). Aussi peut-on assurer à la clinique interne, que c'est à cette action bactéricide primordiale que le sous-nitrate de bismuth doit ses vertus, universellement et depuis longtemps appréciées dans les maladies gastro-intestinales, chaque fois qu'elles sont la conséquence de fermentations vicieuses.

Ses propriétés sont, du reste, faciles à analyser, surtout à

---

(1) *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896.

(2) Les praticiens qui soignent des malades peu aisés doivent se souvenir que le salicylate de bismuth coûte le double environ du sous-nitrate.

(3) Heret. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1885, t. CI, p. 546.

(4) Les bons effets que l'on retire de son usage dans le traitement des uréthrites et des trajets fistuleux sont liés assurément à son action microbicide et astringente.

l'intérieur. Suivons le médicament dans son trajet gastro-intestinal, et nous verrons que ses effets tiennent à la fois à son oxyde et à son acide. Pour nous en rendre mieux compte, rappelons tout d'abord que chaque fois que le sous-nitrate de bismuth, même le plus parfait, est mis en contact avec l'eau ou avec une sécrétion aqueuse, il a une tendance à se dissocier en ses éléments constituants, oxyde bismuthique et acide zootique (1). Cette dissociation s'affaiblit progressivement avec les dilutions, mais elle ne cesse guère que lorsque tout l'acide a disparu. Or, l'oxyde, qui est en proportion notable au regard de l'acide, a la réputation de saturer les acides de l'estomac. Mais cette propriété nous paraît douteuse et usurpée, et nous nous expliquons mieux le calme rapide qu'éprouvent les malades du côté de l'estomac après avoir pris du sous-nitrate de bismuth, d'abord par l'action élective que possède l'oxyde sur les mucus, qu'il précipite en détergeant la muqueuse malade, et, ensuite, par son action germicide individuelle, comme il est facile de le vérifier *in vitro*.

Quant à l'acide, nous venons de voir comment des traces sont vite mises en liberté au contact des humeurs stomacales. Eh bien! ces traces agissent incontinent sur la muqueuse non seulement à la façon d'un astringent tonique, mais aussi comme un antiseptique particulier; car, dit le savant professeur Duclaux (2), « la présence d'une trace d'acide azotique dans une solution organique arrête l'évolution d'une foule de microbes et en hâte la destruction ».

Et cependant, son action bactéricide n'en reste pas là. Dès que, en effet, le sous-nitrate de bismuth arrive dans l'intestin, il y rencontre toujours des vapeurs sulfhydriques qui, en le transformant en sulfure noir (3), mettent une nouvelle dose d'acide en liberté et la transforment en partie en vapeur nitreuse (4). Or, il y a longtemps que MM. Girard et Pabst ont démontré l'action antiseptique spéciale de ces vapeurs à l'égard des bactéries qui sécrètent des gaz putrides (5). Nous pensons qu'il serait difficile de nier leur présence dans les diverses gastro-entérites flatulentes.

Mais pour que toutes ces conditions puissent se réaliser, il faut que le sous-nitrate soit pur et non mélangé de carbonate, comme cela existe dans l'espèce commerciale désignée sous le nom de *sous-nitrate léger;* il faut aussi que le médicament soit à l'état de division le plus grand possible.

Comme preuves à l'appui de cette seconde condition, traitons dans deux vases séparés deux poids égaux d'un même sous-nitrate bismuthique, mais en grains d'inégale grosseur, par une solution d'hydrogène sulfuré ou de sulfure alcalin jusqu'à saturation. Si nous examinons au bout de quelque temps les deux produits, nous trouverons :

Qu'avec l'hydrogène sulfuré, le sous-nitrate le plus divisé est celui qui fixe le plus de gaz sulfhydrique ; que c'est encore celui qui communique à la liqueur le degré d'acidité le plus élevé, par suite d'une plus grande mise en liberté d'acide azotique; qu'au contraire, avec le produit en grumeaux irréguliers, le sel de bismuth des parties centrales de ces grumeaux est respecté et reste blanc par suite de l'enveloppe protectrice du sulfure noir.

Nous craignons que tous ces faits aient été trop oubliés ou méconnus des détracteurs du sous-nitrate de bismuth, et nous espérons que le jour où la clinique voudra mettre en parallèle le sous-nitrate lourd, bien préparé et non carbonaté, avec le salicylate, elle calmera l'enthousiasme avec lequel elle a adopté ce salicylate, sel coûteux et de composition souvent plus irrégulière.

Enfin, notons bien que, pour l'usage interne aussi bien que pour l'usage externe, deux doses d'un même sous-nitrate de bismuth peuvent produire des effets curatifs différents, et que le plus actif sera toujours le plus divisé. C'est pourquoi, le sous-nitrate, même en potion gommeuse simple, agit plus efficacement que le même poids en cachets ou en prises ordinaires.

(1) Il est facile de s'en assurer en plongeant du papier de tournesol dans de la bouillie de bismuth, même bien des fois lavée.

(2) Duclaux. *Chimie biologique*, p. 831.

(3) Les cliniciens ne doivent pas oublier que les sels de bismuth colorent toujours les selles des malades en noir. Il est prudent d'en aviser les mamans lorsqu'ils en prescrivent à leurs bébés et aussi certains adultes pusillanimes qui croient voir dans cette teinte un pronostic grave.

(4) Pour s'en assurer, il n'y a qu'à verser, dans un flacon plein d'acide sulfhydrique gazeux, des doses progressives de poudre de sous-nitrate de bismuth et d'y introduire de temps en temps un agitateur mouillé de solution de sulfate de diphénylamine. Aussitôt que la majeure partie du gaz sulfhydrique aura disparu, l'agitateur sortira coloré en bleu, ce qui est la caractéristique de la présence des vapeurs nitreuses.

(5) Duclaux. Loc. cit.

REVUE DE LA PRESSE

Simplification de l'ostéoplastie dans la pseudarthrose. — Le docteur Müller, prenant comme exemple un cas de pseudarthrose tibiale, indique son procédé consistant à tailler un lambeau en V cutané et périostique, tenant appendu, à sa face profonde, un fragment d'os détaché au ciseau du fragment inférieur du tibia, qui présente dès lors une encoche. Ainsi taillé, le lambeau est remonté de telle sorte que le fragment d'os vienne se placer entre les deux portions du tibia, avivées au préalable, comblant ainsi l'espace laissé libre entre eux. Des points de suture profonds fixent le lambeau dans sa nouvelle position. L'espace découvert au niveau de la pointe du lambeau remonté est recouvert par affrontement des deux lèvres de la plaie. Le fragment d'os, attenant au lambeau, est maintenu en position par un pansement compressif. Quant à l'encoche tibiale, elle se comble facilement, au dire de l'auteur qui a expérimenté ce procédé sur une vieille pseudarthrose datant de sept ans, et a obtenu une guérison complète au bout de cinq mois, possibilité de la marche et réfection des muscles. (*Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 46.)

Érysipèle et tuberculose. — Willerd rapporte le cas d'une jeune fille de dix-sept ans qui, depuis deux ans, souffrait d'une carie vertébrale et secondairement d'une arthrite tuberculeuse de la hanche avec abcès pelvien. Survint un érysipèle de la face, l'abcès, jusque-là très fluctuant, et les autres symptômes de la tuberculose s'amendèrent et n'étaient pas reparus dix-huit mois après. (*Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 47.)

Abcès sous-phréniques à la période terminale d'une inflammation péri-cæcale ou péri-rénale. — W. Sachs (de Mulhouse) résume dans son ensemble l'ouvrage de Maydl (*Les abcès sous-phréniques*, Vienne 1894), et insiste tout particulièrement sur la différence du pronostic qui résulte du siège de l'ouverture de la collection. Comme la majorité des auteurs, il distingue les abcès extra et intra-péritonéaux, mais l'originalité de son travail consiste à démontrer que la forme extra-péritonéale tend, deux fois plus souvent que l'autre, à s'ouvrir en arrière de la cage thoracique, après envahissement de l'espace rétro-pleural. L'auteur préconise

l'incision précoce dans les deux cas. (*Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 42.)

Cure radicale des grosses hernies ventrales. — Kramer (de Glogau) divise ces hernies en deux catégories. La première comprend les hernies dont le volume est compris entre celui des deux poings et celui d'une tête d'enfant; la seconde, les hernies dont le volume dépasse celui d'une tête d'enfant.

Dans la première catégorie, 37 cas sur 77 opérés sans récidive au bout d'un an et plus; 26 cas sur 49 dans la seconde. Sur un total de 240 opérations de ce genre, on enregistre 24 décès. En raison du danger de l'intervention en pareil cas, Kramer recommande d'en faire un triage soigné. Il écarte tous les individus atteints d'affections pulmonaires, cardiaques, rénales, les alcooliques, les obèses, etc., et fait des réserves pour les cas extrêmes où l'on se trouve en présence de véritables éventrations. (*Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 42.)

PAUL VIOLLET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Constantin Paul.

M. MARTY donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Jules Lefort.

LECTURES

Gavage nasal des nouveau-nés. — M. SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) lit une note sur ce sujet.

On connaît l'influence du froid et le danger de l'inanition chez le nouveau-né. On peut y remédier par la couveuse d'une part et, d'autre part, par la suralimentation au moyen d'un petit tube de Faucher introduit dans le nez, suivant la méthode de Tarnier. Ce dernier procédé n'est pas sans inconvénients. M. Saint-Philippe emploie depuis dix ans un procédé de gavage par le nez, sans appareil. Le *modus faciendi*, à la portée de tout le monde, est le suivant :

L'enfant est tenu horizontalement, la tête un peu relevée; on emploie une petite cuiller à bec un peu pointu. On la remplit soit de lait de femme, soit à la rigueur de lait d'ânesse coupé d'un tiers d'eau. Puis on verse lentement le contenu de la cuiller tantôt dans une narine, tantôt dans l'autre. On peut, par ce moyen, en allant lentement, par petites doses, alimenter le nouveau-né, même pendant un mois.

RAPPORT

Mastite traumatique chez l'homme. — M. NICAISE fait un rapport sur une observation de mastite traumatique observée chez l'homme par M. Huguet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1046.)

A propos de cette observation, M. Nicaise se demande si le traumatisme peut déterminer une inflammation. M. Huguet admettait déjà, dans un travail antérieur en collaboration avec M. Péraire, que le traumatisme peut être cause de l'inflammation de la glande, rapprochant ce fait de la congestion du sein qui a lieu au moment de la puberté. On sait aujourd'hui que l'organisme peut réagir sous l'influence d'un traumatisme aseptique, d'une action chimique, ou d'une attaque microbienne.

La mastite, qui est due toujours à une inflammation des canaux galactophores, est sous la dépendance des microbes pyogènes (Nocard). Le traumatisme, en altérant les tissus de la mamelle, pourrait être suivi d'inflammation vraie, si les microbes du mamelon pouvaient pénétrer par les canaux galactophores jusqu'aux éléments contus; mais cette pathogénie reste à démontrer chez l'homme.

Avant donc de se prononcer sur la fréquence et les caractères de la mastite aseptique et de la mastite infectieuse à la suite du traumatisme, il est nécessaire d'attendre de nouveaux faits.

En somme, il paraît difficile encore d'être fixé sur la nature exacte de l'affection du malade de M. Huguet; on peut dire cependant qu'il s'agit d'une mastite traumatique chronique, mais est-elle aseptique ou infectieuse? Peut-être les microbes du mamelon ont-ils pénétré jusqu'aux tissus blessés. Des recherches expérimentales sur les animaux seraient nécessaires pour élucider les conditions des inflammations ou des indurations de la mamelle après ses contusions.

COMMUNICATION

Moyens de faire tolérer la sonde à demeure. — M. GUÉPIN (de Nantes). Les moyens de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques sont les uns usuels et bien connus (choix éclairé de la sonde quant à sa composition, sa forme et son calibre; sa mise en place méthodique; sa fixation; son bon fonctionnement contrôlé), les autres moins connus, bien que mis en usage par son maître Reliquet et cités dans plusieurs observations publiées avec lui. Ce sont : 1° l'injection vésicale d'eau boriquée tiède faite après l'écoulement de l'urine et au moment où commence à se montrer un besoin factice de miction qui, abandonné à lui-même, irait s'exaspérant; 2° la suppression de tout ce qui comprime ou rétrécit l'extrémité du canal (atrésie, ectopie du méat, atrésie préputiale) et qui, par des phénomènes spasmodiques, rend le séjour de la sonde intolérable.

Ces différents soins réduisent très notablement, en permettant l'usage plus fréquent de la sonde à demeure, les indications de la cystotomie chez les prostatiques.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de 1896, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

ORDRES DU JOUR DES SÉANCES ARRÊTÉS PAR LES SOINS DU COMITÉ

Première séance, lundi 4 mai à 8 heures du matin. — MM. 1° Meyer (de Paris) : RAPPORT. La vision binoculaire, sa perte et son rétablissement. — 2° Reymond (de Turin) : Note sur l'emploi du stéréoscope pour le rétablissement de la vision binoculaire. — 3° Louis Dor (de Lyon) : Action de la lumière sur les éléments de la rétine. — 4° Bull (de Paris) : Étude sur les images de diffusion. — 5° G. Martin (de Bordeaux) : Étude sur le rayon de courbure de la cornée. — 6° Trousseau (de Paris) : Fluxion de la conjonctive. — 7° Lucien Howe (de Buffalo) : Loi pour la prévention de la cécité résultant de l'ophtalmie des nouveau-nés. — 8° Baraquer (de Barcelone) : Deux cas rares : myxome du nerf optique faisant saillie dans le corps vitré et tuberculose de l'iris guérie spontanément. — 9° Darier (de Paris) : Nouveau procédé de kératotomie pour pratiquer l'iridectomie ou l'extraction de la cataracte dans les cas d'effacement complet de la chambre antérieure. — 10° Vignes (de Paris) : De la valeur comparative du traitement iodé dans les choroïdites.

Deuxième séance, mardi 5 mai à 8 heures du matin. — MM. 1° Vacher (d'Orléans) : Traitement de la myopie progressive et prophylaxie du décollement de la rétine par l'extraction

du cristallin transparent (3e communication). — 2° Pflüger (de Berne) : Cessation de la myopie forte par l'aphakie. — 3° Plettinck-Bauchau (de Bruges) : Le procédé de Galezowski pour l'extraction de la cataracte sans iridectomie. Ses difficultés, ses avantages au point de vue des fonctions visuelles et de l'esthétique. — 4° Nuel (de Liége) : De la prévention du prolapsus iridien dans l'extraction simple de la cataracte. — 5° Puech (de Bordeaux) : Cataractes traumatiques. — 6° Galezowski (de Paris) : Nouveau procédé opératoire des cataractes secondaires. — 7° Bourgeois (de Reims) : Kystectomie et capsulectomie (instruments). — 8° Armagnac (de Bordeaux) : Tuberculose primitive de la paupière supérieure et de la caroncule lacrymale. Invasion secondaire du poumon. Mort. — 9° Mitvalsky (de Prague) : Contribution à l'étude de la tuberculose de la conjonctive. — 10° de Wecker (de Paris) : Pronostic de la tuberculose oculaire. — 11° Antonelli (de Naples) : Lipome plat diffus et symétrique des paupières. — 12° Parenteau (de Paris) : Kystes et gommes des paupières.

Séance d'affaires à 11 heures. — 1° Rapport du secrétaire. — 2° Modifications au règlement proposées par le Comité :

« 21° Toute communication annoncée à l'ordre du jour et non lue au Congrès ne sera pas insérée aux Bulletins si, avant leur publication, elle est communiquée à une autre Société savante.

IX. *Acquittement des cotisations. Envoi des Bulletins aux membres de la Société.*

22° Les membres de la Société doivent acquitter leur cotisation avant le 1er juillet en envoyant 20 francs de valeur française au secrétaire général qui leur en adressera un reçu.

23° Le volume formant les Bulletins ne sera envoyé aux membres de la Société qu'autant que leur cotisation sera acquittée. »

3° Rolland (de Toulouse) : De l'exercice de l'oculistique par les ambulants. — 4° Boé (de Paris) : Les professeurs des facultés et la clinique des Quinze-Vingts.

Mardi soir, banquet à sept heures et demie, restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle. Prix : 15 francs. — Prière de se faire inscrire avant le lundi 4 mai au soir chez le docteur Despagnet, secrétaire général, 74, boulevard Haussmann.

Troisième séance, mercredi 6 mai à 8 heures du matin. — MM. 1° Chibret (de Clermont-Ferrand) : Rapport au nom de la commission géographique des affections oculaires par pays et par régions. — 2° Dracoulidès (de Constantinople) : Nouveau traitement des granulations. — 3° Truc et Villard (de Montpellier) : Traitement de l'entropion granuleux par la tarso-marginoplastie. Résultats éloignés. — 4° Sauvineau (de Paris) : Kératite à répétition par dacryo-adénite infectieuse. — 5° Guibert (de la Roche-sur-Yon) : Sarcome mélanique de la paupière. — 6° Panas (de Paris) : Sarcome de la région de la macula avec propagation orbitaire. — 7° Lagrange (de Bordeaux) : Pseudo-gliome de la rétine. — 8° Henri Dor (de Lyon) : Sur le traitement du décollement rétinien. — 9° Grandclément (de Lyon) : De quelques affections graves de la cornée que le tatouage modifie très heureusement. — 10° Sureau (de Paris) : Un cas d'ischémie rétinienne chez une jeune fille. Considérations sur le diagnostic et pronostic de cette affection.

Toute la journée, il y aura dans une des salles du Congrès une exposition des instruments, appareils, pansements utilisés en oculistique (chirurgie, optique, électrothérapie).

Quatrième séance, mercredi 6 mai à 2 heures du soir. — MM. 1° Germaix (d'Alger) : La cocaïne dans la chirurgie oculaire. — 2° Morax (de Paris) : Troubles oculaires dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal. — 3° Sulzer (de Genève) : Quelques résultats de l'ophtalmométrie clinique. — 4° A. Terson (de Paris) : Gommes précoces du cercle ciliaire. Remarques sur la syphilis tertiaire. — 5° Puech (de Bordeaux), n° 2 : Du traitement de la blennorrhée du sac lacrymal. — 6° Monphous (de Saint-Malo) : Lacrymotome interne. — 7° Collin (de Paris) : Nouvelle pince à fixation par fermeture automatique. — 8° Louis Dor (de Lyon), n° 2 : Nouvel ophtalmotonomètre. — 9° Bourgeois (de Reims), n° 2 : Lunettes à verres superposés pour myopes et hypermétropes. — 10° Antonelli (de Naples), n° 2 : Aberroscopie objective moyennant la skiascopie. — 11° Baraquer (de Barcelone), n° 2 : Démonstration de l'anatomie du sinus caverneux, du conduit optique et du fond de l'orbite (Projections).

Cinquième séance, jeudi 7 mai à 8 heures du matin. — MM. 1° Pechdo (de Villefranche) : De l'énucléation préventive avant opération sur l'œil sain. — 2° Fage (d'Amiens) : Kyste hydatique de l'orbite. — 3° Teillais (de Nantes) : De quelques exophtalmies à marche irrégulière. — 4° Jocqs (de Paris) : Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ectropion cicatriciel. — 5° Chevallereau (de Paris) : Cysto-épithéliome sous-conjonctival chez un enfant. — 6° Abadie (de Paris) : Des diverses variétés de glaucome chronique et de leur traitement. — 7° Truc (de Montpellier), n° 2 : Sympathie glaucomateuse. Influence de l'énucléation et de la névrotomie optico-ciliaire d'un œil à glaucome absolu sur l'autre œil à glaucome irritatif. — 8° Despagnet (de Paris) : Deux cas d'irido-choroïdite suppurative par auto-infection. — 9° Reymond (de Turin), n° 2 : Note sur la perception des formes en rapport avec l'acuité visuelle. — 10° Pflüger (de Berne), n° 2 : Traitement chirurgical de l'astigmatisme myopique. — 11° Mitvalski (de Prague), n° 2 : De la connaissance de la soi-disant actinomycose des canalicules lacrymaux. — 12° Germaix (d'Alger), n° 2 : Kératite sclérosante.

Extrait du règlement de la Société. — ART. 20. — Les manuscrits (communications, discussions) et dessins qui les accompagnent doivent être, sans aucune exception, remis au secrétaire avant la fin du Congrès.

Ceux qui ne seront pas remis à ce délai ne pourront figurer dans le compte rendu qui paraîtra en août.

Le typhus exanthématique de Murchison, par MM. L.-H. THOINOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et H. DUBIEF, inspecteur des épidémies du département de la Seine, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 460 p., avec figures et 2 pl. en couleur. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — SAMEDI 18 AVRIL 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 18 AVRIL 1896. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des armes à feu de petit calibre actuellement en service dans les différentes armées; action des projectiles sur les différents milieux; effets généraux sur l'homme.

Par le docteur J. HUGUET,
Médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

A nos Maîtres du Val-de-Grâce, ce travail de vulgarisation est respectueusement dédié.
J. H.

Dans le présent travail, nous nous sommes proposé de réunir et de résumer les principales données dont nous disposons à l'heure actuelle, et qui ont trait :

1° Aux armes à feu de petit calibre employées dans les armées;

2° A l'action des petits projectiles sur les différents milieux et aux effets généraux produits par ces petits projectiles sur l'homme (1).

Bibliographie. — Pour la rédaction de ce travail, nous avons consulté les ouvrages et mémoires parus dans ces dernières années; nous avons aussi mis à contribution les analyses détaillées des travaux étrangers, publiées dans les *Archives de médecine militaire*, et dont la plupart sont dues à notre excellent maître, M. le médecin-major de première classe Nimier, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Il nous suffira de citer les principaux travaux, à titre d'indications bibliographiques, pour que nos confrères puissent au besoin s'y reporter. En dehors des traités classiques de nos Maîtres du Val-de-Grâce, MM. Delorme (2), Chauvel et Nimier (3), et des cours de tir de M. le commandant Vonderscherr (1), nous devons mentionner les mémoires énumérés ci après :

DELORME. Lésions produites par les balles du fusil Lebel, *Arch. méd. mil.*, 1888, t. XII et communic. à l'Ac. de méd., mai 1888.

BIRCHER. *Traité de chirurgie de guerre.* Bâle, 1888.

CHAUVEL et NIMIER. Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles à petit calibre à enveloppe résistante. Soc. de chir., juin 1888; Acad. des sc., juillet 1888; *Arch. gén. de méd.*, oct. 1888.

DELORME et CHAVASSE. Étude comparative des lésions produites par les balles des fusils Gras et Lebel. Ac. de méd., sept. 1888 et *Arch. méd. mil.*, 1891, t. XVII, p. 81.

BOVET. Action des armes à feu de petit calibre, particulièrement du fusil Hébler, modèle 1887. *Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1887, p. 786. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1888, t. XI, p. 169 (2).

LANKMAYER. *Traité des fusils austro-hongrois et des modèles d'Allemagne, Russie, France, Italie, Suisse et Angleterre*, Vienne, 1888.

DELORME. Leçons sur la chirurgie d'armée et les blessures de guerre, professées à l'École d'application du Val-de-Grâce. Cours manuscrit de l'année 1889.

MOROSOW. L'action destructive des projectiles modernes. 3e Congrès des médecins russes. 1889.

NIMIER. *La guerre au Tonkin et à Formose*, 1 vol. Paris 1889.

BRUNS (de Tubingen). L'action des projectiles des fusils de petit calibre (fusil allemand 1888). *Beitr. zur Klin. chir.*, 1889, t. VI, p. 1. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.* 1890, t. XV, p. 485.

BOGDANIK. Les effets du fusil Männlicher, modèle autrichien 1888. *Wien. Klin.*, 1890, 12, p. 285. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1891, t. XVII, p. 429.

BRUNS. *Effets des projectiles des armes nouvelles de petit calibre* (*Mauser modifié de l'armée belge*). Trad. de Bovet, 1891, in-8° de 56 p. Berne. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1892, t. XIX, p. 152.

BRUNS. De l'importance chirurgicale des nouvelles armes à feu (fusil allemand 1888). *Berlin. Klin. Woch.*, 1892, 25, p. 606. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1892, t. XX, p. 265.

HEUYER, médecin-major. Le service de santé de première ligne. *Arch. méd. mil.*, 1892, t. XX, p. 370 et 465. 1 vol., librairie Rozier.

(1) Les données générales que nous allons exposer permettront à nos confrères d'aborder avec plus d'intérêt l'étude détaillée et méthodique des lésions par petits projectiles observées chez l'homme. Cette étude fera l'objet d'un travail spécial qui sera publié ultérieurement.

(2) DELORME. *Traité de chirurgie de guerre*, Paris 1888-1893.

(3) CHAUVEL et NIMIER. *Traité pratique de chirurgie d'armée*, Paris 1890.

(1) Commandant VONDERSCHERR. *Cours de tir autographiés de l'École spéciale militaire*, année 1895-96.

(2) Nous ne parlerons pas des effets du projectile du fusil Hébler, les savants compétents en matière de tir considérant cette arme comme ne devant jamais être adoptée.

JOHANN HABART. *Caractères principaux des blessures produites par les projectiles de 8 millimètres à manteau d'acier (Männlicher autrichien) sur l'homme et le cheval.* Vienne, 1892, in-8° de 114 p. avec 14 phot. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1892, t. XX, p. 453 et 551. Traduction en français par le docteur Level, Nantes 1891.

WAGNER. *Contribution à l'étude des effets vulnérants produits par les armes à feu de petit calibre.* Vienne 1892, 65 p. et 8 fig. Analyse par M. Dettling, médecin aide-major, in *Arch. méd. mil.*, 1893, t. XXII, p. 183.

SALZMANN. Coup de feu du bras gauche (fusil allemand 1888). *Deut. mil. Zeitschr.*, 1893, 3, p. 140. Obs. résumée par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1893, t. XXII, p. 187.

NIMIER. Quelques remarques sur l'action des projectiles des fusils de guerre. *Arch. méd. milit.*, 1893, t. XXII, p. 255.

BOBOSIEWICZ. Contribution à l'étude des blessures produites par le fusil autrichien Männlicher de 8 millimètres. *Wien. med. Presse*, 1892. Obs. résumée par M. Dettling in *Arch. méd. mil.*, 1893, t. XXII, p. 279.

E. PFUHL. L'infection des blessures par coup de feu par les morceaux de vêtements qu'entraînent les projectiles. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1893, 13. Analyse in *Revue d'hygiène*, par M. le docteur J. Arnould et *Arch. méd. mil.*, 1893, t. XXII, p. 282.

JOHANN HABART. De l'action des projectiles de 8 millimètres (Männlicher autrichien) sur les vaisseaux et les os sur le vivant. *Wien. med. Presse*, 1893. Analyse par M. Dettling, in *Arch. méd. mil.*, 1893, t. XXII, p. 567.

DEMOSTHEN (de Bucharest), professeur. *Études expérimentales sur l'action du projectile cuirassé Männlicher roumain de* 6mm5, in-8° avec 29 pl. Rapport par M. le médecin-inspecteur Chauvel à l'Académie de médecine. *Bull. de l'Acad.*, 1893, n° 48, et analyse par le même auteur in *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 52.

DUMAYNE, médecin principal. Coups de feu par cartouches à blanc compliqués de tétanos. *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 301.

NIMIER. Les projectiles de l'ancien et du nouveau fusil d'infanterie (Springfield de 7mm5) aux États-Unis. *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 326.) (Dans ce travail sont résumés les résultats des expériences cadavériques entreprises par le capitaine-médecin La Garde en 1893, et publiées dans le *Report of the Surgeon General of the Army to the secretary of war for the fiscal year ending*, 30 june 1893.)

ELLENBERGER et BAUM. De l'action du projectile de 8 millimètres. *Arch. für Wissensch. und prakt. Thierheilk.*, 1893, t. XIX. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 335.

General stabarzt VON COLER et le stabarzt SCHJERNING. Les effets des nouvelles armes à feu portatives et leur importance pour la chirurgie militaire. Communication faite au Congrès de Rome. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 538.

DEMOSTHEN. Études expérimentales sur l'action du projectile cuirassé du fusil Männlicher, nouveau modèle roumain de 6mm5. Appendice relatif aux trous vestimentaires. Cet appendice a été publié à la fin de l'ouvrage de Demosthen, pages 67 et suiv. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 545.

JOHANN HABART. Le petit calibre et le traitement en campagne des blessures par coups de feu. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 547.

GYS. Plaies de poitrine produites par la balle du fusil Mauser modifié, adopté pour l'armée belge. *Arch. méd. belges*, décembre 1893, p. 369. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1894, t. XXIII, p. 550.

BYRSTROFF. *Des blessures par coups de feu de la partie spongieuse des os longs (fusil russe 1891).* Th. de Saint-Pétersbourg, 1894.

IVANNOFF. *Des blessures par coups de feu de la diaphyse des os longs (fusil russe 1891).* Th. de Saint-Pétersbourg, 1894.

DUPEYRON, médecin-major. Blessure de la face par coup de feu à blanc, avec le fusil modèle 1886, à une distance de 20 centimètres. *Arch. méd. mil.*, 1895, t. XXV, p. 59.

VON BECK jeune. Coup de feu de la face (par cartouche à blanc du nouveau fusil allemand); hémorragie secondaire de l'artère maxillaire interne; ligature dans la plaie. *Deut. Zeitschr. für Chir.*, t. XXXVI, p. 553. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1895, t. XXV, p. 145.

STEPHENSON. L'importance chirurgicale des armes à feu de petit calibre. *The Lancet*, mars 1895.

NIMIER. Notes sur les différents projectiles de petit calibre. *Arch. méd. mil.*, 1895, t. XXV, p. 232.

KOCHER (de Berne). L'amélioration des projectiles au point de vue humanitaire. Communication faite au Congrès de Rome. Analyse par M. Dettling, in *Arch. méd. mil.*, 1895, t. XXV, p. 416.

KNAGGS. Blessures produites par le fusil Lee Metford. *Brit. med. Journ.*, 1895, p. 131.

F.-J.-W. PORTER. Coup de feu du crâne par la balle Lee Metford; guérison. *Brit. med. Journ.*, 1895, p. 363. Analyse par M. Nimier, in *Arch. méd. mil.*, 1895, t. XXV, p. 419.

Note manuscrite de M. le commandant Journée, ancien professeur à l'École normale de tir du camp de Châlons, au sujet des récentes expériences (1) du docteur Doyen (de Reims) auxquelles il a participé.

ARRAGON, médecin-major. Fractures multiples par éclatement des os du crâne, et fracture indirecte médiane par écartement brusque des deux branches du maxillaire inférieur, par une balle du fusil modèle 1886. Contribution à l'étude de la fracture perpendiculaire du rocher. Neuvième Congrès de chirurgie, p. 843.

DELORME. Remarques sur les effets des balles cuirassées de 8 millimètres, tirées à courte distance. Acad. de méd., février 1896, et *Gaz. des hôp.*, p. 170 et p. 177.

BERGASSE, médecin-major. Blessure mortelle du foie par coups de feu à blanc (carabine modèle 1886), à une distance de 40 centimètres. *Arch. méd. mil.*, février 1896.

I

Armes à feu de petit calibre employées actuellement par les puissances en Europe et en dehors de l'Europe (2). — A. ARMEMENT DES PUISSANCES EUROPÉENNES. — La *France* a modifié son armement d'infanterie en 1886; au fusil Gras modèle 1874, de 11 millimètres, on a substitué une arme de petit calibre, le fusil Lebel, dit modèle 1886, du calibre de 8 millimètres. Cette arme, sans la baïonnette, mesure 1m30 de longueur et pèse (magasin vide) 4k200; elle est à répétition et à magasin (3) pour huit cartouches. Le canon est en

(1) Grâce à la bienveillance de MM. les commandants Vonderscherr et Journée, nous avons pu avoir des renseignements utiles sur de nouvelles recherches dont, nous l'espérons, la publication par le docteur Doyen ne se fera pas longtemps attendre.

(2) Il est absolument indispensable de donner une description sommaire de ces armes, en indiquant à quels systèmes ont été substitués ceux actuellement en usage. Nous ne pouvions omettre de traiter cette partie importante et ardue du sujet, d'autant qu'il eût été impossible à nos confrères de consulter les ouvrages spéciaux et de se faire une idée exacte de l'armement actuel des nations.

(3) Les armes du genre du fusil de l'infanterie française sont dites à magasin fixe. Dans ces armes, le magasin peut être logé dans le fût (cavité tubulaire creusée dans le bois au-dessous du canon et munie d'un ressort à boudin qui repousse les cartouches en arrière [fusil français, Kropatschek de notre marine, Winchester, Jarmann, Vetterli suisse], dans la boîte de culasse [Metford Lee], ou dans la crosse [carabine Spencer]).

acier trempé, bronzé extérieurement, rayé (1) intérieurement. La cartouche à balle, modèle 1886, a 75 millimètres de longueur; son étui est en laiton; elle pèse environ 29 grammes. La balle pèse 15 grammes; elle est en plomb durci avec enveloppe de maillechort. Le corps de la balle est non pas exactement cylindro-conique, mais légèrement conique dans sa longueur, et continué par une ogive terminée à son extrémité par un méplat, dispositif très avantageux au point de vue de la pénétration. Les diamètres de la balle, mesurés à cinq hauteurs différentes, sont de $8^{mm}20$ à la base, $8^{mm}17$, $8^{mm}1$, 4 millimètres et enfin $2^{mm}9$ au niveau du méplat; sa longueur est de 30 millimètres, un peu moins de 4 diamètres.

La balle est lancée par une charge de poudre BF de $2^{gr}75$. La vitesse initiale (2) est de 630 mètres. La portée réelle maxima du fusil est de 3 à 4 kilomètres.

La vitesse restante est un peu supérieure à 160 mètres, après un parcours de 2 kilomètres. La zone dangereuse est des plus utiles à connaître; elle est, pour un fantassin placé debout, à la distance de 1 kilomètre, de 20 mètres avec le fusil 1874 et de 32 mètres avec le fusil 1886, ce qui revient à dire qu'à cette distance un fantassin pourra être atteint sur une étendue de terrain de 20 mètres par le fusil Gras, de 32 mètres par le fusil Lebel. Pour un fantassin couché, la zone dangereuse, avec le fusil 1886, est de 45 mètres à la distance de 500 mètres, et de 23 mètres à la distance de 700 mètres.

La cavalerie française fait usage de la carabine modèle 1890, à répétition avec chargeur (3), qui tire la même cartouche à balle que le fusil Lebel. Cette arme a une longueur de 945 millimètres; son poids, non chargée, est de 3 kilogrammes, de $3^{kg}95$ avec le chargeur garni de ses trois cartouches. La carabine 1890, dont le canon n'a que 41 centimètres de longueur, donne, avec la même cartouche, 50 à 60 mètres de vitesse initiale de moins que le fusil d'infanterie.

Le revolver français, modèle 1892, est du calibre de 8 millimètres, et ne pèse que 840 grammes, c'est-à-dire 360 grammes de moins que le revolver modèle 1873. Il tire une balle de $7^{gr}85$, à enveloppe de cuivre, lancée par une charge de poudre de 75 centigrammes, avec une vitesse initiale un peu supérieure à 200 mètres. Le poids de la cartouche est de 12 grammes et demi environ. Le revolver 1892 est un peu plus précis que les modèles antérieurs; avec cette arme, un tireur exercé peut, à la distance de 20 mètres, loger six balles dans un cercle de 20 centimètres de diamètre. Une balle de ce revolver, tirée avec une vitesse un peu supérieure à 200 mètres, traverse à 10 mètres près de 5 centimètres de chêne et de 9 centimètres de sapin. Sa force de pénétration est plus considérable que celle des modèles précédemment employés; or, il faut savoir que le revolver 1873 brisait un fémur à la distance de 200 mètres.

Le revolver ne peut être considéré que comme une arme de service exceptionnel. La plupart des grandes puissances ont, à l'heure actuelle, adopté des revolvers de petit calibre comme les fusils (8 millimètres, $7^{mm}5$).

L'*Allemagne* a cessé, en 1888, d'employer le fusil Mauser, transformé à répétition et à huit cartouches, modèle 1871-1884. Cette puissance a adopté une arme, modèle 1888, qui est en service depuis 1890; elle a un mécanisme à répétition système Männlicher (comme le modèle autrichien), avec chargeur à cinq cartouches. La longueur de ce fusil est de $1^{m}245$, son poids $3^{kg}800$. Le canon du calibre de 8 millimètres, est entouré d'un manchon en tôle d'acier, manchon destiné à le protéger contre les chocs et à faciliter le maniement de l'arme malgré l'échauffement du canon. La cartouche, à étui en laiton, est du poids total de $27^{gr}3$, elle contient une charge de $2^{gr}75$ d'une nouvelle poudre sans fumée. La balle, qui pèse $14^{gr}5$, est cylindro-ogivale en plomb durci avec enveloppe de maillechort. La vitesse initiale est de 620 mètres, et la portée maxima de 3800 mètres.

Au point de vue balistique, la précision de l'arme serait à peu près la même que celle de notre fusil, un peu moindre dans le sens vertical, supérieure dans le sens horizontal. La force de pénétration paraît être plus grande dans les milieux très résistants, tels que l'acier et la maçonnerie.

La cavalerie est armée d'une carabine modèle 1892, du même calibre que le fusil et du poids de $3^{kg}300$, sa longueur est de 95 centimètres. La landwehr est encore armée du fusil Mauser, modèle 1871-1884 de 11 millimètres; la landsturm a le fusil Mauser modèle 1871.

Depuis 1888, l'*Autriche* fait usage, en remplacement du Männlicher de 11 millimètres modèle 1886, d'un fusil de même système modèle 1888-1890, mais de 8 millimètres, à répétition et à chargeur de cinq cartouches, analogue à celui de la carabine française de cavalerie modèle 1890. La longueur du fusil est de $1^{m}28$, son poids de $4^{kg}550$. La constitution de la cartouche a été modifiée en 1890. Depuis cette époque, la charge est effectuée avec $2^{gr}75$ d'une poudre sans fumée Schwab, qui lance un projectile de $15^{gr}8$, balle en plomb durci recouverte d'une enveloppe d'acier. La vitesse initiale est de 620 mètres, et la portée de 3000 mètres environ. Le nouveau fusil Männlicher est pénible à manœuvrer, et son tir donnerait une tension de trajectoire (1) moindre que celle du fusil français modèle 1886.

En 1891, l'Autriche a adopté une carabine de cavalerie système Männlicher, du calibre de 8 millimètres, d'une longueur de 1 mètre et du poids de $3^{kg}400$.

La *Bulgarie* a adopté le fusil Männlicher autrichien, mo-

---

(1) Le fusil Lebel est rayé de droite à gauche, comme le fusil Gras; presque tous les fusils étrangers sont rayés de gauche à droite.

(2) On entend par vitesse initiale la vitesse que possède un projectile à sa sortie de l'arme, ou la distance en mètres qu'il parcourrait en une seconde si rien ne venait modifier cette vitesse. La vitesse initiale dépend de l'impulsion donnée à la balle, de son poids, etc. La vitesse restante est la quantité de mouvement que possède un projectile à une distance déterminée.

(3) Cette arme fait partie de la catégorie de celles désignées sous le nom d'armes à chargeurs, ou mieux à magasins mobiles définitifs. Le chargeur est une boîte en tôle d'acier, fermée d'un côté et se fixant sur l'arme, soit autour du fût, soit à la partie supérieure, soit au-dessous de la boîte de culasse. Les organes de la répétition, dans les armes à chargeurs, sont répartis dans le mécanisme de culasse. Le système de chargeur ne constitue en somme qu'un empaquetage spécial (carabine de cavalerie française, fusil allemand 1888, fusil Männlicher autrichien, fusil Schmidt suisse, etc.). La plupart des chargeurs adoptés par les différentes nations contiennent, en général, un nombre de cartouches qui ne dépasse pas 5; il y a une exception à faire pour le fusil Schmidt, dont le chargeur contient 6 cartouches.

(1) La tension des trajectoires peut être considérée comme représentant la valeur intrinsèque d'un armement, la qualité maîtresse d'une arme de guerre; c'est en elle que réside la supériorité des armes modernes. L'armement qui fournit les trajectoires les plus tendues produit le feu le plus efficace. Ainsi 50 fusils français modèle 1886 peuvent produire le même effet que 80 fusils modèle 1874. Ce résultat est dû uniquement à la différence de tension des trajectoires, toutes les autres conditions du tir étant restées les mêmes pour l'un et l'autre fusil. (Commandant VONDERSCHERR. *Cours de tir d'infanterie.*)

dèle 1888, du calibre de 8 millimètres, depuis qu'elle a cessé l'emploi du fusil Berdan n° 2.

Le *Portugal* ayant, sans résultats satisfaisants, fait l'essai de nouveaux fusils de petit calibre, a adopté un fusil Kropatschek modèle 1886, de 8 millimètres, fourni par l'Autriche. Cette arme a une longueur de $1^{m}32$ et un poids de $4^{kg}550$. Le système de répétition est le même que celui de la marine française modèle 1878. La balle, à enveloppe de cuivre, pèse 16 grammes; la charge de poudre noire est de $4^{gr}5$. La vitesse initiale est de 520 mètres. Le Portugal fait encore usage des fusils Martini-Henry et Snider.

En *Danemark*, on fait usage du fusil modèle 1889 système Krag-Joërgensen, du calibre de 8 millimètres, à répétition et à chargeur de 5 cartouches. Cette arme a remplacé le modèle 1867 système Remington de $11^{mm}44$; son poids total est de $4^{kg}250$, sa longueur $1^{m}33$. Le canon du nouveau fusil est entouré d'un manchon comme le fusil allemand. La cartouche est, depuis 1890, établie avec une charge de $2^{gr}2$ d'une poudre explosive sans fumée imprimant à une balle de $15^{gr}4$ une vitesse initiale de 600 mètres.

La *Suède* a décidé, en 1889, l'adoption d'un nouveau fusil de 8 millimètres (Remington, modèle 1889), transformation du Remington, modèle 1867 de $12^{mm}17$ précédemment employé, en arme de calibre réduit. Le fusil, modèle 1889, pèse 4 kilog; sa longueur est de $1^{m}245$. La balle à enveloppe de maillechort pèse 15 grammes. La vitesse initiale était de 535 mètres avec une charge de $4^{gr}7$ de poudre noire comprimée. Depuis 1892, cette puissance a adopté une nouvelle poudre sans fumée, l'apyrite.

L'*Angleterre* a remplacé, en 1889, le fusil Martini-Henry de 11 millimètres, modèle 1874, par un fusil dit Metford Lee du calibre de $7^{mm}7$, à répétition avec chargeur en tôle d'acier contenant 8 cartouches. Le poids de l'arme est de $4^{kg}090$, sa longueur $1^{m}255$. La cartouche, dont l'étui est métallique, en forme de bouteille, contient une charge de poudre noire comprimée du poids de $4^{gr}53$ et une balle cylindro-ogivale de 14 grammes en plomb durci à enveloppe de maillechort. La vitesse initiale est de 564 mètres, et la portée de 2900. Depuis 1892, il paraît qu'on aurait adopté en Angleterre une nouvelle poudre, la « cordite », dont l'emploi augmenterait la puissance de l'arme.

La cavalerie a une carabine Metford Lee à répétition, qui a remplacé la carabine Martini-Henry de 11 millimètres.

La *Belgique* employait, depuis 1867, le fusil de 11 millimètres système Albini-Brändlin, lorsque, après plusieurs essais, elle a adopté, en 1889, une arme à répétition dite fusil Mauser, modèle 1889, pourvue d'un magasin dans la boîte de culasse avec lame-chargeur à 5 cartouches se plaçant sur le magasin. Le projectile est une balle en plomb avec enveloppe de maillechort, du poids de $14^{gr}2$, qu'une charge de poudre explosive de 3 grammes déplace avec une vitesse initiale de 620 mètres.

La cavalerie belge est armée de la carabine Comblain du calibre de 11 millimètres.

La *Turquie* a substitué, en 1887, aux fusils Winchester et Martini-Henry, un fusil Mauser à magasin du calibre de $9^{mm}5$, et, en 1890, un fusil de même système à chargeur de $7^{mm}65$; ce dernier (Mauser modèle 1890) pèse $3^{kg}900$; il est analogue au fusil belge modèle 1889. Il n'en diffère que par l'organisation de son canon qui n'est pas revêtu d'une chemise d'acier mince et par quelques autres dispositions de détail.

La question de l'adoption d'une arme à répétition de petit calibre a été étudiée en *Russie*, dès le commencement de 1891, en vue du remplacement du fusil Berdan n° 2, de 11 millimètres modèle 1871 reconnu insuffisant. En avril 1891, a été adopté un fusil, modèle Mouzin, de $7^{mm}62$ à répétition et à chargeur de 5 cartouches. Dans cette arme, dont le poids est de 4 kilogrammes et la longueur $1^{m}30$, on retrouve des dispositifs dont l'un, pour le magasin, est analogue à celui du Männlicher, et dont l'autre, pour le passage du chargeur dans le magasin, est identique à celui du fusil Mauser belge modèle 1889. L'étui de la cartouche est en laiton et de forme ordinaire; il contient $2^{gr}133$ de poudre sans fumée. La balle pesant $13^{gr}86$ est en plomb durci avec enveloppe de maillechort. Le poids total de la cartouche est de $23^{gr}46$. La vitesse initiale est de 610 à 620 mètres.

En outre du fusil d'infanterie, il a été adopté, en Russie, une carabine dite fusil de dragons modèle 1891, du même calibre que le fusil Mouzin; son poids est de $3^{kg}590$ et sa longueur $1^{m}22$.

La *Suisse* a, la première, recherché la réduction du calibre des armes portatives. Le fusil du major Rubin avait remplacé le Vetterli modèle 1869 du calibre de $10^{mm}4$; cette arme, présentée, en 1882, était du calibre de $7^{mm}8$ et tirait une balle de 14 grammes à enveloppe de cuivre avec une vitesse initiale de 550 mètres. Après plusieurs années d'études comparatives, la Suisse a adopté le fusil modèle 1889, système du colonel Schmidt. Cette arme, du calibre de $7^{mm}5$, est à répétition avec mécanisme à chargeur de six cartouches; son poids avec chargeur vide est de $4^{k}300$ et sa longueur $1^{m}302$. La cartouche pèse $27^{gr}3$; la balle est en plomb durci avec enveloppe de papier sur la partie cylindrique et cuirasse d'acier sur l'ogive. La poudre est presque sans fumée; la charge est de $1^{gr}92$. La vitesse initiale est de 600 mètres, et la portée de 2000 mètres. Ce fusil est lourd, et au point de vue balistique sensiblement inférieur au fusil français 1886.

En *Serbie*, l'armement primitivement assuré par les fusils Mauser-Milanowic modèle 1881, armes à un coup du calibre de $10^{mm}15$, est actuellement constitué par le fusil Koka-Milanowic modèle 1893, du calibre de $7^{mm}2$.

L'*Espagne* a commencé, en 1893, à substituer au modèle 1871, système Remington de 11 millimètres, un fusil modèle 1893 du système Mauser, du poids de $4^{kg}070$ et d'une longueur de $1^{m}234$. Son calibre est de 7 millimètres; le projectile est constitué par une balle de $11^{gr}2$ lancée par une poudre sans fumée avec une vitesse de 697 mètres.

L'*Italie* a entrepris, en 1892, le changement de son armement par l'admission, en remplacement du Vetterli-Vitali de $10^{mm}25$ modèle 1871-87, d'un nouveau fusil modèle Parravicino-Carcano modèle 1891, du calibre de $6^{mm}5$ à répétition avec chargeur. Le poids de l'arme est de $3^{kg}820$, sa longueur $1^{m}29$. La balle est à enveloppe de maillechort; la poudre est sans fumée et désignée sous le nom de « balistite ». La cartouche pèse $21^{gr}5$ et la balle 16 grammes. La vitesse initiale est de 730 mètres. Depuis la fin de 1893, les troupes alpines ont reçu cette arme pour la fabrication laquelle l'Italie a profité dans une certaine mesure des résultats obtenus antérieurement par les autres puissances.

La *Hollande* a, depuis 1892, abandonné le modèle 1871-88 Beaumont-Vitali de 11 millimètres; elle a mis en usage une arme à répétition système Männlicher modèle 1892, du calibre de $6^{mm}5$. Le poids du fusil est de $4^{kg}225$, sa longueur $1^{m}292$. La balle est en plomb durci et recouverte d'acier

nickelé; elle pèse $10^{gr}5$. La poudre est sans fumée et employée à la charge de $2^{gr}35$.

La *Roumanie*, en 1892, a demandé à l'Autriche la fabrication de nouveaux fusils de $6^{mm}5$. Le fusil roumain, modèle 1891, est construit d'après le système Männlicher et analogue, sauf quelques légères différences, au fusil allemand modèle 1888. Il a remplacé le Martini-Henry. La cartouche du poids total de $22^{gr}32$ a un étui en laiton; la charge est de $2^{gr}45$ de poudre Schwab à faible fumée. La balle cylindro-ogivale en plomb pèse 10 grammes; elle est recouverte d'une enveloppe d'acier nickelé. La vitesse initiale est de près de 700 mètres. Le fusil roumain est d'une précision qui paraît identique à celle de notre fusil 1886, pour les petites distances; mais cette précision devient inférieure aux moyennes et aux grandes distances (à partir de 1600 mètres).

En 1882, la *Norwège* avait transformé le fusil à simple charge de Jarmann, modèle 1878, en arme à répétition du calibre de $10^{mm}15$, à magasin fixe, dont le mécanisme était analogue au système Kropatschek. Elle a remplacé le Jarmann à répétition par le fusil, modèle 1893, du calibre de $6^{mm}5$, d'une longueur de $1^{m}27$ et du poids de $4^{kg}060$, construit d'après le modèle danois Krag-Joërgensen.

B. Armement des puissances en dehors de l'Europe. — Le *Japon* a abandonné le fusil Mourata de 11 millimètres, modèle 1880, pour une nouvelle arme de même système, modèle 1887 à répétition, genre Kropatschek, et du calibre de 8 millimètres.

Le *Pérou* a remplacé le fusil Bornmüller, analogue au fusil Mauser 1871, par le Männlicher, modèle 1888, de 8 millimètres. Le *Chili* fait usage du même fusil.

La *République argentine* a adopté le fusil Mauser, modèle 1891, du calibre de $7^{mm}65$.

Aux *États-Unis*, le fusil Springfield, du calibre de $11^{mm}25$, avait, depuis 1873, remplacé les nombreux fusils précédemment en usage : Spencer 1860, Henry 1860, Peabody 1862, Remington 1864 et Henry-Winchester 1867. A son tour, le Springfield 1874 a été transformé, et depuis 1892 on a adopté un fusil Springfield réduit du calibre de $7^{mm}5$, ressemblant comme système au modèle Krag-Joërgensendanois. La marine a un nouveau fusil, modèle 1893, de 6 millimètres.

Le *Brésil* emploie, depuis 1893, une arme du calibre de $7^{mm}5$, modèle Männlicher.

Le *Mexique* a abandonné le Remington de 11 millimètres, à un coup pour le fusil Mondragon, modèle 1893, du calibre de $6^{mm}5$.

Il est à remarquer que, tant en Europe qu'au dehors, un certain nombre de nations n'ont pas encore modifié leur armement. La *Grèce* a conservé un fusil à répétition avec magasin fixe et du calibre de 11 milimètres, analogue au fusil français, modèle 1878, système Gras-Kropatschek en usage dans la marine. Le *Monténégro* employait jusqu'ici le fusil Krnka, à un coup, du calibre de 11 millimètres, analogue à l'ancien fusil russe du même modèle. On sait que, tout récemment, le Monténégro a reçu de la Russie 30000 fusils à répétition; cela constitue à cette petite nation un armement dont l'importance n'a échappé à personne. La *Chine* fait usage de nombreux modèles parmi lesquels le Remington de 11 millimètres, à un coup, le Martini-Henry et le Lee, modèle 1884-1886, arme à répétition du calibre de 11 millimètres. L'*Égypte*, l'*Uruguay* emploient encore le Remington de 11 millimètres à un coup.

Il résulte de ce que nous venons d'exposer que :

1° L'armement des puissances européennes est constitué par des armes de modèles et de calibres variables :

Armes du calibre de :

8 millimètres : France, fusil Lebel 1886 et carabine 1890 ; Allemagne, fusil 1888; Autriche, Männlicher 1888-1890 et carabine 1891; Bulgarie, Männlicher 1888; Portugal, Kropatschek 1886; Danemark, Krag-Joërgensen 1889; Suède, Remington réduit 1892.

$7^{mm}7$: Angleterre, Metford-Lee 1889.

$7^{mm}65$: Belgique, Mauser 1889; Turquie, Mauser 1890.

$7^{mm}62$: Russie, Mouzin 1891.

$7^{mm}5$: Suisse, Schmidt 1879.

$7^{mm}2$: Serbie, Koka-Milanowic 1893.

7 millimètres : Espagne, Mauser 1893.

$6^{mm}5$: Italie, Paravicino-Carcano 1892; Hollande, Männlicher 1892; Roumanie, Männlicher 1891; Norwège, Krag-Joërgensen 1893.

2° L'armement des puissances en dehors de l'Europe a été, pour beaucoup d'entre elles, réorganisé à l'instar de celui adopté par les grandes nations européennes. Ce sont les Etats-Unis qui, à l'heure présente, possèdent, pour leur marine, l'arme du plus petit calibre :

Armes du calibre de :

8 millimètres : Japon, Mourata 1887; Pérou et Chili, Männlicher 1888.

$7^{mm}65$: République argentine, Mauser 1891.

$7^{mm}5$: Etats-Unis, Krag-Joërgensen 1892; Brésil, Männlicher 1893.

$6^{mm}5$: Mexique, Mondragon 1893.

6 millimètres : Etats-Unis, modèle de marine 1893.

3° Un certain nombre d'armes du même système, mais de calibres variables, sont en usage dans plusieurs puissances :

a. Fusils Mauser : calibre $7^{mm}65$, modèle 1889, Belgique; modèle 1890, Turquie; modèle 1891, République argentine. — Calibre de 7 millimètres 1893, Espagne.

b. Fusils Männlicher : calibre 8 millimètres, modèle 1888-1890, Autriche; modèle 1888, Bulgarie, Pérou et Chili. — Calibre de $7^{mm}5$, modèle 1893, Brésil. — Calibre de $6^{mm}5$, modèle 1891, Roumanie; modèle 1892, Hollande.

II

Action balistique des petits projectiles; leur action sur les différents milieux; effets généraux sur l'homme. — A. Action balistique des petits projectiles. — Ainsi que nous venons de le voir, l'usage des armes à répétition s'est généralisé dans la plupart des armées. On a réalisé de grands et sérieux perfectionnements, non seulement du côté des fusils, mais encore et surtout du côté des projectiles. « L'arme moderne, à la fois plus compliquée dans sa structure et plus simple dans son emploi, réalise sur l'arme ancienne cette énorme supériorité d'un tir plus puissant et d'un perfectionnement plus simple, plus sûr et plus rapide, ne demandant au tireur que le minimum d'instruction et d'efforts » (Commandant Vonderscherr). Aux projectiles, on a adapté une enveloppe métallique qui permet de les allonger davantage, par suite de réduire le calibre des armes à 8 millimètres et au-dessous. L'emploi des poudres sans fumée et d'une puissance explosible considérable a pris de l'extension. Enfin, à la suite de recherches récentes, on

a pu obtenir une réduction de calibre des armes; on peut citer comme types les fusils roumain, italien, etc., de 6mm5, le fusil de marine des Etats-Unis de 6 millimètres. Cette réduction du calibre présente comme principal avantage celui de diminuer le poids de l'arme, celui du projectile et, par suite, de mettre à la disposition de chaque tireur un nombre plus considérable de cartouches. Ainsi qu'il résulte de ce qui a été dit plus haut, le poids moyen des armes nouvelles est de 4kg150 environ; le fusil le plus léger est le modèle allemand, 3kg800; les plus lourds sont le Männlicher autrichien et le Kropatschek du Portugal fourni à cette puissance par l'Autriche, 4kg550.

Par leur calibre réduit et leur poids moindre, les balles modernes semblent, au point de vue chirurgical, offrir au premier abord des conditions plus favorables que les anciennes; ces avantages se trouvent fort diminués par suite de la vitesse plus grande de leurs mouvements de propulsion et de rotation. La diminution de la masse du projectile est plus que compensée par l'accélération de son mouvement. En effet, la force vive du projectile dépend encore plus de sa vitesse que de sa masse, ainsi que l'exprime la formule générale $F = 1/2\,MV^2$ (H. Nimier).

Cependant, il ne faut pas trop s'en laisser imposer par cet accroissement considérable de la vitesse des nouveaux projectiles dans l'évaluation de leur force vive, car l'influence du faible poids se fait grandement sentir et les rend, sous ce rapport, inférieurs aux anciens projectiles.

Le plus grand écart entre les forces vives des balles anciennes et actuelles se constate de 0 à 300 et 400 mètres; la force vive des balles actuelles n'est supérieure à celle des balles de 11 millimètres que de 0 à 1000 mètres, et à partir de cette distance elle tend à être inférieure (E. Delorme).

Si l'on compare la vitesse de propulsion ou de translation des balles anciennes et nouvelles, l'avantage reste tout à ces dernières. Elle variait de 408 (Turquie) à 490 mètres (Italie) pour les anciens projectiles; avec les nouveaux, elle oscille entre 510 (Portugal) et 700 mètres (Italie). Quant à la vitesse de rotation, elle a, en général, plus que triplé de valeur, variant, d'une part, entre 536 tours (Danemark) et 800 (Russie et Allemagne) pour les balles anciennes, et, d'autre part, entre 1855 tours (Portugal) et 2580 (Russie et Allemagne) pour les balles nouvelles.

La vitesse de propulsion des balles françaises était de 450 mètres pour l'ancien projectile, elle est de 631 mètres, pour la balle Lebel; la vitesse de rotation, qui n'était que de 800 tours pour le projectile Gras, se trouve portée aujourd'hui à 2590. L'influence de la vitesse de rotation, si importante au point de vue balistique pur, l'est moins au point de vue des effets produits sur le corps humain (E. Delorme).

La puissance balistique des nouvelles balles étant reconnue notablement supérieure à celle des anciennes, il est d'un grand intérêt d'étudier les désordres que les nouveaux projectiles peuvent causer sur les différents milieux, notamment chez l'homme. Il faut se rendre un compte exact de la nature des lésions produites, car, sous le rapport de leur puissance destructive au début de leur course, ces projectiles présentent des différences dont ne rend pas compte la comparaison de leurs vitesses de translation. On voit, par exemple, que la balle de 6mm5 adoptée en Italie, malgré une vitesse initiale notablement supérieure à celle des autres projectiles (700 mètres), leur est inférieure en tant que force vive (262 kilogrammètres au lieu de 344 pour la balle française). Au contraire, des balles (Lebel, par exemple), dont la vitesse initiale ne dépasse pas celle de certaines autres, l'emportent cependant sur elles par une force vive plus élevée. De plus, il ne faut pas se contenter de comparer la force vive des projectiles au début de leur course, il est nécessaire, surtout pour le chirurgien, de les mettre en parallèle aux différents points du trajet. Il est inutile d'insister sur la nécessité de connaître la différence de puissance d'action des différents projectiles, en particulier aux distances éloignées (H. Nimier.).

Chemin parcouru en mètres.	Force vive en kilogrammètres des balles actuelles.			
	France.	Allemagne.	Autriche.	Suisse.
0. . .	344	288	309	264
100. . .	230	208	205	200
500. . .	101	95	104	75
1000. . .	49	56	61	39
2000. . .	19	32	31	16

B. Action des petits projectiles sur les différents milieux. — *Action sur les milieux très résistants* (*acier*, *fer*). — Quand l'obstacle est notablement plus dur que le projectile et assez épais pour n'être pas défoncé (plaque épaisse de fer ou d'acier), le projectile est brusquement arrêté dans sa course. Selon que la vitesse d'arrivée est plus ou moins grande, la balle en plomb subit une déformation; son extrémité antérieure s'épanouit en forme de champignon ou bien elle se divise en fragments qui sont projetés dans toutes les directions. Une partie de la force du projectile est absorbée par le travail de déformation, l'autre se transforme en chaleur. Si l'on tire dans l'obscurité une balle modèle 1886 à courte distance, sur une plaque impénétrable, le choc produit un éclair de lueur rougeâtre. Si on dispose en avant, et à courte distance de la plaque, une planchette en bois, on trouve sur celle-ci des traces de plomb volatilisé (commandant Vonderscherr).

Sur des plaques métalliques relativement peu épaisses, la perforation dépend de la vitesse des projectiles, beaucoup plus que de leur poids ou de leur rigidité. Ainsi une simple balle en plomb pur de 8 à 9 grammes (la balle employée pour le tir réduit), tirée à la vitesse de 800 mètres, perce comme à l'emporte-pièce et sur sa plus grande épaisseur (3mm3) la cuirasse des cuirassiers qui est en acier chromé de qualité supérieure. La balle 1886 perce la cuirasse jusque vers 250 mètres; à cette distance, elle a une vitesse restante de 460 mètres environ. Elle se fragmente en partie, mais le culot qui traverse est encore susceptible de mettre le cavalier hors de combat (commandant Vonderscherr).

La balle du fusil allemand 1888 perce des plaques de fer de 7 millimètres jusque vers 300 mètres. Des plaques d'acier de meilleure fabrication de 9mm5 ne subissent que des dépressions insignifiantes et jusqu'à 50 mètres seulement (commandant Vonderscherr). Tirée à courte distance sur des plaques de fer de 12 millimètres d'épaisseur, cette balle la traverse et 1000 pas plus loin n'est pas arrêtée par une seconde plaque épaisse de 2 millimètres. Cela démontre bien l'inutilité du casque et de la cuirasse (Bruns).

La balle du fusil belge Mauser 1889, tirée à courte distance, traverse une plaque de fer de 12 millimètres; à 800 mètres, elle perfore encore une feuille de tôle de 2 millimètres d'épaisseur (Bruns).

Le projectile roumain Männlicher 1891, à 12 mètres, per-

fore quatre tôles de fer laminé de 2 millimètres d'épaisseur espacées de 5 centimètres et produit un refoulement de la cinquième. A la même distance, il perfore deux tôles de fer laminées, épaisses de 4 millimètres, et fait refoulement sur la troisième (Demosthen).

Si dans les corps durs, tels que l'acier, l'on compare la pénétration de deux projectiles de calibre notablement différent (par exemple les types français et roumain), on constate qu'elle est sensiblement la même, à vitesse égale, avec une légère supériorité en faveur de la balle de 8 millimètres, probablement en raison de sa masse plus considérable.

De l'essai des balles de petit calibre sur les corps durs, on peut déduire la force de pénétration énorme susceptible de se faire valoir sur le corps humain et dont les effets doivent être recherchés comme le véritable but pour des armes de guerre. On comprend, en outre, pourquoi après avoir, soit frappé sur les parties métalliques de l'armure ou de l'équipement des soldats, soit ricoché sur une pierre, l'enveloppe du projectile peut se déchirer en totalité ou en partie et rester encore animée d'une vitesse de projection suffisante pour causer des blessures irrégulières, en même temps que le noyau déformé produit de son côté des lésions d'un aspect atypique (Chauvel).

Action sur les milieux moyennement résistants (*bois de chêne, de hêtre, de sapin, maçonnerie, cloisons, terre, sable*). — Dans les milieux moyennement résistants et compressibles, tels que le bois, la pénétration augmente rapidement avec la vitesse jusqu'à la limite où la balle se déforme. Lorsque cette limite est dépassée, le projectile se champignonne plus ou moins complètement et la pénétration diminue. Si on augmente la vitesse de la balle Lebel au delà de 600 mètres, la pénétration diminue. Les diverses essences de bois présentent des résistances très différentes et variables, selon le degré d'humidité ou de siccité. Un arbre vert est moins traversé qu'une même épaisseur de bois sec. Les essences tendres comme le sapin, le peuplier, sont plus pénétrables que les essences dures (chêne, hêtre), dans le rapport de 7 à 4 environ (commandant Vonderscherr).

La balle 1886 traverse :

A 50 mètres,	60 cent. de chêne	80 cent. de sapin environ.	
A 400 —	30 —	50 —	
A 1000 —	12 —	25 —	
A 2000 —	5 —	15 —	

Le règlement allemand sur le tir de l'infanterie donne les renseignements suivants sur la force de pénétration de la balle modèle 1888; elle traverse à 100 mètres 80 centimètres de sapin, à 400 mètres 45 centimètres, à 800 mètres 25 centimètres, à 1800 mètres 5 centimètres. A cette dernière distance, après avoir traversé une planche d'un pouce d'épaisseur, le projectile peut encore mettre un homme hors de combat (Bruns).

La balle autrichienne à 15 pas traverse 52 centimètres de bois de hêtre.

La balle belge, tirée à 45 mètres, traversé trente à trente-quatre planches de sapin. Tandis que l'ancien projectile de 11 millimètres ne traversait que 21 centimètres de sapin, le nouveau peut pénétrer jusqu'à 110 centimètres (Bruns).

Le projectile roumain, à 100 mètres, traverse d'abord un sac de sciure de bois de chêne de 40 centimètres d'épaisseur, puis perfore une planche de tilleul de 11 centimètres et pénètre de 5 centimètres dans une seconde (Demosthen).

Bruns a remarqué, au cours de ses expériences avec le nouveau projectile allemand, que les balles cuirassées ne se déforment pas en traversant des cibles de bois; leur trajet est cylindrique et de même calibre que lui, tandis que l'ancienne balle, en s'aplatissant, faisait un trajet conique dont le diamètre pouvait mesurer quatre fois le sien.

Dans les milieux peu ou pas compressibles, tels que la maçonnerie par exemple, la pénétration du projectile en plomb est presque nulle; elle est plus profonde seulement lorsque plusieurs coups frappent au même point. Les cloisons en brique de faible épaisseur peuvent être traversées d'un coup. Dans le sable, la terre, les projectiles se déforment aux vitesses qui correspondent aux distances courtes et le maximum de pénétration se produit à une certaine distance de l'origine; il ne saurait en être de même aux distances supérieures, parce que la balle conservant sa forme, sa vitesse diminue (commandant Vonderscherr). Ainsi la balle 1886 pénètre dans la terre de 50 à 60 centimètres au maximum et ce maximum correspond à la vitesse restante de 400 à 500 mètres environ, ou aux portées de 300 à 400 mètres. Avec la balle du fusil allemand 1888, la pénétration dans le sable ou la terre pourrait, paraît-il, atteindre 90 centimètres.

Action sur les milieux faiblement résistants (*laine, coton, fumier, paraffine, eau*). — Dans les milieux tels que la laine, le coton, le fumier, etc. le projectile pénètre très facilement, mais pas aussi profondément qu'on pourrait le croire. A quelques mètres de distance, la balle française 1886 traverse plus de 1 mètre de laine à matelas, 75 centimètres entre 200 et 300 mètres et 20 centimètres à 2000 mètres.

Demosthen a étudié l'action du projectile roumain sur quatre plaques de paraffine formant une épaisseur totale de 9 centimètres. Il a constaté la production d'un canal (avec fissures radiées) qui se rétrécissait de l'orifice d'entrée à celui de sortie, le premier de ces orifices mesurant 9 millimètres et le second 5 millimètres de diamètre. Enfin, le capitaine Grigoresco a recherché la force de pénétration du même projectile dans l'eau; d'après cet officier, la balle roumaine a pu pénétrer perpendiculairement dans l'eau, à une profondeur de 1 mètre et demi; sur 100 projectiles, 5 ou 6 tout au plus sont déformés, tandis que 2 à 3 seulement peuvent se fragmenter.

C. Effets généraux sur l'homme. — La plupart des auteurs ont étudié l'action générale des petits projectiles sur l'homme en distinguant, les uns par esprit systématique (Bruns, Habart, Tauber, pour ne citer que les auteurs les plus récents), les autres pour faciliter l'étude (Chauvel et Nimier), un certain nombre de zones d'action correspondant à des vitesses et à des portées différentes :

1° Zone d'explosion (Chauvel et Nimier, Bruns, etc.), dénommée zone de pression hydrostatique par certains auteurs, zone d'effet explosif par Tauber, zone des coups de feu rapprochés par Habart, jusqu'à 300 ou 500 mètres environ ;

2° Zone d'action intensive ou de perte de substance (Chauvel et Nimier), zone de l'effet perforant (Tauber), zone des distances moyennes (Bruns), jusqu'à 800 ou 1000 mètres ;

3° Zone d'éclatement et de déchirure (Chauvel et Nimier), zone de l'effet enfonçant ou ravageant (Tauber), de 1000 à 1600 mètres ;

4° Zone de contusion (Chauvel et Nimier, Tauber), à partir de 1600 mètres;

Bruns ne distingue en tout que trois zones: et il comprend la troisième zone entre 800 et 1200 mètres, sous le nom de zone des grandes distances. Habart, sur les quatre zones énumérées ci-dessus, confond les trois dernières sous le nom de zone des coups de feu éloignés; ses chiffres exacts sont les suivants : première zone jusqu'à 500 mètres, autres zones de 500 à 2600 (deuxième zone jusqu'à 1200 mètres, troisième zone jusqu'à 1800 mètres, quatrième zone jusqu'à 2600 mètres).

1° *Zone d'explosion* (*jusqu'à* 300 *ou* 500 *mètres*). — Nous venons de dire que cette zone était très souvent désignée sous le nom de zone de la pression hydrostatique ou hydraulique. Cette dénomination est en partie inexacte, car la théorie dite hydraulique soutenue par Huguier, Busch et Kocher est, ainsi que dit le professeur Delorme, loin d'expliquer tous les faits, puisque l'on peut constater sur un tissu absolument sec tous les désordres que produisent les balles animées d'une grande vitesse, lorsqu'elles atteignent des tissus mous (broiement de la masse frappée, tassements, éclatements à distance); et l'étendue des dégâts se rapproche de celle qu'on constate quand la pression hydraulique peut être invoquée.

D'après M. Delorme, on est en droit de tirer, de toutes les expériences faites, la conclusion que si, dans l'explication des dégâts produits à courte distance, il faut tenir un grand compte de la théorie hydraulique, c'est aller trop loin que de l'invoquer seule, comme Kocher et beaucoup d'autres le font aujourd'hui. La force vive de la balle n'a pas besoin, pour produire de si épouvantables dégâts à courte distance, de demander exclusivement à la pression hydraulique qu'elle met en jeu, d'agir pour elle. En admettant une opinion contraire, on fait trop bon marché, entre autres, des effets que peut produire la projection des parcelles résistantes des tissus détachés, et les expériences faites sur les corps inorganiques démontrent toute l'étendue des désordres qu'elles peuvent produire (Delorme).

Nous ne parlerons pas des autres théories invoquées pour expliquer l'action des petits projectiles. Pour l'étude des théories de la brûlure (Hagenbach, Socin, Mulhauser, Coze), du projectile-air (Melsens), et de la contusion (Bornhaupt, Beck, Legonest, Delorme), nous renvoyons le lecteur aux traités classiques de chirurgie d'armée où ces questions sont longuement analysées. Il faut seulement savoir que, dans la grande majorité des cas, les balles agissent de deux façons : 1° en produisant une attrition directe sur les tissus, et 2° une attrition indirecte. La première est l'effet de l'action du projectile lui-même, la seconde est l'effet de la communication rapide de la force vive dont est animée la balle aux molécules solides ou liquides qu'elle déplace. Quand la balle est animée d'une faible vitesse, le phénomène de l'attrition directe l'emporte sur celui de l'attrition indirecte. Avec les balles possédant une grande force vive, l'inverse se produit, et les dégâts sont proportionnels à la vitesse restante du projectile (Delorme). C'est donc quand les balles sont animées d'une grande vitesse et d'une force de propulsion considérables qu'elles produisent jusqu'à une certaine distance et dans certaines conditions, leur action explosive, action qui croît nécessairement avec le volume, le poids et la force vive du projectile (Chauvel et Nimier). Les déviations des projectiles sur leur trajectoire contribuent, mais dans une très faible mesure, à augmenter les lésions produites par les balles animées d'une vitesse peu considérable (Delorme). D'autre part, les déformations de la pointe du projectile aggravent les désordres en augmentant la surface agissante; cette propriété, commune aux armes modernes, s'exerce jusqu'à une distance qui s'accroît avec la vitesse initiale, et pour les balles de plomb mou atteignait 200, 300 mètres et plus encore (Chauvel et Nimier). Ces dernières semblent avoir possédé une action explosive plus étendue que les nouveaux projectiles plus petits et moins déformables. M. Delorme a pu, avec la balle Lebel, obtenir des effets explosifs jusqu'à 200 et 300 mètres. MM. Chauvel et Nimier considèrent ces chiffres comme un maximum de distance. Ce sont des considérations analogues qui ont pu faire dire à Bruns que les balles nouvelles, tout en causant des blessures très graves, ont une action explosive moindre que les anciennes balles.

L'action explosive d'une balle se manifeste par la production d'un orifice d'entrée qui présente à peu près les dimensions et la forme habituelle, parfois déchiré, continué non point par un trajet, mais par un large canal conique, sorte de cavité creusée aux dépens des tissus voisins broyés, déchirés, éclatés, et par un orifice de sortie très considérable, irrégulièrement déchiqueté, pouvant atteindre jusqu'à 15 et 20 centimètres de diamètre. Ce dernier laisse voir de larges lambeaux musculaires dont les tronçons sont déjetés sur leurs bords; les tendons sont dénudés dans de grandes étendues, renversés en dehors, et la circonférence des orifices est constituée par des lambeaux cutanés décollés, dissociés et fortement contus. Si un os est atteint, les dégâts sont énormes, la plaie de sortie est effrayante; aux débris de toute sorte sont mélangées de la poussière osseuse et des esquilles de toute grandeur, dépouillées de périoste, pouvant intéresser le tiers de la longueur de l'os. Les débris peuvent être projetés à une dizaine de mètres et même plus loin, en avant, sur les côtés, le plus fréquemment en arrière du membre frappé, et, pour le crâne, la cervelle jaillit en éclaboussant tout au pourtour du sujet (Chauvel et Nimier, Delorme). L'effet explosif s'observe même quand la balle n'a atteint que les parties molles; il est vrai que le plus souvent il se produit quand, dans son parcours, le projectile a rencontré un os.

A 100 mètres, une balle de petit calibre (expériences faites avec les nouveaux projectiles allemand et belge) peut perforer quatre à cinq hommes successivement, ce qui revient à dire qu'elle peut traverser quatre à cinq rangs d'une compagnie en formation de combat, lors même qu'elle rencontre sur sa route les os les plus résistants; elle peut briser ces derniers jusqu'à trois fois (trois fémurs, trois tibias). A 400 mètres, elle peut encore traverser trois ou quatre hommes (Bruns). Ainsi que l'ont observé tous les auteurs, c'est au crâne que l'action explosive occasionne les plus épouvantables dégâts; son éclatement se produit avec une violence en rapport avec l'exagération de la pression du contenu.

2° *Zone de perforation* (*de* 400 *ou* 500 *mètres jusqu'à* 800 *ou* 1000 *mètres*). — C'est la zone des trajets à l'emporte-pièce (Bruns). On n'observe plus d'effets explosifs, sauf pour le crâne; ils sont faibles ou nuls dans le cœur, les poumons, le foie, etc. Les blessures se font dans des conditions assez favorables; l'orifice d'entrée est étroit et arrondi, celui de sortie un peu plus grand; il n'y a pas de foyer de broiement dans les parties molles. Dans les os courts ou spongieux, les os plats et les extrémités articulaires des os longs (épiphyses), il se produit des perforations avec esquilles et fissures petites, des trous et gouttières sans solution de conti-

nuité. Dans les diaphyses, les fractures se produisent avec de grandes esquilles régulières maintenues par le périoste. On trouve aussi parfois au niveau des diaphyses des gouttières osseuses avec simple fracture oblique, ou encore des perforations avec brisure de fragments osseux, mais sans solution de continuité.

Dans cette zone, les projectiles peuvent encore perforer, entre 400 et 800 mètres, trois ou quatre hommes, et deux ou trois au delà de 800 mètres (Bruns). Même dans ces conditions, il est rare de voir le projectile s'arrêter dans la plaie. Pour certains tissus (épiphyses, tissus mous), l'action perforante peut se prolonger jusqu'à des distances considérables, 1400 à 1500 mètres pour Bircher, et même plus loin pour MM. Chauvel et Nimier.

La deuxième zone est celle qui, comme Bruns le fait remarquer avec raison, comprend la plus grande partie de la distance totale, à laquelle on peut compter sur des résultats de tir sérieux. C'est à des distances au delà de 400 mètres (et comprises entre 400 et 1200 ou 1500 mètres) que seront occasionnées le plus fréquemment les lésions par armes de guerre.

3° *Zone d'éclatement et de déchirure* (1000 *à* 1600 *mètres*). — Les projectiles tirés à ces distances font des blessures dont la comminution paraît relativement plus étendue que dans la zone précédente; sur ce point il a été émis des opinions opposées (Chauvel et Nimier, Delorme). D'après les deux premiers auteurs, l'ensemble des lésions n'atteindrait pas le degré de gravité indiqué par le professeur Delorme.

L'orifice d'entrée est droit, arrondi, quelquefois fissuré, à bords nets ou déprimés en dedans; il a environ 5 millimètres de diamètre. Les tissus fibreux présentent une fente étroite, un trajet plus large que le projectile; les parois de ce canal sont contuses et déchirées. D'après les expériences de MM. Chauvel et Nimier, aux distances de la troisième zone, les sétons musculaires n'auraient pas été produits sous forme de trajets larges, coniques, à parois déchirées, observés par d'autres auteurs et considérés par eux comme les types de cette zone d'éclatement.

L'orifice de sortie est une déchirure étoilée, fissurée, plus grande que l'orifice d'entrée et pouvant parfois atteindre des dimensions considérables. Sur les épiphyses, on trouve des perforations exemptes de fissures, et sur les diaphyses des fissures multiples, des gouttières et des perforations. D'après MM. Chauvel et Nimier, les fractures par contact simple seraient très rares.

Les lésions des os sont, entre 800 et 1200 mètres, plus graves qu'avec les anciens projectiles qui, à cette distance, auraient perdu la plus grande partie de leur force de pénétration. Les nouvelles balles ne se déforment pas au contact des parties molles ou des os spongieux. Le choc contre les diaphyses incurve ou émousse la pointe, parfois déchire et arrache en partie le manteau qui, exceptionnellement, se détache complètement. Tandis que les balles de plomb s'arrêtaient plus ou moins profondément dans les tissus, aux mêmes distances les balles nouvelles peuvent perforer plusieurs organes : par exemple, au lieu de s'aplatir comme les anciennes contre le crâne, la clavicule ou le sternum, elles blessent et traversent le cerveau (mais entre 800 et 1200 mètres il n'y a plus d'éclatement du crâne), les viscères thoraciques et abdominaux (Bruns).

4° *Zone de contusion*. — Avec les nouveaux projectiles, la zone de l'effet contusionnant se trouve reculée au delà de 3 kilomètres. En effet, d'après le professeur Delorme, la balle 1886 peut traverser un homme dans les parties molles ou le mettre hors de combat, jusqu'à la limite de sa portée c'est-à-dire à plus de 3000 mètres.

A des distances supérieures, les balles n'ont plus guère de vitesse de rotation, elles ont perdu la presque totalité de leur force vive; ne pouvant plus déterminer la production d'une plaie, elles produisent une contusion d'intensité variable. La contusion peut s'effectuer à tous les degrés. Les degrés légers de la contusion de la peau s'observent surtout au niveau des régions constituées par des parties molles; dans ce cas, ce sont le tissu cellulaire et les muscles qui subissent les effets du choc du projectile. L'effet contusionnant peut s'exercer sur les parties sous-jacentes au point de produire soit des désordres graves consécutifs à l'ébranlement d'organes splanchniques importants, soit encore des lésions osseuses d'une certaine importance (fractures simples, fissures), si le projectile, au lieu de frapper exclusivement les parties molles, est arrêté dans la phase ultime de sa course par un plan osseux sous-jacent (crâne, partie antérieure de la jambe, sternum); dans ce dernier cas, la peau est le plus souvent escharifiée (Delorme).

Il faut rapprocher de l'effet des balles mortes proprement dites celui produit par les projectiles à vitesse retardée par quelque obstacle extérieur (objet d'équipement ou d'habillement). Dans d'autres cas, enfin, la contusion n'est pas directe; c'est la balle qui chasse devant elle des objets d'habillement ou d'équipement, lesquels, par contre-coup, produisent l'effet contusionnant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1896. — Présidence de M. MONOD.

COMMUNICATIONS

Extirpation du rectum. — M. CHALOT (de Toulouse) fait une communication sur l'extirpation du rectum par l'abdomen et la voie sacrée.

M. QUENU fait observer que la priorité de cette opération revient à M. Gaudier. C'est lui, en effet, qui le premier a conçu et exécuté sur le cadavre cette opération. Il en a tracé très nettement toutes les règles.

Relativement à la technique opératoire suivie par M. Chalot, M. Quenu ne croit pas qu'il soit nécessaire de lier séparément les artères mésentériques. Il suffit de les pincer comme les autres vaisseaux, quitte à les lier après sur la pince.

M. Chalot combat l'idée, qu'a émise M. Quenu, de commencer l'opération par la voie sacrée et de la terminer par l'abdomen. M. Quenu répond à cela que l'intervention par la voie sacrée ne donne pas d'hémorragie; l'hémorragie est, en effet, presque nulle. Une fois qu'on a terminé la partie de l'opération qui s'exécute par la voie sacrée, on se porte alors du côté de l'abdomen et l'on n'a plus à revenir du côté de la voie sacrée. Il n'y a donc pas de dangers d'infection.

M. CHALOT, pour la question relative à la priorité, demande si celle-ci doit être accordée à celui qui a conçu une opération ou à celui qui l'exécute le premier sur le vivant. Il semble que la sanction clinique doive primer ici l'expérience cadavérique.

M. KIRMISSON dit que la priorité appartient à celui qui a publié le premier.

Colostomie périnéale. — M. CHALOT fait une seconde communication : il s'agit d'une opération ayant pour but de corriger une atrésie congénitale du rectum. Jusqu'ici

tous les auteurs ont proposé, dans ces cas, de faire un anus iliaque. Plusieurs chirurgiens, Stromeyer, Delagenière, en France, et, après eux, M. Chalot, ont pensé qu'on pouvait tenter, dans ces cas, d'amener l'extrémité terminale du gros intestin au périnée et de reconstituer ainsi un anus en sa place habituelle. Cette opération consiste à inciser le périnée jusqu'à une profondeur suffisante pour permettre d'attacher l'extrémité inférieure du gros intestin qui se termine habituellement au niveau de l'anse sigmoïde. Si on a la chance de le trouver, on l'attire et on le suture jusqu'au périnée. Si on ne trouve rien, même après avoir ouvert la cavité abdominale, il reste toujours la ressource de faire un anus iliaque artificiel. Dans ces cas, l'ouverture de l'abdomen doit être pratiquée dans la fosse iliaque gauche.

DISCUSSION SUR LES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

M. KIRMISSON rappelle les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet. Depuis le rapport de Denucé (de Bordeaux), depuis le travail de Hoffa, les faits se sont multipliés à l'étranger et même en France. C'est Hoffa (de Dunsbourg) qui pratiqua le premier l'opération, qui porte son nom, le 6 juillet 1889. Il faisait, sur le même sujet, une communication au Congrès de Berlin, en août 1890. M. Kirmisson a pratiqué sa première opération pour luxation congénitale de la hanche, le 5 octobre 1891. En août de la même année, M. Broca avait déjà fait sa première opération dans le service de M. Terrier. Ce fut un insuccès.

Depuis lors, en mai 1893, M. Kirmisson a publié ses premiers faits qui se montaient alors au nombre de huit. En 1894, il faisait, sur le même sujet, une communication au Congrès de Rome. Ses premières opérations ne lui ont pas donné des succès bien brillants. L'un de ses premiers malades est mort de septicémie. Il présente la pièce sur laquelle on peut voir que la tête fémorale était bien fixée dans la cavité cotyloïde, artificiellement creusée.

Hoffa, en 1895, comptait 112 opérations sur 82 malades ; un certain nombre de ces opérations ayant été pratiquées pour des luxations doubles. Sur ces 82 malades, Hoffa compte 7 décès dont 4 seulement imputables à l'opération.

M. Kirmisson passe également en revue les statistiques de Bradfort, en Amérique, de Lorenz (de Vienne).

Il résulte de l'examen de tous ces faits que l'opération dont il s'agit est loin d'être aussi simple, aussi facile, aussi bénigne que ses partisans les plus enthousiastes l'ont dit et écrit. Quant aux résultats fonctionnels, ils ne sont pas toujours satisfaisants. En ne comptant que les faits de MM. Kirmisson et Broca, on trouve quatre récidives.

M. Lorenz a pratiqué 100 opérations sur 84 malades. Sur ces 84 malades, il compte 25 récidives. Heureusement que la récidive, dans presque tous ces faits, tend à se faire plutôt en avant qu'en arrière. Ainsi que l'a dit fort justement M. Hoffa : « Quant à la restitution *ad integrum*, il n'y faut pas compter. » Dans les cas les plus heureux, on trouve toujours un raccourcissement de 1 à 3 centimètres. Donc, sans vouloir nettement mettre en doute les avantages très sérieux de l'opération, quoi qu'on fasse, on a toujours un peu ou beaucoup de raccourcissement.

M. Kirmisson, quant à lui, déclare n'avoir jamais eu moins d'un centimètre de raccourcissement. Hoffa, dans un cas, a eu une ankylose bilatérale. Quant aux résultats de M. Lorenz, ils ne sont pas sensiblement différents de ceux des autres chirurgiens.

Il faut reconnaître, toutefois, que, depuis quelque temps, les résultats tendent à s'améliorer. Les dernières opérations pratiquées par Hoffa, par Lorenz, par M. Kirmisson, par M. Broca, ont donné, en effet, des succès plus complets. Mais ce serait une grave erreur de considérer cette opération comme bénigne. Quant à ses résultats, il faut compter avec des récidives, avec des insuccès, avec des résultats très fâcheux ou même avec des chances de mort. Tous les chirurgiens qui ont pratiqué ces opérations ont eu des insuccès. Enfin, l'opération ne donne pas de résultats bien favorables sur de très jeunes enfants.

Mais, à côté du traitement par la méthode sanglante, il y a le traitement par la méthode non sanglante ou le traitement orthopédique. Pour ce dernier, il faut tout d'abord établir une distinction fondamentale entre la méthode de Mickulicz ou de Shédé, à laquelle se rallie M. Kirmisson, et la méthode de Lorenz.

La première de ces méthodes consiste dans l'extension et l'immobilisation, ayant pour but de fixer la tête fémorale aussi près que possible de la cavité cotyloïde.

Lorenz parle de réduction obtenue sous le chloroforme. Cette réduction, dans le sens vrai du mot, est impossible. Pacci (de Venise) montrait moins de prétention en parlant de simple énarthrose. M. Kirmisson n'a jamais rencontré que deux cas de luxation congénitale de la hanche, dans lesquels la réduction vraie pouvait être obtenue ; et il a vu un de ces cas avec M. Monod, et l'autre avec M. Schwartz. Chez ce dernier, il avait eu recours à la méthode sanglante, et c'est au cours même de l'opération qu'il a pu réduire. Chez cet enfant, il n'en existait pas moins encore un centimètre de raccourcissement.

M. Kirmisson se résume ainsi : Il faut s'efforcer de traiter de très bonne heure, par tous les moyens orthopédiques, les petits malades atteints de luxation congénitale de la hanche. Il faut abandonner le scepticisme de nos maîtres à l'égard de cette affection qu'ils considéraient comme incurable et dont ils ne s'occupaient même pas. En effet, dans tout le cours de ses études, M. Kirmisson n'a pas entendu une seule leçon sur ce sujet. Ce scepticisme à l'égard de ces malades, cet abandon n'est pas rationnel et il est du devoir du chirurgien de traiter ces maladies d'abord par les moyens orthopédiques. Ce traitement consiste dans l'application d'appareils permettant de maintenir, par une immobilisation prolongée, la tête aussi près que possible de la cavité cotyloïde. Si l'on n'obtient pas un bon résultat par le traitement orthopédique, le chirurgien doit alors proposer de recourir à la méthode sanglante.

M. Kirmisson n'est nullement un adversaire systématique de l'opération sanglante dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, mais il estime que cette opération n'est pas bénigne, ni exempte de dangers. Les résultats fonctionnels n'en sont pas toujours parfaits, et il pense qu'il n'y faut recourir qu'après avoir prévenu les familles des dangers qu'elle comporte et qu'après avoir mis en œuvre d'abord les moyens orthopédiques.

Fracture de rotule. — M. REYNIER présente un malade qu'il a traité, il y a trois ans, d'une fracture de la rotule, par la griffe de Duplay.

La séance est levée.

— Par décret, en date du 15 avril 1896, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Dhoste, médecin principal. — *Au grade de médecin principal* : M. Jan, médecin de 1re classe. — *Au grade de médecin de 1re classe* : M. Bastier, médecin de 2e classe.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 47. — MARDI 21 AVRIL 1896. 69e ANNÉE. MARDI 21 AVRIL 1896. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 avril 1896.

Lorsque les fameuses réformes hospitalières, élaborées par le directeur de l'Assistance publique et le Conseil municipal, reçurent un commencement d'exécution, ce fut dans le corps médical des hôpitaux une véritable révolution. Médecins et chirurgiens s'insurgèrent et protestèrent à qui mieux mieux. Les uns parlaient de louer en face de l'hôpital un local quelconque où ils eussent la liberté de donner leurs soins et leurs conseils à tout venant; d'autres tenaient les nouveaux règlements comme nuls et non avenus et, sous les yeux de leur jeune collègue chargé de la consultation, vinrent régulièrement, plus régulièrement même qu'autrefois, diriger le service qu'ils avaient jusqu'ici trop dédaigné. Les sociétés des médecins et chirurgiens des hôpitaux siégèrent en permanence, des commissions furent nommées, des ordres du jour succédèrent aux ordres du jour. La presse médicale s'en mêla, la presse politique fit de même. Ce fut à l'époque un grand bruit. Puis tout se calma, tout rentra dans l'ordre, le service des consultations fonctionna d'après le nouveau règlement et, comme nous le disions, et l'avons toujours dit, ce ne fut que justice. Ce service était abandonné, l'Administration l'a enlevé à qui le délaissait, à qui ne pouvait en assurer le fonctionnement régulier, et, ce faisant, elle a bien fait et nous estimons qu'elle a rendu service au malade.

Mais il est écrit qu'aucun règlement, même bon, ne pourra subsister à l'Administration de l'Assistance publique sans être aussitôt violé. Certains assistants de consultation pénètrent maintenant dans les salles et deviennent assistants *officieux* d'un chef de service et il en résulte que la consultation se trouve en réalité enlevée aux autres chefs de service au plus grand profit d'un seul. Nous recevions dernièrement les doléances d'un chef de service lésé par cette façon de faire. Mais s'irriter en silence est chose insuffisante et, pour remédier aux empiètements illégitimes, rien ne vaut une franche protestation faite à haute voix. A part cela — et il faut le dire, c'est une bien minime exception — le service des consultations s'est singulièrement amélioré depuis le nouveau règlement.

Mais ce qui avait eu le don de susciter les protestations les plus vives était, sans contredit, la division de Paris en circonscriptions hospitalières. A cet égard, nous nous sommes nettement exprimés. Refuser aux indigents, aux vrais pauvres, dont l'admission est gratuite, le droit, qu'on accordait au malade payant, de choisir son médecin et son chirurgien, était une mesure antidémocratique qui ne pouvait subsister.

C'est sur ce point que les protestations furent les plus vives. C'est sur ce point que la cinquième commission du Conseil municipal fut à nouveau consultée. Un deuxième rapport vient d'être publié et adopté.

On peut constater qu'il demande une modification dans les circonscriptions hospitalières, telles qu'elles ont été tracées, un peu trop à la légère et d'une façon par trop artificielle.

On doit reconnaître qu'il permet au malade de réclamer le médecin ou le chirurgien de son choix, quelle que soit la circonscription à laquelle il appartient, et qu'enfin, pour les cas d'urgence, la division en circonscriptions n'existe pas; mais il est bon également de remarquer que l'on continue de refuser, au médecin et au chirurgien, le droit de recevoir lui-même un malade dans son service, l'admission est absolument et complètement réservée à l'Administration et au service de consultation externe. Enfin, le nouveau rapport autorise les chefs de service à revoir, dans leurs salles, les anciens malades.

Ce sont là des améliorations, insuffisantes peut-être, mais qui, en diminuant l'initiative des chefs de service, permettront, néanmoins, un recrutement plus large que le règlement primitif. Ce n'est peut-être point ce qu'espérait le corps médico-chirurgical, mais cependant il y a déjà, théoriquement et du fait du nouveau règlement, des adoucissements aux règles trop strictement et trop étroitement posées, et nous ne doutons pas que, dans la pratique, ces concessions ne deviennent suffisantes. Ainsi se trouve terminé un conflit d'où le corps médical sort un peu atteint, mais dont la nouvelle solution sauvegarde mieux les intérêts des malades que le règlement primitivement adopté.

Une autre modification, plus importante, consiste dans le remaniement du conseil de surveillance, constitué sur une base nouvelle. Nous y voyons avec plaisir entrer comme membres nouveaux un accoucheur des hôpitaux, un médecin du Bureau de bienfaisance, mais ce n'est pas sans quelque crainte pour l'avenir que nous voyons augmenter, dans de notables proportions, l'élément purement politique,

par l'adjonction de dix conseillers municipaux et d'un conseiller prud'homme ouvrier. Le nouveau conseil de surveillance n'est plus ainsi qu'une annexe du conseil municipal. Il est vrai que, mis en rapport plus intime avec le corps médical, les conseillers municipaux seront plus à même de connaître les droits et les devoirs des médecins et d'apprécier leurs services comme il convient. Nous ne voulons point d'avance condamner cette transformation du conseil de surveillance avant d'en avoir constaté les résultats; aussi nous bornons-nous à souhaiter aux nouveaux conseillers de prendre pour guide les besoins des malades, les intérêts de la science, sans se laisser détourner de leur devoir par aucune préoccupation étrangère.

Peu de monde, séance peu chargée à la Société médicale des hôpitaux, le 17 avril : cela sent les vacances de Pâques. Les membres actifs sont-ils donc tous encore à Tunis ou aux jeux olympiques?

M. Potain rapporte un cas intéressant de **communication interventriculaire congénitale** du cœur parfaitement tolérée, dont il a fait le diagnostic chez une femme de cinquante-quatre ans. Elle était venue le consulter pour des accidents dyspeptiques. Jamais elle n'avait été malade, jamais elle n'avait eu à être soignée par un médecin et cela est heureux, dit l'éminent professeur, car il se fût sans doute empressé de lui conseiller le célibat et elle n'eût pas donné à la patrie les trois solides enfants dont elle est devenue mère.

A la vérité, le diagnostic ne repose que sur des signes cliniques : souffle intense, bruyant, de tonalité élevée, à maximum nettement situé à la partie interne du troisième espace intercostal gauche; pas d'augmentation du volume du cœur ou de l'aorte, battements du cœur parfaitement réguliers. Cependant M. Potain pense qu'une communication interventriculaire peut seule expliquer cet ensemble.

Ce fait amène M. A. Siredey à rapporter l'observation d'un malade de dix-neuf ans, dont il put faire l'autopsie. Il n'avait jamais eu aucun trouble circulatoire notable; il pouvait jouer et courir comme les enfants de son âge. Or on put constater *de visu* un rétrécissement marqué de l'artère pulmonaire, la persistance du trou de Botal et la communication interventriculaire par absence de la partie supérieure de la cloison, sur un espace semi-lunaire, grand comme un petit haricot.

On le voit, les vices congénitaux de conformation du cœur, même complexes, peuvent être bien tolérés et permettre une longue survie.

Une malade observée par H. Roger, atteinte de communication persistante des deux ventricules, avait pu, de même, vieillir assez pour devenir grand'mère.

Avec M. Huchard, c'est encore du cœur qu'il est question. Dans quatre cas, il a pu observer une modification particulière du pouls, à laquelle il donne le nom de **pouls anacrote**. Le doigt a la sensation d'une double pulsation. Au tracé sphygmographique, le sommet de l'onde est double, un premier crochet bien dessiné se montre avant que l'onde pulsatile ait atteint toute son ampleur.

Cela se produirait surtout dans le rétrécissement de l'aorte, mais pourrait aussi se rencontrer dans l'insuffisance aortique. C'est dans les modifications de la tension artérielle, beaucoup plus que dans une systole ventriculaire anormale, disent MM. Potain et Huchard, qu'il faut chercher la cause de ce phénomène.

Un argument en faveur de cette interprétation se trouve dans l'étude de Lorain sur le pouls. Ce dédoublement ascendant de l'onde pulsatile se voit dans des tracés sphygmographiques pris sur des femmes en couches, auxquelles on faisait la compression de l'aorte pour arrêter une grave hémorragie utérine.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Un cas de phlébite rhumatismale.

Par le docteur Paul Remlinger,

Médecin aide-major, attaché au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

L'association de ces deux termes, phlébite et rhumatisme, ne surprendra personne. Etudiée pour la première fois par Bouillaud, la « phlébite rhumatismale » est, en effet, classique. Il est même peu de phlébites sur lesquelles il ait été écrit davantage. Cependant presque toutes les observations publiées — y compris celles de Bouillaud — ne se rapportent pas à ce que nous entendons aujourd'hui par rhumatisme articulaire. Elles ont trait à des phlébites apparues au cours de ces « pseudo-rhumatismes infectieux », distraits depuis peu du rhumatisme dont ils diffèrent du tout au tout. La véritable phlébite rhumatismale, celle qui se produit au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, constitue une affection extrêmement rare. Schmitt qui, en 1884, soumit à un contrôle très sévère toutes les observations publiées jusqu'alors, ne trouva que dix-sept observations dans lesquelles les attaches de la phlébite avec le rhumatisme paraissaient indiscutables. L'année suivante, de ces dix-sept observations, M. Letulle en défalqua trois, dont l'étiologie rhumatismale lui paraissait encore manquer de netteté; en même temps, il apporta une nouvelle observation. En 1891, M. Giovarini publia un autre cas dans la *Riforma Medica*. Enfin, la thèse récente de M. Gatay a apporté deux observations inédites, dues, l'une à M. Sergent, l'autre à MM. Macaigne et Laurens. Ces deux observations portent à dix-huit le nombre total des observations de phlébite rhumatismale publiées jusqu'à ce jour.

Nous avons observé récemment, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. le médecin principal de première classe Richard, un cas très intéressant de phlébite survenue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Observation. — V... Elvire, trente-huit ans, garde républicain.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Rien à noter dans les antécédents personnels. V... a six ans de services et a toujours joui d'une excellente santé. Il n'a pas encore eu d'attaques de rhumatisme. Jamais de maladies vénériennes.

Le 31 décembre 1895, V... se trouvait de planton sous le péristyle de la Bourse. Il était exposé au froid et aux courants d'air. Au bout de quelques heures, il éprouva dans les quatre membres un malaise vague, une sorte de brisure. Il rapproche cette sensation de celle d'une fatigue extrême après une longue marche. Le lendemain, au réveil, il ressentit dans le genou gauche une douleur assez vive qu'il compare à celle de coups de bâton reçus sur les os. L'articulation n'était le siège d'aucun phénomène inflammatoire. Les jours suivants, les deux coudes, les deux poignets sont le siège de douleurs analogues. L'état général reste bon; il n'y a pas de fièvre. Mais le 6 janvier, les articulations du

genou droit, des poignets et des épaules se tuméfient ; à leur niveau, la peau est rouge et chaude au toucher. Les douleurs articulaires sont insupportables et rendent le sommeil impossible. La fièvre se déclare. Le malade entre à l'infirmerie où il est mis à la diète lactée, et où il prend du salicylate à la dose journalière de 6 grammes. Le rhumatisme quitte certaines jointures pour se porter sur d'autres. Le 13 janvier, le malade est envoyé à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, où il entre dans le service de M. le professeur Richard.

C'est un homme robuste, mais anémié. Le facies est pâle, les muqueuses décolorées. Il transpire abondamment et dégage l'odeur aigre, caractéristique du rhumatisme. Les douleurs articulaires sont très vives et empêchent le sommeil. La température atteint 39°4.

L'état des jointures est le suivant : le cou-de-pied droit est tuméfié ; à son niveau, la peau est chaude et présente une coloration rosée. Cette articulation est le siège de vives douleurs spontanées qui s'exagèrent par la pression et les mouvements. Le genou droit a présenté pendant plusieurs jours les mêmes phénomènes inflammatoires. Mais il n'est plus le siège que de quelques douleurs à l'occasion des mouvements. La hanche est indemne. Au membre inférieur gauche, les articulations du cou de pied et du genou présentent tous les caractères d'une inflammation rhumatismale aiguë ; le genou renferme une quantité notable de liquide. Aux membres supérieurs, les deux poignets présentent des caractères analogues ; les coudes sont libres ; les épaules sont uniquement le siège de quelques douleurs.

Le cœur est sain.

Il n'existe aucune manifestation rhumatismale sur les séreuses.

Anorexie. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Traitement. — Salicylate de soude, 6 grammes ; eau de Vichy ; enveloppement ouaté des articulations ; régime alimentaire, bouillon et lait.

15 janvier. Etat stationnaire. Température 39°2 le soir, 38°8 le matin.

16 janvier. Les douleurs sont un peu moins vives aux membres inférieurs.

Elles sont toujours aussi fortes aux poignets. Le malade se plaint d'une douleur toute spéciale dans le mollet gauche ; elle consiste en une vive sensation de brisure, de déchirure intérieure. Les mouvements spontanés augmentent cette douleur qui est exagérée de même, si on prend les muscles du mollet à la main et qu'on leur imprime un léger ballottement. La palpation ne révèle d'autre sensation qu'un peu de vigilance musculaire. Il n'y a pas d'œdème de la jambe, pas de veinosités superficielles. Ces douleurs sont attribuées à du rhumatisme musculaire. Température 39°2 le soir ; 38°6 le matin.

Traitement. — Enveloppement ouaté, légèrement compressif.

17 janvier. Le malade accuse, au niveau du pli du coude du côté droit, une douleur sourde, sur laquelle se greffent quelques lancées. Cette douleur est de tous points comparable à celle éprouvée dans les mollets. A l'inspection de la région, on trouve que les veines superficielles sont transformées sur une grande longueur en autant de cordons durs et résistants. Elles ont la grosseur d'une plume de corbeau et roulent sous le doigt au milieu du tissu cellulaire souscutané. Elles sont douloureuses à la palpation et celle-ci permet de sentir de loin en loin, le long des cordons veineux, de petits ressauts, manifestement liés à la présence de valvules. Les veines intéressées sont, à l'avant-bras, les veines cubitale et radiale ; au coude, les veines médiane céphalique et médiane basilique. Au bras, l'inflammation s'étend sur la veine basilique jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pli du coude. Les veines céphalique et humérale sont indemnes. Au niveau des veines enflammées, la peau ne présente aucune modification de coloration. Il n'y a pas d'œdème du membre, pas de veinosité superficielle anormale. Au mollet, le malade accuse toujours la même douleur. Cependant cette douleur remonte maintenant jusqu'au creux poplité. La palpation du creux poplité révèle sur la ligne médiane, à la place de la veine, un cordon dur du volume d'un crayon. Ce cordon se sent très nettement depuis l'anneau du soléaire, jusqu'à l'anneau des adducteurs. Il est très douloureux à la palpation. La veine saphène externe forme, depuis le creux poplité jusqu'au cou-de-pied, un cordon dur, mobile, douloureux au toucher. La saphène interne est libre. Les veines profondes ne peuvent être senties. Il y a quelques veinosités sous-cutanées. La peau ne présente aucune modification de coloration, ni au niveau de la veine poplitée, ni au niveau de la saphène externe. Il existe enfin un peu d'œdème malléolaire. Le diagnostic de phlébite rhumatismale s'impose. Température 38°6.

Traitement : immobilisation absolue ; enveloppement ouaté ; continuation du salicylate à la dose de 6 grammes.

18 janvier. Le malade se plaint beaucoup moins de ses articulations. Les cous-de-pied et les genoux sont libres. Seuls les poignets sont encore tuméfiés et douloureux. Au membre supérieur droit, on sent la veine basilique indurée jusqu'au niveau de l'espace delto-pectoral. Un œdème assez marqué s'étend sur tout le membre supérieur. Les mensurations donnent les résultats suivants :

	Côté droit.	Côté gauche.
Milieu du pli du coude	29^{cm}	25^{cm}
A 10^{cm} au-dessous du pli du coude .	27	26
A 10^{cm} au-dessus du pli du coude. .	29	27

La peau conserve sa coloration normale. La phlébite de la jambe gauche se présente avec les mêmes caractères que la veille. Température 38°6.

19 janvier. Le malade accuse des douleurs dans toute la cuisse gauche, spécialement au côté interne. La palpation révèle un cordon dur et résistant sur tout le trajet de la veine fémorale, depuis l'anneau des adducteurs jusqu'à la partie médiane du pli de l'aine. Le long de ce trajet, la douleur est particulièrement vive, mais il existe un endolorissement général de toute la cuisse. Le membre inférieur présente un œdème généralisé. Nous prenons les mensurations suivantes :

	Membre inférieur droit.	Membre inférieur gauche.
Au niveau de la plus grande saillie des mollets.	37^{cm}	41^{cm}
A 8^{cm} au-dessus de la pointe de la rotule.	40	46
A 30^{cm} au-dessus de la rotule.	51	61
Au niveau des malléoles. .	22	27

A la cuisse et à la partie supérieure de la jambe, la peau ne garde pas l'empreinte du doigt ; mais au niveau des malléoles et dans toute la moitié inférieure de la jambe, la pression détermine manifestement la formation de godets. Température 38°7.

20 janvier. État stationnaire. Température 38°6 et 39°2.

21 janvier. Toutes les articulations sont désormais libres. Elles ne présentent plus ni tuméfaction, ni douleur spontanée ou provoquée. Les douleurs dues à la phlébite sont moins fortes au membre supérieur droit. État stationnaire au membre inférieur gauche. Température 39°2 et 38°6.

22 janvier. Il n'existe presque plus de douleurs au membre supérieur droit. Les veines de l'avant-bras et la médiane céphalique sont redevenues à peu près normales comme consistance et comme volume. La médiane basilique et la

basilique forment encore des cordons durs qui roulent sous le doigt. A la cuisse, les douleurs sont plus vives le long de la veine fémorale. Il existe un peu de rougeur le long de son trajet. L'œdème a augmenté au membre inférieur; la pression du doigt provoque la formation de godets jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'articulation du genou. Température 38°8 et 39 degrés.

23 janvier. Apparition d'un torticolis rhumatismal. Les veines jugulaires sont absolument saines et la douleur est manifestement localisée dans le sterno-mastoïdien droit. Température 38°6 et 39 degrés.

24 janvier. Le malade accuse dans le mollet droit une sensation de déchirure, de rupture tout à fait comparable à celle qu'il a ressentie il y a huit jours dans le mollet gauche. On ne sent encore aucun cordon sur le trajet des veines saphène ou poplitée; il n'y a pas d'œdème du membre, pas de veinosités sous-cutanées. Température 38°6.

Les douleurs s'étendent à tout le membre inférieur droit. A la face interne de la jambe, tout le long de la veine saphène, on sent un cordon dur. De même la veine poplitée est indurée sur toute sa longueur, depuis l'anneau du soléaire, jusqu'à l'anneau des adducteurs. Les veines profondes de la jambe ne sont pas perçues. Il n'y a pas d'œdème malléolaire; il n'y a aucune modification dans la coloration de la peau le long des veines enflammées. On note le développement de quelques veinosités superficielles. Température 38°6.

26 janvier. La veine fémorale est indurée sur tout son parcours. Au pli de l'aine, la douleur est plus vive. C'est la répétition exacte, à huit jours d'intervalle, des phénomènes qui se sont passés au membre inférieur gauche. Le membre inférieur droit présente maintenant un œdème assez intense, comme le prouvent les mensurations suivantes, qu'on peut rapprocher de celles prises il y a huit jours sur le membre sain :

	Membre inférieur droit.
Au niveau de la plus grande saillie des mollets.	40cm
A 8cm au-dessus de la pointe de la rotule.	43
A 30cm au-dessus de la pointe de la rotule	54
Au niveau des malléoles.	26

27 janvier. Les douleurs sont beaucoup moins fortes au membre inférieur gauche. La phlébite paraît tendre à la résolution. Disparition du torticolis musculaire. Température 38°2.

28 janvier. État stationnaire. Température 38°2.

29 janvier. Au membre supérieur droit, la médiane basilique forme toujours un cordon dur, roulant sous le doigt; mais elle n'est plus douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Les autres veines sont redevenues normales. Toute trace d'œdème a disparu et la *restitutio ad integrum* serait absolue, n'était cette veine médiane basilique qui paraît en voie de transformation fibreuse. Au membre inférieur gauche, l'œdème a diminué considérablement, ainsi qu'en témoignent les mensurations.

	Membre inférieur gauche.
Au niveau des malléoles.	24cm
Au niveau de la plus grande saillie des mollets	37
A 8cm au-dessus de la pointe de la rotule.	42
A 30cm au-dessus de la pointe de la rotule.	53

Les douleurs ont disparu dans tout le membre inférieur gauche. La veine fémorale est redevenue tout à fait normale. Les veines poplitée et saphène externe sont encore enflammées. On constate toujours à la jambe quelques veinosités superficielles. Au membre inférieur droit, les douleurs continuent à être très vives. L'œdème du membre, l'inflammation des veines fémorale, poplitée et saphène externe, les veinosités sous-cutanées persistent avec les mêmes caractères. Température 38°4.

30 janvier. La veine poplitée gauche est redevenue saine. La saphène externe présente encore un peu d'induration. Il n'y a presque plus d'œdème. Au membre inférieur droit, on note la disparition des douleurs, une diminution de l'œdème et une résolution complète de la phlébite fémorale. Les veines poplitée et saphène externe sont encore enflammées à droite, température 38°2.

31 janvier. État stationnaire; température 38°4 et 38°2.

1er février. Le membre inférieur gauche n'est plus le siège d'aucun phénomène morbide; il n'y a plus ni œdème, ni douleurs, ni empâtement au niveau des vaisseaux. Toutefois on note encore à la jambe quelques veinosités sous-cutanées. A droite, les veines poplitée et saphène externe sont tout à fait dégagées. Il y a encore un peu d'œdème et quelques veinosités au niveau des mollets. Température 38 et 37°6.

3 février. Aux membres inférieurs, la phlébite peut être considérée comme guérie; au membre supérieur droit, la veine médiane basilique est transformée en un petit cordon très dur, glissant sous le doigt, comme fibreux. Il ne semble pas que ce vaisseau puisse jamais redevenir perméable. Température 37°2.

15 février. Le malade est, pour la première fois, autorisé à faire quelques pas dans la salle.

16 février. Le malade est resté levé pendant une heure environ. Sous l'influence de la station debout, les veinosités sous-cutanées des deux jambes sont devenues plus apparentes et un peu d'œdème malléolaire est apparu. M. le professeur Richard fait appliquer à nouveau, aux deux jambes, un pansement ouaté légèrement compressif et il conseille au malade de ne reprendre la marche que peu à peu.

Un mois plus tard, le malade quitte l'hôpital entièrement rétabli, avec un congé de convalescence de deux mois. Il persiste cependant aux deux jambes une tendance aux varices, pour lesquelles un appareil prothétique est ordonné.

La phlébite rhumatismale a fait l'objet, de la part de M. Gatay, d'une excellente étude d'ensemble. Aussi n'avons-nous nullement l'intention de passer ici en revue la symptomatologie, l'étiologie, l'anatomie pathologique de cette affection. Nous désirons signaler simplement quelques particularités cliniques présentées par notre malade. La douleur a toujours précédé d'un ou de deux jours l'oblitération du vaisseau; aussi pouvait-on prédire d'avance quel vaisseau allait être atteint par la phlébite. C'est un fait déjà signalé dans une observation de Trousseau et de Peter. Cette douleur a toujours été modérée. Sa violence n'est donc pas, comme l'a dit Vicajii (thèse de Paris 1880), un caractère propre à la phlébite rhumatismale. Les veines superficielles et profondes ont été également intéressées. Comme dans quelques observations de Schmitt, l'induration de la paroi vasculaire a toujours débuté par l'extrémité du membre pour gagner ensuite sa racine. La phlébite a suivi, au contraire, dans sa résolution, une marche inverse. La faible intensité de l'œdème, la disparition rapide de tous les symptômes inflammatoires prouvent que l'oblitération veineuse n'a pas été complète; il est vraisemblable d'admettre qu'il y a eu simplement un peu de périphlébite et de thrombose pariétale, insuffisantes à obstruer la lumière du vaisseau. Cette phlébite s'est accompagnée d'une fièvre très modérée et son évolution n'a été marquée par aucun trouble

dans le sang. S'il était prouvé en effet que l'anémie pernicieuse se développe sous l'influence d'un parasite spécifique, il faudrait sans aucun doute la considérer comme une maladie particulière, demandant des indications thérapeutiques spéciales; mais rien n'est moins démontré et les auteurs qui affirment cette nature parasitaire décrivent chacun un parasite différent. Bernheim a décrit un parasite en bâtonnet (1), Frankenhauser un microbe en forme de spermatozoïde (2), Henrot des grains arrondis (3), Aufrecht des spirilles. Mais M. Hayem a montré que les déformations des globules rouges pouvaient être assez accentuées pour transformer ceux-ci en *pseudo-parasites* (4). Ce sont les éléments ainsi transformés qui ont motivé les descriptions erronées ci-dessus rapportées.

Enfin on a signalé la fréquence des pétéchies cutanées, gingivales et vulvaires, des hématémèses, des épistaxis, du mélœna. Mais ces complications s'observent aussi dans l'anémie simple quand elle atteint le 3e degré ; on ne peut donc en faire un élément de diagnostic.

En résumé, l'anémie pernicieuse des femmes enceintes ne diffère de l'anémie vulgaire que par la gravité spéciale qu'elle doit à l'état de grossesse. C'est en partant de ce principe qu'il faut instituer le traitement.

Le traitement de l'anémie des femmes enceintes sera le même qui réussit si bien dans la chloro-anémie des jeunes filles et des jeunes garçons. La base de ce traitement est l'*iodure de fer* à haute dose, combiné à un traitement hygiénique bien compris. Sous l'influence de l'iodure de fer, l'appétit, toujours compromis très fortement dans ces formes graves, revient peu à peu, ce qui permet bientôt de donner à la malade la nourriture substantielle nécessaire à la réparation de ses forces et à la rénovation de ses globules. Chaque repas débutera par l'administration de deux à quatre *dragées d'iodure de fer de Gille*, ou si l'on préfère d'une ou deux cuillerées à bouche de *sirop d'iodure de fer de Gille*, et comprendra par exemple un consommé additionné de deux jaunes d'œuf crus et délayés dans le bouillon, 200 grammes de viande rôtie très saignante, un peu de purée de légumes ou de crème aux œufs et au lait. A mesure de l'amélioration produite par l'iodure de fer, l'appétit revenant permettra d'augmenter les quantités de viande ingérées à chaque repas, et il faudra parallèlement augmenter la quantité d'iodure de fer absorbé, puisque le fer et les albuminoïdes de la viande contribuent également à la rénovation de l'hémoglobine des globules, l'hémoglobine n'étant en réalité qu'un albuminoïdate de fer. Ce traitement, simple mais efficace, procure la guérison même dans des cas qui paraissent désespérés. C'est faute d'avoir employé un traitement convenable, qu'on a pu dire que l'anémie pernicieuse était fatalement mortelle, proposition aujourd'hui démontrée absolument inexacte (5).

Il n'en est pas moins vrai qu'arrivée à un degré avancé, l'anémie des femmes enceintes reste une affection très grave, dont l'interruption même de la grossesse n'enraye pas toujours la marche rapide. Il importe donc de commencer le traitement d'une façon précoce. Tout symptôme d'anémie chez une femme enceinte doit donner l'éveil. La pâleur, la fatigue qui accompagnent souvent le début de la grossesse, surtout chez les primipares, sont rapidement améliorées par le traitement ferrugineux ; si, au contraire, on néglige de les soigner, elles peuvent rapidement conduire à l'état grave, décrit sous le nom d'anémie pernicieuse. Nous avons pris comme précepte de prescrire l'iodure de fer à toute femme enceinte se plaignant de fatigues, de perte des forces et de l'appétit, de céphalalgies. Nous donnons l'iodure de fer de Gille, qui est la meilleure préparation, car le fer s'y trouve sous la forme la plus assimilable (1). Non seulement sous l'influence de cette médication l'état de la femme s'améliore, mais encore les troubles divers qui accompagnent ordinairement la grossesse disparaissent (2). Nous avons vu des multipares, que leurs grossesses précédentes affaiblissaient notablement, faire sans trouble de nouvelles grossesses, parce qu'elles avaient eu soin de prendre régulièrement des dragées d'iodure de fer.

Les enfants nés de femmes soumises à cette manière de faire naissent plus gros et plus vigoureux que la normale. Nous avons vu des femmes, dont les grossesses antérieures avaient été toutes interrompues par des fausses couches précoces, mener à bien la grossesse suivante, parce que nous leur avions prescrit, dès le début, l'usage de l'iodure de fer. Ce médicament doit donc être prescrit *larga manu* aux femmes enceintes.

(1) Bernheim. *Rev. méd. de l'Est*, 1879, p. 847.
(2) Frankenhauser. *Centralbl. f. d. Med. Wissens.*, 1883.
(3) Henrot. C. R. de l'Assoc. pour l'avanc. des sc., session de 1886.
(4) Hayem. *Le sang.*
[illegible]uzet. Un cas d'anémie dite pernicieuse; guérison, *France méd.*,

(1) Voir, sur le sirop et les dragées de proto-iodure de fer de Gille, les articles du *Dict. en 30 vol.* (*Dict. Jaccoud*) : Barattier, art. Iode, t. XIX. p. 382; Hirtz, art Fer, t. XIV, p. 589.
(2) M. Andral a constaté que durant les premiers mois de la grossesse les globules du sang diminuent chez presque toutes les femmes (*Hématologie*, p. 105).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. L.-G. Richelot dit que la trachéotomie, chez l'adulte, est une opération souvent pleine de périls. Trousseau l'avait reconnu, et le souci d'un bon nombre de chirurgiens a été de se prémunir contre ces périls, avant tout contre l'hémorragie. Decès (de Reims) préconisa la trachéotomie sous-cricoïdienne; Nélaton réséqua une portion du cricoïde pour placer la canule encore plus loin des gros vaisseaux; d'autres cherchèrent à arrêter le sang par le galvano ou le thermocautère ; enfin, Krishaber, en 1878, fut amené par le hasard à placer la canule entre les deux cartilages du larynx. Vicq d'Azyr avait déjà eu l'idée de cette opération; mais c'est en 1878 que la chirurgie fut réellement dotée de cette précieuse ressource.

La Société de chirurgie s'est prononcée à diverses reprises en faveur de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, substituée à la trachéotomie chez l'adulte. Il semble donc qu'elle eût dû être adoptée d'une façon générale. Or, il n'en est rien; c'est toujours de la trachéotomie qu'on parle, c'est elle qu'on pratique à tous les âges. M. Richelot trouve donc utile de revenir sur cette question, et de répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, que la trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse, aléatoire, et que presque toujours la laryngotomie doit lui être préférée.

Seulement, pour la comprendre et la bien faire, il faut oublier les descriptions des auteurs. Aucun organe, aucun vaisseau n'est à craindre ; inutile de placer des écarteurs, de disséquer couche par couche, de regarder ce qu'on fait. Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber; aucune installation du malade. Mettez l'ongle de l'index gauche au bord inférieur du thyroïde, sur la ligne médiane ; soulevez-le pour agrandir l'espace entre les cartilages, ou, ce qui revient au même, défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque ; inci-

sion de 1 centimètre, un coup de pointe à la membrane, et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini.

Une canule de 9 à 10 millimètres, qui va toujours bien dans l'espace membraneux, suffit largement à la respiration. L'orateur l'a vue fonctionner pendant de longs mois et l'a toujours vue facilement tolérée, même chez les tuberculeux et les cancéreux, dont les cartilages sont ramollis, fracturés.

Ce qui manque à beaucoup de chirurgiens, c'est d'avoir vu faire l'opération comme elle doit être faite, et d'oser la faire simplement. Presque toujours elle est facile et à la portée de tous; et si parfois la situation est plus délicate, c'est pour faire ressortir encore mieux ses avantages. En voici un exemple :

M. Richelot dut faire cette opération d'urgence, le 5 août 1891, chez un sculpteur renommé, qui mourait d'un cancer du larynx. Il avait un cou gros et court, au milieu duquel on ne distinguait rien, ni larynx, ni trachée. Le larynx plongeait dans la poitrine à chaque inspiration, et pendant l'expiration apparaissait seulement au-dessus du sternum; la trachée, à plus forte raison, n'était accessible à aucun moment. Le seul point de repère qu'il pût saisir au passage fut la saillie du cricoïde. Il fit une courte incision au-dessus d'elle pendant un mouvement ascensionnel du larynx; au mouvement suivant, il piqua la membrane cricot-hyroïdienne au vol pour ainsi dire; et, dans un troisième, enfonça la canule qui fonctionna normalement.

Il ne peut dire que cette opération ait été facile. Néanmoins, elle ne lui a demandé qu'un peu de sang-froid et de précision; comme toujours, la région à traverser était simple, sans organes dangereux. Au contraire, la trachée se dérobait absolument derrière le sternum et les grosses veines; un chirurgien ne sachant pas ouvrir le larynx aurait dû se retirer sans rien faire. Donc, s'il y a des cas où la laryngotomie n'offre pas toute la facilité qui est son mérite ordinaire, dans ces cas-là elle est seule possible, et par suite elle conserve toute sa supériorité.

M. Richelot termine en répétant ce qu'il a dit ailleurs : « Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence. » C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention, et qu'il lui paraît utile de remettre en lumière.

Note sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine. — M. DE RANSE, à l'exemple de la généralité des auteurs contemporains, considère l'angine de poitrine non comme une maladie, mais comme un syndrome lié à divers états pathologiques.

La forme à laquelle il convient de conserver le nom d'angine vraie et qui, au point de vue des symptômes, sert de type à toutes les autres, est caractérisée anatomiquement par des altérations organiques du cœur et des gros vaisseaux; son pronostic est des plus graves.

Les autres formes, fausses angines ou pseudo-angines, procèdent de causes multiples et sont symptomatiques d'états morbides variés; leur pronostic est bénin.

La distinction entre l'angine vraie et les fausses angines de poitrine, justifiée par la clinique, a une importance de premier ordre au point de vue du traitement hydrominéral. Dans le premier cas, ce traitement, dont l'application peut ne pas être sans inconvénient, n'a qu'une action palliative; il est fréquemment curatif pour les fausses angines.

Les auteurs, qui se sont occupés du traitement hydrominéral des angines de poitrine, ont indiqué avant toutes les autres, sinon exclusivement, les eaux de Néris. Cela s'explique, d'un côté, par le rôle capital que joue le système nerveux dans toutes les fausses angines, d'un autre côté, par les propriétés sédatives des eaux de Néris.

M. de Ranse, durant une pratique de plus de vingt années dans cette station, a eu à traiter 65 cas d'angine de poitrine, dont 2 cas d'angine vraie et 63 cas de fausses angines.

Dans les deux cas d'angine vraie, une amélioration sensible, mais de courte durée, a été obtenue. Les malades sont morts subitement dans un accès : l'un quelques mois après une première cure, l'autre deux ans environ après la seconde.

Les 63 cas de pseudo-angines comprennent 36 cas d'origine nerveuse ou névropathique, 6 cas d'origine réflexe, 16 cas d'origine neuro-arthritique ou simplement arthritique, 5 cas d'origine infectieuse (paludisme) ou toxique (nicotisme). Dans tous ces cas, le résultat de la cure thermale a été d'autant plus satisfaisant que celle-ci convenait à la fois au syndrome angineux et à l'état morbide dont il était symptomatique (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow, tabes, gastralgie, névralgies thoraco-brachiales, névrome du moignon du bras gauche). La guérison, dans certains cas, a été obtenue après une seule saison; dans d'autres, elle a nécessité deux, trois et même quatre cures successives. Dans les cas les moins heureux, il y a eu toujours une amélioration sensible.

Cette amélioration constante contribue puissamment à rassurer les malades, à dissiper l'appréhension dans laquelle ils vivent continuellement, à leur rendre ainsi le repos moral, à remonter leur courage. C'est là encore, dans l'espèce, un résultat bien précieux.

Le traitement consiste essentiellement dans des bains tempérés, d'abord très courts, dont on augmente graduellement, mais lentement, la durée. On y joint parfois, dans certains états névropathiques qui tiennent sous leur dépendance les accès angineux, des douches chaudes, tempérées ou écossaises, toujours à faible pression.

Le réveil des accès, qui se produit généralement sous l'influence des premiers bains et durant la période d'excitation thermale, ne doit pas inquiéter les malades, mais exige, de leur part, certaines précautions, de la part du médecin, une surveillance des plus attentives.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours d'accoucheurs des hôpitaux est provisoirement constitué de la manière suivante :

MM. Tarnier, Doléris, Porak, Bouilly, Lannelongue, Budin et Muzelier.

Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavanne, Demelin, Dubrisay, Potocki, Tissier et Wallich.

— M. le docteur Zaleski est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque publique d'Alais.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ramakers, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Alger; et de M. Cazeau, interne à l'hôpital civil d'Alger.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 49. — SAMEDI 25 AVRIL 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1896. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. —

Par arrêté ministériel, en date du 21 avril 1896, les médailles suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. le docteur Gauthier (de Luxeuil).

Médaille de bronze. — Sœur Pezeux, supérieure de l'hospice de Luxeuil.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le vendredi 22 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 25 avril 1896, et sera clos définitivement le vendredi 8 mai, à trois heures.

— *Enseignement élémentaire de la gynécologie et des maladies vénériennes.* — MM. les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de la Maison de Saint-Lazare feront deux fois par an une série de leçons élémentaires sur la gynécologie, la vénéréologie et la syphiligraphie. Chacune des trois parties du cours comprendra six leçons; les leçons auront lieu trois fois par semaine : le cours entier durera donc un mois et demi. Le cours d'hiver sera fait par MM. Le Blond, Verchère, Jullien et Ozenne ; le cours d'été par MM. les docteurs Chéron, Le Pileur, Barthélemy et Feulard. La date exacte d'ouverture de ces cours sera annoncée ultérieurement.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(3e SESSION, NANCY 1896)

Règlement général.

1. Le Congrès français de médecine se compose de tous les médecins adhérents, acceptés par le Bureau, quelle que soit leur nationalité, mais la langue française est la seule langue du Congrès.

2. La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs.

3. Le Congrès se réunit chaque année, pendant une période de vacances, dans un centre universitaire désigné par le Congrès précédent.

4. Les travaux du Congrès comportent :

D'une part, la discussion de trois questions mises à l'ordre du jour et faisant l'objet de rapports préalables;

D'autre part, les communications personnelles de ses membres.

5. Les rapports sur les questions proposées devront être remis un mois à l'avance, de manière à être imprimés et distribués par les soins du Bureau. La discussion suivra immédiatement la présentation des rapports.

6. Les communications personnelles devront être inscrites à l'avance dans un délai indiqué, et acceptées par le Bureau. Elles sont limitées à deux pour chaque membre du Congrès et ne pourront être lues que par l'auteur, sauf autorisation de l'assemblée.

7. Un ordre du jour des séances sera établi et envoyé aux adhérents par les soins du Bureau. Les communications personnelles seront groupées à l'ordre du jour suivant la similitude de leurs objets; s'il en est besoin, plusieurs séances pourront avoir lieu parallèlement dans des locaux voisins.

8. La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser dix minutes; les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser cinq minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées, et, dans ce cas, le temps accordé sera de dix minutes.

9. Le texte des communications ou des observations présentées au cours des discussions devra être remis aux secrétaires à la fin de la séance.

10. Les travaux du Congrès seront publiés en volume, *in extenso* ou par analyses, suivant les ressources disponibles.

11. Chaque session est organisée et dirigée par un Bureau nommé par le Congrès précédent, composé d'un président, deux vice-présidents, un secrétaire général et un trésorier.

Le Bureau a le droit de se compléter par l'adjonction de membres supplémentaires en tel nombre qu'il le juge utile.

12. Le Bureau de chaque session possède tous les pouvoirs nécessaires à l'organisation du Congrès et à la publication de ses travaux.

13. Le Congrès est représenté par un Comité permanent, constitué par le Bureau en fonctions, le Bureau du Congrès précédent, les présidents et secrétaires généraux de tous les Congrès antérieurs. Ce Comité est spécialement chargé, dans l'intervalle des sessions, de combler par l'élection les vacances qui pourraient survenir parmi les membres du Bureau, et, pendant les sessions, de proposer au Congrès les questions à rapporter.

14. S'il y a lieu, exceptionnellement, de consulter les adhérents par un referendum, celui-ci ne s'adressera qu'aux adhérents communs des derniers Congrès.

REVUE GÉNÉRALE

L'obsession en pathologie mentale.

Par A. ROUILLARD,
Ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin de l'asile de Villejuif,

et M. ISCOVESCO,
Interne des asiles de la Seine, lauréat de la Société médico-psychologique.

Dans son remarquable rapport sur l'obsession criminelle morbide, au Congrès d'anthropologie de Bruxelles, Magnan (1) définit l'obsession : « Un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit, mais en dehors de la volonté, sans malaise à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique. »

Cette définition de l'éminent maître de la psychiâtrie contemporaine comprend tous les éléments qui entrent dans la constitution de ce trouble mental : irruption pour ainsi dire dans le moi, conscience de la violence subie, état de souffrance ou angoisse consécutive, tous ces caractères de l'obsession s'y trouvent clairement indiqués.

Ce trouble mental exigerait pour son éclosion la déséquilibration mentale et constituerait un des signes de la folie des dégénérés héréditaires; en un mot, l'obsession serait fonction de dégénérescence (2).

I

HISTORIQUE. — Le premier travail d'ensemble sur les obsessions est dû à Westphal. Dans un mémoire (3) datant de 1877, il décrit, en effet, sous ce nom (Zwangsvorstellung) un trouble mental qu'on voit, dit-il, rarement dans les asiles. Il croit les reconnaître dans certains cas d'Esquirol et il n'ignore pas les travaux de Falret et de Legrand du Saulle.

L'obsession est pour lui une idée qui apparaît sur le seuil de la conscience, à l'encontre de la volonté, et qui est reconnue normale par l'intelligence. Son contenu est quelquefois indifférent, quelquefois obscène. Le malade est généralement instruit, intelligent; il vaque à ses affaires sans que personne puisse remarquer son angoisse. Il évite d'ailleurs les confidences de crainte de passer pour fou, jusqu'au jour où il se décide à consulter un médecin.

L'idée obsédante est quelquefois unique, quelquefois elle disparaît pour être remplacée par une autre, d'autres fois elle est multiple.

Il croit que ces idées obsédantes ne dégénèrent jamais en idées délirantes et insiste sur ce fait qu'elles ne sont pas causées par un état sensitif ou émotif. Si l'on analyse, en effet, tous les cas, dit-il, on s'aperçoit que l'angoisse est secondaire et provoquée par l'idée obsédante.

Ces obsessions peuvent s'accompagner d'actes impulsifs; leur début est généralement subit. Elles sont tantôt étrangères au cours habituel des idées, tantôt causées par une forte impression que ressent le malade.

L'idée obsédante du mélancolique doit être distinguée, dit-il, de l'obsession, à cause de l'apparence de réalité qu'elle prend dès le début; l'idée obsédante pourrait être aussi considérée comme une idée délirante avortée.

(1) MAGNAN. *Recherches sur les centres nerveux.*
(2) MATHIEU. *Neurasthénie.*
(3) WESTPHAL. Ueber Zwangsvorstellungen, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877.

Les récidives sont possibles. Ces troubles se voient surtout dans les familles prédisposées aux psychoses et aux névroses.

Il trouve enfin que, généralement, le séjour dans les asiles est désastreux pour ces malades.

Pour Sander, les idées obsédantes n'aboutissent pas au délire systématisé.

Jastrowicz admet la possibilité de leur existence dans toute espèce de psychose.

Meynert (1) se range à l'avis de Westphal et voit dans les obsessions une « abortive Verrücktheit ».

Schafer (2) leur reconnaît plutôt une parenté avec la mélancolie.

Wille (3) admet la définition de Westphal, mais il croit que les obsessions peuvent se trouver non seulement lorsque l'intelligence n'est pas atteinte, mais aussi dans toute maladie mentale aiguë ou chronique. Elles peuvent aboutir à la mélancolie. Quoi qu'il en soit, il ne s'oppose pas à ce qu'on les décrive dans la folie héréditaire.

Emnunghaus (4) les distingue des idées délirantes, il constate leur fréquence chez les psychopathes et pense qu'elles peuvent provoquer une mélancolie secondaire.

Kræpelin (5) place les obsessions dans les états neurasthéniques; leur débouché est la mélancolie ou la Verrücktheit.

Schuele (6) les décrit comme une forme de la folie héréditaire.

Ziehen (7), tout en admettant la folie héréditaire pour cause d'un certain nombre d'obsessions, les trouve aussi dans la mélancolie et la neurasthénie.

Pour Wernicke (8), un certain nombre d'obsessions, comme par exemple celles des persécutés persécuteurs, pourraient être distraites de ce trouble mental et constituer un groupe indépendant qu'il propose d'appeler : l'autopsychose circonscrite.

Friedenreich (9) pense que les obsessions sont contenues dans les limites des psychoses proprement dites et des maladies nerveuses fonctionnelles. Il décrit six variétés, parmi lesquelles on trouve la maladie du doute, le délire émotif de Morel, les tics et l'hypocondrie morale de Falret.

Il considère l'obsession comme une manifestation de l'éréthisme nerveux et trouve une prédisposition héréditaire dans les deux tiers des cas.

Il note des rémissions et des exacerbations et conclut à l'irresponsabilité pendant ces dernières.

Cramer (10), qui admet des voies spéciales de conduction des sensations musculaires, explique les obsessions par des hallucinations dans une partie de ces voies; il prétend aussi que les idées délirantes ne sont autre chose que des idées

(1) MEYNERT. In *Psychol. Centralbl.*, 1877.
(2) SCHAFER. *Idem*, 1880.
(3) WILLE. *Arch. f. Psychiatrie*, 1880.
(4) EMNUNGHAUS. *Handb. d. Psychiatrie*, 1878.
(5) KRÆPELIN. *Idem.*
(6) SCHUELE. *Idem.*
(7) ZIEHEN. *Psychiatrie*, 1878.
(8) WERNICKE. Zur Lehre von der uberwerthigen Ideen, *Deuts. Med. Wochens.*, 1892.
(9) FRIEDENREICH. *Tvangstankesygdommen*, Copenhague 1887.
(10) CRAMER. *Die Hallucinationen in Muskelsinn*, 1888.

obsédantes, dont le malade ne reconnaît pas le caractère anormal.

Il avait été précédé dans cette interprétation par Tuczek (1). Cet auteur avait remarqué que les premières idées délirantes du début de la paranoia (délire systématisé) ne sont pas acceptées par le malade au commencement de la même façon qu'à la période confirmée. Ces idées frappent, en effet, le moi par leur nouveauté et leur contenu n'est pas assimilé d'une façon durable. Il y aurait ainsi, au début, encore un peu d'examen et de contrôle de la part du malade, mais sa durée est bornée et ce contrôle s'efface et disparaît à mesure que l'affection progresse.

On pourrait donc, avec Tuczek, voir des obsessions dans les idées délirantes encore hésitantes. Krafft-Ebing (2) pense que les obsessions qui apparaissent subitement dans la conscience ne peuvent être expliquées par le mécanisme habituel de l'association des idées et qu'elles doivent être causées par des excitations physiologiques agissant dans le domaine psychique. Les obsessions ressemblent aux délires primordiaux; on pourrait les comparer à ces motifs musicaux, par exemple, complètement étrangers à notre pensée, qui apparaissent subitement et qui ne font que la distraire et la troubler, exigeant un effort de la volonté pour disparaître. Leur origine doit probablement être cherchée dans l'excitation physiologique de certains centres d'idéation et la preuve qu'elles ne sont pas le résultat psychologique de l'association des idées se trouve dans ce que leur contenu a d'étrange et de troublant, ainsi que dans leur force de résistance à l'énergie de l'association.

Dans beaucoup de cas, la cause qui a provoqué l'obsession est obscure; dans certains autres, elle relève de sensations organiques ou de névralgies. Elles ne doivent pas être confondues avec les idées délirantes où le moi n'a pas conscience du caractère maladif de ces idées.

Il signale les obsessions dans la période dépressive de la dégénérescence psychique; mais il l'étudie surtout à l'occasion de la neurasthénie.

Il distingue deux groupes dans les psychoses neurasthéniques : le groupe psychonévrotique et le groupe dégénératif. Les obsessions du premier groupe ont un caractère accidentel qui contraste avec le caractère durable de celles qu'on trouve dans le second.

Grashey (3) commence par remarquer que, contrairement à ce qui est généralement admis, il y a des cas où certaines idées, même à l'état normal, échappent à la volonté. Ainsi, malgré toute sa volonté, un condamné à mort, par exemple, ne pourra chasser, dans le jour qui précède son exécution, la pensée de la mort. Toute représentation intellectuelle s'accompagne d'une sensation ou sentiment (Gefulhlbetonnung) et tout événement important n'est pas seulement perçu par l'esprit comme tel; il y a, en même temps, un sentiment qui l'accompagne et c'est de la durée de ce sentiment que dépend la durée de l'idée dans la conscience.

Le contenu des obsessions sera variable, selon les individus, mais une variété identique pourra se rencontrer chez plusieurs individus, parce que les représentations ou idées originaires peuvent dater d'une époque où la plupart avaient les mêmes. Ainsi, par exemple, dans la folie du doute, dont les interrogations font partie, on peut dire que, pendant l'enfance (qui ne connaît, en effet, la manie des questions des enfants), grande est la majorité de ceux qui pourraient être considérés comme atteints. Si donc, par suite d'un trouble maladif quelconque, les sentiments ayant accompagné les actes intellectuels qui ont mis fin à cette obsession d'interroger disparaissent, l'adulte sera repris, malgré tous ses efforts, de ce nouveau besoin de questionner. Quand ce besoin devient très prononcé et qu'il s'y mêle des scrupules, on se trouve devant une idée délirante.

Pour Grashey, il faut aussi distraire des obsessions, dont on n'a pas assez limité le domaine, certaines phobies, car il ne s'agirait pas là d'idées dont le malade ne peut se défendre, mais d'états d'angoisse provoqués par des impressions extérieures véritables.

Enfin, dernièrement, Freud (1) a repris l'étude du mécanisme psychique des obsessions. Il refuse de les rattacher à la neurasthénie ou à la dégénérescence et il en fait une névrose spéciale.

Il distingue l'obsession de la phobie, en faisant remarquer qu'alors que, dans la dernière, l'état émotif est toujours l'angoisse, dans l'obsession proprement dite, cet état peut être constitué par le doute, le remords, la colère. Les obsessions sont multiples et plus spécialisées, les phobies plutôt monotones et typiques.

L'état émotif est toujours justifié et l'obsession devient pathologique quand l'état émotif s'éternise et quand l'idée associée n'est plus l'idée juste, l'idée originale en rapport avec l'étiologie de l'obsession, mais une substitution. La raison de cette substitution se trouverait dans une certaine disposition psychique; on pourrait l'envisager comme un acte de défense du moi contre l'idée inconciliable. La substitution manque dans les phobies, l'état angoissant qui en est le fond ne serait que le symptôme principal d'une névrose spéciale, la névrose anxieuse. Cette névrose serait toujours d'origine sexuelle.

En Italie, Buccola (2), auquel on doit une monographie excellente, pense que les obsessions sont causées par des associations d'idées irrégulières, provoquées par le fonctionnement anormal d'un petit nombre de groupes cellulaires. Ces groupes ne peuvent étendre leur action. Leur énergie, augmentée du fait de cette limitation, paralyse l'action simultanée des autres groupes corticaux.

L'état obsédant se réduirait ainsi à des arrêts d'association intra-corticaux.

Tamburini (3), en étudiant la maladie du doute, ne voit, dans tous les cas, qu'un processus d'idéation anormal, isolé, n'utilisant qu'un nombre d'idées restreint et lié à une faiblesse de la volonté, insignifiante dans les cas légers, considérable dans les cas graves. L'obsession se verrait surtout chez les dégénérés psychiques et elle serait l'expression la plus élémentaire de la dégénérescence mentale.

Verga (4) voit dans les obsessions les signes d'une grave neurasthénie, pouvant se développer chez un sujet normal comme chez un dégénéré.

Morselli admet une division qui rappelle celle de Krafft-Ebing.

De Sarlo trouve que l'on a trop méconnu l'activité psychique inconsciente. Cette activité se déploierait surtout

(1) Tuczek. In *Allgem. Zeits. f. psych.*, 1883.
(2) Krafft-Ebing. *Handb. d. Psych.*, 1888.
(3) Grashey. In *Allgem. Zeits. f. Psych.*, 1894.

(1) Freud. In *Rev. neurol.*, 1895.
(2) Buccola. Le idee fisse, in *Riv. sper. di fren.*, 1880.
(3) Tamburini. Sulla pazzia del dubbio, *Ibid.*
(4) Verga. In *Manicom. mod.*, IV, 3.

dans les formes dégénératives et c'est d'elle que relèverait l'obsession.

La description de la manie sans délire remonte en France à Pinel (1). Dans son *Traité de l'aliénation mentale*, il décrit sous ce nom une variété de manie, sans lésion de l'intelligence, et cite trois observations à l'appui. Dans une d'elles, il s'agit d'un malade qui, pris d'un accès de fureur, en avertit à l'instant sa femme qu'il chérissait et n'eut que le temps de lui crier de prendre vite la fuite pour se soustraire à une mort violente. Esquirol (2) décrit, sous le nom de monomanies, les diverses obsessions. La doctrine des monomanies et d'une lésion isolée de l'intelligence dans la folie, défendue par Marc, Georget et la plupart des élèves d'Esquirol, trouva un adversaire dans J. Falret (3).

Guislain (4) et Trélat (5) sont aussi les partisans des monomanies. Le premier décrit, dans la mélancolie sans délire, l'aboulie et la nostalgie et, dans la manie, les impulsions au vol, à l'homicide, au feu; le travail du second contient un grand nombre de cas intéressants.

Mais c'est à Morel et à Magnan que revient le mérite d'une étude vraiment scientifique des obsessions, quant à leur étiologie et à la place qu'il faut leur assigner en aliénation mentale.

Pour Morel, c'est dans la folie des héréditaires qu'on trouve les candidats les plus nombreux à la manie raisonnante, la folie sans délire, les monomanies des auteurs. Ces candidats offrent à un haut degré la disposition pathologique à subir des alternatives de dépression et d'excitation, et c'est dans ces périodes qu'ils sont obsédés par ce qu'ils appellent leurs idées fixes. C'est ainsi que les uns n'osent pas toucher la monnaie de peur de contracter des maladies inconnues, que les autres seront obsédés par l'idée de tuer ceux qui les approchent ou par celle de collectionner les objets les plus hétéroclites.

Dans l'ordre moral, il signale les tendances insolites qui incitent les prédisposés à faire des excès vénériens ou alcooliques, à commettre des actes bizarres et extravagants. Mais il restreint le cadre de sa folie héréditaire lorsqu'il décrit un certain nombre d'obsessions dans le délire émotif, qu'il fait dépendre d'une névrose du système ganglionnaire.

Pour Magnan (6), tous les incidents morbides du dégénéré se ramènent psychologiquement à un état de déséquilibration, dont l'expression la plus parfaite est l'obsession et l'impulsion. L'obsession peut exister seule, l'impulsion en est la conclusion.

Leur mécanisme peut se résumer dans la rupture de l'équilibre des opérations intellectuelles, causée par le fonctionnement exagéré d'un certain nombre de centres et entraînant passagèrement l'impuissance de la volonté. L'obsession et l'impulsion physiologique ne sont que des incidents sans importance dans la vie intellectuelle. Dès que ces phénomènes cessent d'être isolés, en tant qu'incidents, dans la série des états de conscience, dès qu'ils tendent à les supplanter ou à interrompre leur cours régulier, leur persistance et leur répétition amènent un état de souffrance durable et une angoisse concomitante. Il y a, en ce moment, des phénomènes vaso-moteurs et douloureux. Satisfaits pour le moment, ils jouissent du repos, mais la rémittence est courte et la lutte recommence.

Ce qui distingue surtout l'obsession et l'impulsion des idées obsédantes et des actes impulsifs, c'est l'état lucide de la conscience. Cette lucidité, qui est l'origine des autres caractères de l'obsession, ne manque jamais; elle peut s'obscurcir, mais elle ne tarde pas à reparaître.

Le nombre des obsessions ou syndromes épisodiques est illimité et l'on peut dire que tout dans la vie du dégénéré héréditaire peut devenir un syndrome.

L'apparition de ce syndrome peut être brusque comme sa disparition; son contenu est des plus variables, sa marche est lente, entrecoupée de paroxysmes quelquefois. Il peut durer vingt jours comme vingt ans. La plupart du temps, le pronostic est favorable et, même alors que l'obsession ne disparaît pas, elle ne se transforme jamais en délire et n'aboutit pas à la démence.

Un seul syndrome est généralement exceptionnel; le plus souvent, ils coexistent soit en même temps, soit à des époques différentes. Et au lieu de faire, avec les anciens, autant d'entités, autant de monomanies distinctes, il ne faut voir dans les différentes variétés d'obsessions que des états similaires et des apparences cliniques. Ce sont les stigmates psychiques de la dégénérescence : ils peuvent manquer, mais quand on les constate, ils emportent le diagnostic et traduisent d'une manière bien plus éloquent que la déséquilibration l'état du dégénéré.

Falret (1), qui distingue plusieurs degrés dans l'obsession lui reconnaît comme caractères principaux la conscience de l'état maladif et l'hérédité. Les accidents sont essentiellement rémittents, périodiques, et vont en s'atténuant. Ils ne présentent jamais d'hallucinations, ne se transforment pas les uns dans les autres et ne deviennent pas généralement de l'aliénation mentale ordinaire. Le malade n'aboutit pas à la démence et présente rarement du délire de persécution.

Régis divise les obsessions en deux classes, suivant que la volonté est lésée dans sa force d'arrêt ou d'action : il y aurait ainsi des obsessions impulsives et des obsessions abouliques.

Séglas (2) admet cette division en y ajoutant une troisième classe d'obsessions se rapportant à des phénomènes de sensibilité générale ou spinale. A côté des obsessions qui se développent chez le dégénéré, il en admet d'autres purement neurasthéniques et sans tare dégénérative. Il refuse d'admettre un état complètement lucide pendant l'obsession et enfin il admet, contrairement à l'opinion généralement adoptée, l'existence des hallucinations. Ces hallucinations peuvent avoir une existence indépendante, présenter tous les caractères de l'obsession et constituer l'hallucination obsédante.

Pour Ballet, les obsessions ou phobies qui ne vont pas au delà d'une certaine intensité ne peuvent être considérées comme les manifestations de la dégénérescence et, même alors qu'elles sont très intenses, elles peuvent relever de la neurasthénie, quoique plus rarement.

(1) PINEL. *Traité de l'aliénation mentale*.
(2) ESQUIROL. *Maladies mentales*.
(3) J. FALRET. *Des maladies mentales*.
(4) GUISLAIN. *Leçons sur les phrénopathies*, 1852.
(5) TRÉLAT. *La folie lucide*, 1861.
(6) MAGNAN. *Recherches sur les centres nerveux*, 1892. — MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*, 1895.

(1) FALRET. Congr. de méd. ment., 1889.
(2) SÉGLAS. In *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1894.

II

Analyse du syndrome. — La psychologie de l'obsession a été surtout étudiée par Buccola (1) et Ribot (2). Pour eux, l'obsession relève de l'attention. Celle-ci peut être définie : la prédominance temporaire d'un groupe d'états intellectuels. Comme toute opération intellectuelle, l'attention peut subir des déviations ; un état devient alors prédominant, il s'installe d'une façon durable et ne se laisse pas déloger de la conscience, il devient tyrannique et l'on peut envisager cet état comme une hypertrophie de l'attention.

Il y a ainsi une transition insensible de l'état normal de l'attention à l'obsession la plus caractérisée : à l'état normal, personne à qui il n'arrive d'être poursuivi, par exemple, par un motif musical qui, subitement, vient s'installer dans la pensée. On peut même dire, sans exagérer, que chez tout homme sain, il y a presque toujours une idée dominante qui règle sa conduite. Que cette idée dominante devienne tyrannique, qu'elle absorbe pour elle tout le champ de la conscience et en expulse les autres, et l'obsession est réalisée.

Ce n'est pas par la qualité, c'est pour ainsi dire par sa quantité qu'elle devient pathologique.

D'un autre côté, si l'on se rappelle que le principe fondamental qui domine la psychologie de la volonté est que tout état de conscience a toujours une tendance à se traduire par un mouvement, l'idée de l'impulsion est indissolublement liée à celle de l'obsession et n'est, comme on l'a dit, que son explosion motrice.

Avant le moment de l'explosion motrice finale, l'idée fixe n'est pas restée inactive, elle a tenté l'assaut des centres moteurs et les résultats de ses efforts se sont traduits à la conscience par des représentations motrices. Ces efforts contribuent à fortifier l'obsession, mais ils ne sauraient devenir efficaces que si les autres départements nerveux sont réduits à l'inaction, que si l'équilibre entre les différents centres est rompu.

Or c'est justement chez les dégénérés héréditaires que se trouve réalisée, de la façon la plus complète, cette déséquilibration.

Ces malades, chez lesquels on constate de bonne heure des stigmates physiques comme l'asymétrie faciale et crânienne, le lobule de l'oreille adhérent, les oreilles désourlées, la blésite, des malformations génitales, etc., sont ceux chez lesquels s'épanouit la déséquilibration mentale.

Comme le dit Magnan, chez des individus intelligents, érudits, accomplissant des fonctions importantes dans la société, on trouve souvent une absence complète du sens moral, ce sont des génies au point de vue intellectuel et des idiots au point de vue moral. Chez d'autres, au contraire, de moralité élevée, l'intelligence proprement dite offre de profondes lacunes, tantôt pour le calcul, tantôt pour la musique, tantôt pour les arts. Leurs centres perceptifs sont inégalement aptes à recueillir toutes les impressions ; certaines ne s'enregistrent pas d'une façon régulière et ne laissent pas d'image durable.

L'obsession du doute. — Décrit pour la première fois par Falret (3), cet épisode est connu en Allemagne sous le nom de Grubelsucht et fit le sujet d'un mémoire de Griesinger (1). Legrand du Saulle en fait le sujet d'une bonne monographie, mais il a le tort de lui rattacher le délire du toucher. Ce syndrome n'avait pas échappé en tant que cas isolé aux anciens et bien avant Trélat, Delasiauve, Morel, on lit dans Esquirol (2) : Mlle F... est d'un caractère gai et d'une humeur douce. Élevée dans le commerce dès la première jeunesse, elle craignait de faire tort aux autres ; plus tard, lorsqu'elle faisait un compte, elle appréhendait de se tromper au préjudice de ceux pour qui était le compte. Elle allait chez une tante fréquemment sans chapeau et avec un tablier ; un jour, à l'âge de dix-huit ans, sans cause connue, en sortant de chez sa tante, elle est saisie de l'inquiétude qu'elle pourrait, sans le vouloir, emporter dans les poches de son tablier quelque objet appartenant à sa tante. Elle fit désormais ses visites sans tablier. Elle reconnaît que son inquiétude est absurde et ridicule, mais elle ne peut s'en défendre.

Les malades qui présentent cette obsession éprouvent le besoin irrésistible d'agiter les mêmes questions. Ils ne sont jamais sûrs de ce qu'ils ont fait et recommencent sans cesse le même acte. Les pensées sur des sujets des plus disparates, comme le monde, les astres, le soleil, Dieu, la Vierge, la beauté, la copulation, la grosseur des animaux, la dimension des objets, se succèdent continuellement dans leur esprit. Tantôt ils se reprochent certaines pensées qui leur traversent l'esprit, tantôt ils s'appliquent à en éloigner d'autres. Une malade de Legrand du Saulle (3) ne pouvait sortir de chez elle sans être assaillie par les préoccupations suivantes : Ne va-t-il pas tomber quelqu'un du haut d'une fenêtre à mes pieds ? Sera-ce un homme ou une femme ? Se blessera-t-elle ou se tuera-t-elle ? Prendrai-je la fuite, etc. ? Un malade de Griesinger était, après avoir fini son travail, en butte aux questions les plus baroques sur l'origine de la terre, des vers, de la création, du créateur. Ces questions qui constituent un véritable supplice, le supplice de la question de Falret, traduisent éloquemment le doute qui torture le malade. On en voit aussi qui sont en proie à toute espèce de scrupules, d'autres craignent d'avoir commis une action blâmable. Dans tous les cas, les caractères assignés par Magnan aux syndromes épisodiques se retrouvent. Le malade a conscience de ce que sa manie a pour ainsi dire d'étrange ; il lutte pour s'en débarrasser, mais il succombe et recommence, sans succès, bientôt une nouvelle lutte.

L'obsession ou le délire du toucher est assez souvent observé chez les malades qui présentent l'obsession du doute, mais en est complètement distinct et peut aussi s'observer avec d'autres obsessions, comme par exemple l'agoraphobie, le suicide. Les malades évitent de toucher les objets les plus divers, ainsi de la monnaie, des épingles, des objets pointus, des boutons de porte. Un suisse d'église de Morel (4) n'ose toucher à sa hallebarde. Il s'invective, triomphe, mais au prix d'un sacrifice qu'il craint de ne plus pouvoir faire le lendemain. Si l'on veut obliger le malade à vaincre son aversion et qu'on le force de toucher l'objet, on peut provoquer des spasmes, des palpitations et Morel, qui en fit l'essai, dut cesser l'expérience pour éviter une syncope. Une malade d'Esquirol, qui présentait en même temps l'obsession du doute, craignait, en touchant à la monnaie,

(1) Buccola. Op. cit.
(2) Ribot. *Psychologie de l'attention.*
(3) Falret. *Ann. méd.-psychol.*, 1866.

(1) Griesinger. In *Arch. f. Psych.*, 1868.
(2) Esquirol. Op. cit.
(3) Legrand du Saulle. *Folie du doute avec délire du toucher*, 1875.
(4) Morel. Délire émotif, in *Arch. gén. de méd.*, 1866.

de retenir dans ses doigts quelque chose de valeur. Lorsqu'elle portait ses mains sur quelque chose, ses inquiétudes se réveillaient et elle se hâtait de se laver les mains à grande eau.

Dipsomanie.— Elle consiste, d'après Foville (1), dans un entraînement maladif à boire avec excès des liqueurs enivrantes. Ce besoin irrésistible se manifeste à des époques variées, sous forme de paroxysmes. Décrite par Hufland, qui la désigne le premier sous ce nom, par Bruhl-Cramer (2), par Huss (3), qui pensait que ces impulsions ne se présentaient que chez de vieux alcooliques, par Esquirol (4), qui se contente, dans plusieurs observations, d'exposer l'accès, la dipsomanie est considérée par Magnan (5), comme un simple syndrome épisodique. Krafft-Ebing (6) la décrit comme folie périodique.

Ce syndrome est constitué par des accès intermittents et paroxystiques, pendant lesquels le malade est poussé irrésistiblement à boire, et en dehors desquels le malade, en pleine possession de toute sa raison, continue à vaquer à ses affaires, reprend sa sobriété ordinaire et se repent vivement de ses excès de boisson. L'accès est généralement annoncé par de légers prodromes, comme des idées noires, de l'anorexie, de l'anxiété, un certain état gastrique. Le malade qui commence à éprouver une grande soif, et le besoin irrésistible de la satisfaire, a conscience de la nature de l'accès, il essaie de s'y soustraire en s'admonestant, en recourant à mille moyens pour s'empêcher de boire. Ainsi, dans le cas de Trélat (7), la malade, pour s'en dégoûter, mettait des excréments dans ses boissons en s'invectivant : « Bois donc, misérable; bois donc, ivrogne; bois, vilaine femme qui oublies ses premiers devoirs. » Mais la lutte ne dure pas longtemps, et une fois le besoin satisfait le malade éprouve un véritable soulagement, suivi bientôt d'un état mélancolique : le malade, honteux des excès commis, en proie à des idées noires, se cache et quelquefois même recourt au suicide pour éviter les rechutes.

La durée de l'accès est variable, elle est généralement comprise entre deux et quinze jours, sa réapparition n'est soumise à aucune règle déterminée ; le plus souvent sa fréquence devient plus grande avec le temps. Le pronostic est très sérieux. Quelle que soit, en effet, la distance qui sépare au début le dipsomane de l'alcoolique — Trélat disait déjà : les alcooliques sont des malades qui s'enivrent lorsqu'ils trouvent l'occasion de boire ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend — l'alcoolisme n'en est pas moins le dernier aboutissant du syndrome, et chez tous les malades de Magnan, c'est le délire alcoolique qui avait provoqué l'internement.

Anomalies sexuelles. — Qu'il soit intense ou réduit, brutal ou poétisé, l'amour, dit Dallemagne (8), traduit toujours un besoin ou, ce qui revient au même, l'apaisement d'un centre qui peut être multiple. L'amour normal résulte de l'équilibre de chacun de ces centres, il devient pathologique quand cet équilibre est rompu. L'amour passion (1) présente déjà quelques caractères propres à l'obsession. Mais avec Krafft-Ebing (2), il ne faut considérer comme perverties que les manifestations du sens génésique qui ne répondent pas aux desseins de la nature, c'est-à-dire à la procréation. La gamme des cas possibles varie beaucoup. La femme qui désire un jeune médecin au tablier sali par le sang (3), le poète qui éjacule au seul aspect de la viande saignante (4), le marquis de Sade qui contentait son désir en blessant des filles de joie et en pansant leurs plaies après, le flagellant actif ou passif, le malade atteint de nécrophilie ou celui qui recherche les animaux, les exhibitionnistes de Lasègue appartiennent tous à la même famille de dégénérés. Tous ont conscience du monstrueux de leurs actes, la plupart ont lutté avant de succomber et tous sont irrésistiblement poussés à recommencer.

Parmi les anomalies sexuelles, l'inversion tient une large place. Griesinger (5) a le premier appelé l'attention sur cette anomalie qui consiste dans l'amour pour le même sexe. Westphal (6) donne une description d'ensemble de cet état maladif, qu'il désigne sous le nom de « contrære sexualempfindung », il note déjà la conscience de l'état chez ces malades ; mais c'est Krafft-Ebing (7) qui en fait le premier un signe de dégénérescence. Il relève le fait que l'instinct sexuel, chez de pareils individus, paraît précocement et est très accentué ; dans la majorité des cas, on trouve des anomalies psychiques, ainsi, par exemple, du talent pour les beaux-arts, mais il diffère de Westphal quant à la constance de l'état conscient. Charcot et Magnan (8) font ressortir nettement le terrain de dégénérescence sur lequel prend éclosion cette anomalie. Depuis, avec Magnan et ses élèves (9), l'inversion sexuelle a pris nettement sa place dans la série des syndromes épisodiques. Dans le Mémoire de Charcot et Magnan on voit, pour ne parler que des cas les plus typiques, un malade qui dès l'enfance présenta des sensations voluptueuses, et depuis la puberté avait des éjaculations parfois à la vue d'un homme ou d'une statue d'homme nu, alors que les femmes le laissaient indifférent. D'ailleurs, ce malade n'était pas réduit à cet unique épisode, il présenta aussi des propensions au vol, et à vingt-deux ans des habitudes d'onanisme. Les explications physiologiques qui ont été tentées — un cerveau de femme dans un corps d'homme (10) — n'ont pas prévalu. Ce qui est certain, c'est qu'il y a une certaine liaison entre la masturbation et l'inversion (11). Magnan (12) a essayé de grouper toutes ces anomalies en quatre classes. Les spinaux réduits au centre génito-spinal de Budge, exemple : onanisme de l'idiot. Les spinaux cérébraux postérieurs, où la vue seule de l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, provoque l'orgasme vénérien. Les spinaux cérébraux antérieurs où l'influence psychique, comme dans l'état normal, agit sur le centre spinal, mais l'idée, le sentiment sont per-

(1) Foville. In *Dict. Jaccoud.*
(2) Bruhl-Cramer. *Ueber die Trunksucht*, Berlin 1819.
(3) Magnus Huss. *Alcool. chronic.*, Stockholm 1852.
(4) Esquirol. *Maladies mentales.*
(5) Krafft-Ebing. *Handb. d. Psych.*
(6) Magnan. *Leçons sur la dipsomanie*, recueillies par M. Briand.
(7) Trélat. *La folie lucide.*
(8) Dallemagne. *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895.

(1) G. Danville. *Rev. philosoph.*, 1893.
(2) Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis*, 1879.
(3) Max Simon. *Crimes et délits.*
(4) Lombroso. *L'uomo deliquente.*
(5) Griesinger. *Arch. f. Psych.*, I.
(6) Westphal. *Ibid.*, 1870.
(7) Krafft-Ebing. *Ibid.*, 1877.
(8) Charcot et Magnan. In *Arch. de neurol.*, 1882.
(9) Sérieux. Th. de Paris, 1888.
(10) Gley. In *Rev. philos.*, 1884.
(11) Sioli. In *Allgem. Zeits. f. Psych.*, 1893.
(12) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux.*

vertis, exemple : penchant anormal d'une femme pour un enfant de deux ans. Enfin, les cérébraux antérieurs ou psychiques, comme cet élève des beaux-arts qui vit dans la chasteté absolue et aime Myrtho qui s'est réfugiée dans une étoile; il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

PYROMANIE. — Cette obsession n'est pas fréquente. Le plus souvent, en effet, la lutte et l'anxiété manquent et la pyromanie relève aussi d'autres formes de maladies mentales. Il y a, en effet, une grande différence entre l'aliéné qui, pour échapper à des ennemis imaginaires, met le feu et le malade âgé de douze ans, de Magnan, qui met le feu sans motif à une cave, et qui avoue avoir beaucoup résisté avant de succomber à son obsession. Une malade de Legrand du Saulle, fille d'un père épileptique et d'une mère bizarre, avait commis plusieurs incendies, et avait fini par allumer sa propre maison. Elle avait conscience du mal qu'elle commettait, mais elle avouait qu'elle sentait le besoin de brûler tout et elle finit par se suicider. Une malade de Saury avouait préférer 30000 coups de bâton aux obsessions qui la martyrisaient, elle présentait, en même temps que des impulsions au feu, d'autres au suicide et à l'homicide. Alors que, chez les dégénérés supérieurs, cette impulsion s'accompagne des caractères habituels chez les dégénérés inférieurs, comme par exemple l'idiot et l'imbécile, la conscience et la lutte ont disparu. A la campagne, dit Mottet (1), toute les fois qu'il y a des incendies à intervalles rapprochés, il y a un garçon ou une fille idiote, ou imbécile, ou épileptique, qui peut être incriminé.

KLEPTOMANIE. — Signalée par Foville (2) comme relevant de la folie instinctive, la vraie kleptomanie est, avec Magnan, l'obsession du vol avec la résistance, la lutte, l'angoisse et la détente consécutive à l'acte. Elle est assez rare, mais néanmoins elle existe, et Lasègue (3) est évidemment trop sévère quand, dans son étude sur le vol à l'étalage, parlant des voleuses qui racontent qu'elles ont lutté avant de voler, ne veut pas tenir compte, pour établir la responsabilité, de l'élément obsession. Une malade de Lunier (4) ne volait qu'à son père des cuillères d'argent et les jetait ensuite.

ONOMATOMANIE. — Ce syndrome épisodique (5) se voit chez les dégénérés supérieurs. Les malades sont préoccupés par la recherche d'un nom ou d'un mot. Cette obsession domine la conscience du malade qui a une tendance irrésistible à répéter ce mot. Il y a des malades qui sont obsédés par la signification funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une conversation ou par l'influence préservatrice d'autres mots. Tel malade subira un véritable supplice avant d'avoir retrouvé le nom d'une personne avec qui il a passé la soirée; tel autre mettra sur un cahier les noms des personnes qu'il craint de ne pas se rappeler, quoiqu'il sache qu'il n'en a pas besoin.

L'obsession du mot peut être suivie de l'obsession du nombre ou arithmomanie. Un malade de Magnan (6) compte tout ce qui lui est servi à table, il dresse à chaque repas un tableau sur lequel sont indiqués le nombre des morceaux de viande, de pain, le nombre des cuillerées d'eau, de vin, de lait qu'il va prendre. Pour le lait, il compte le nombre de gouttes contenues dans une cuillerée et le nombre de cuillerées contenues dans une tasse. Si on lui sert une tomate, il s'empresse de compter le nombre de graines qu'elle renferme. Un malade de Legrand du Saulle lui disait en le quittant : « Vous avez 44 volumes sur cette table et vous portez un gilet à 7 boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte. » Dans tous ces cas, le malade a pleine conscience de son état, il essaye de résister, mais sans succès.

Les Allemands (1) ont rapproché de l'onomatomanie dont ils ont fait le type classique, la verbigération. On sait que, depuis Kahlbaum (2), on décrit sous ce nom, dans les états catatoniques, une tendance à répéter ou à prononcer plusieurs voyelles ou mots ou phrases d'une façon déclamatoire.

ASTASIE-ABASIE. — Ce trouble moteur (3), relativement fréquent chez les hystériques et que Pitres (4) a décrit aussi chez les neurasthéniques, consiste dans une impotence plus ou moins complète pour la station et la marche. Binswanger (5) a dernièrement émis l'opinion que certains cas relèveraient de l'obsession.

MALADIE DES TICS AVEC COPROLALIE. — Le tic (6) est un mouvement convulsif habituel et conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps et reproduisant d'une façon intempestive quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire. Il s'accompagne (7) d'écholalie et de coprolalie et constitue avec Charcot une véritable maladie psychique. Les mouvements ont pour siège de prédilection la tête, l'occlusion des paupières est le tic le plus fréquent. Les mouvements dans les membres sont moins constants. Quels qu'ils soient les malades peuvent quelquefois les arrêter : ainsi, par exemple, lorsqu'ils se sentent observés, mais ainsi qu'on l'a remarqué (8) avec raison, la victoire est de courte durée et ils s'éloignent bientôt pour satisfaire une vraie débauche de mouvements. La conscience ne manque dans aucun cas et souvent, lorsque le malade essaie de dominer ses tics, l'angoisse caractéristique du syndrome fait son apparition. La coprolalie et l'écholalie qui accompagnent le tic peuvent présenter des degrés variables. Ils peuvent être réduits à une exclamation, à un aboiement. Quelquefois ce sont des mots sans aucun sens. Un malade de Grasset employait souvent le mot cousin, celui de Létulle (9) ne pouvait prononcer trois mots sans intercaler celui de monsieur. Le plus souvent ce sont des mots obscènes qui contrastent généralement avec la conversation ordinaire du malade. Une malade de Magnan disait : « Est-ce singulier de dire, le sachant, des choses que je ne voudrais pas dire ? » Un jour elle portait des légumes qu'elle venait de cueillir et qu'elle voulait vendre; à ceux

(1) MOTTET. In *Dict. Jaccoud*, art. PYROMANIE.
(2) FOVILLE. *Ibid.*
(3) LASÈGUE. *Cliniques médicales*, 1884.
(4) LUNIER. In *Ann. méd.-psychol.*, 1881.
(5) CHARCOT et MAGNAN. In *Arch. de neurol.*, 1885.
(6) SAURY. *Les dégénérés.*

(1) NEISSER. In *Allgem. Zeits. f. Psych.*, 1890.
(2) KLINKE. *Ibid.*
(3) BLOCQ. *Arch. de neurol.*
(4) PITRES. In Congr. pour l'av. des sc., 1892.
(5) BINSWANGER. In *Berlin. Klin. Woch.*
(6) G. GUINON. In *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. TIC.
(7) GILLES DE LA TOURETTE. In *Arch. de neurol.*, 1885.
(8) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895.
(9) LÉCHELLE. In *Dict. Jaccoud.*

qui lui proposent de les acheter, elle répond sans pouvoir se retenir : « Mon sac est lourd, j'ai le cul lourd. » Surprise elle-même d'un tel propos elle s'éloigne toute honteuse. Elle présentait en même temps des perversions sexuelles. Dans l'écholalie, le malade répète les sons qu'il entend; cette répétition peut aussi porter sur des mouvements et constitue alors l'échokinésie.

Agoraphobie (1). — On décrit sous ce nom un état d'angoisse qui saisit certaines personnes au moment où ils ont à traverser une grande place ou un endroit désert. Cet état s'accompagne quelquefois d'un tremblement général, il peut diminuer ou disparaître complètement si le malade peut s'appuyer sur quelqu'un en traversant la place. On a voulu expliquer cette peur par un trouble de la vue (2) ou du sens musculaire (3); généralement le malade a conscience de son état et n'en est pas réduit à cette seule obsession. Elle présente d'ailleurs beaucoup de nuances. Le malade de Westphal (4) ne pouvait traverser une grande place de Berlin sans penser qu'elle avait plusieurs milles de longueur. L'anxiété et le tremblement se dissipaient s'il contournait la place ou s'il prenait une canne. Le malade de Legrand du Saulle (5) ne ressentait rien lorsqu'il traversait la place habillé en militaire et présentait nettement le syndrome quand il la traversait en civil. Il ressentait en même temps de l'angoisse quand il apercevait le vide d'une certaine hauteur.

Claustrophobie. — Cette phobie n'est, ainsi que le remarque Ball (6), qu'une forme retournée de l'agoraphobie. Elle consiste dans la peur des espaces fermés. Ainsi un peintre, enfermé dans un atelier pour un concours de peinture, se trouve tout à coup obsédé par l'idée de la réclusion et se sauve par la fenêtre, les portes étant fermées. Un malade atteint de délire de toucher était saisi d'une terreur panique à l'idée de se voir enfermé seul; la nuit son angoisse était telle qu'il faisait ouvrir portes et fenêtres. Meschede cite le cas d'un étudiant claustrophobe qui dut, à cause de cela, abandonner ses études. Il dormait l'été dans les forêts ou à l'air libre et l'hiver dans de grandes pièces aux fenêtres ouvertes. Il présentait en même temps des aberrations sexuelles.

L'aboulie. — Consiste, d'après Gueslain (7), dans l'impuissance de faire ce que les malades savent vouloir intérieurement. Ils ont conscience de leur impuissance, ils voudraient travailler mais ne peuvent arriver à donner un résultat à leur volonté. Un malade de Billod (8) déclarait ne pouvoir faire un voyage qu'on avait décidé et le fit sans résistance quand on se présenta pour partir. S'il avait le désir d'aller au spectacle, il ne pouvait vouloir y aller. Était-il à table à côté de convives aimables, il ne réussissait pas, malgré son désir, à prendre part à la conversation. Cet état a été rapproché (9) des paralysies psychiques où le malade présente le symptôme parce qu'il croit l'avoir.

(1) Westphal. In *Arch. f. Psych.*, 1872.
(2) Benedikt. In *Wien. Med. Jahrb.*, 1870.
(3) Cordes. In *Arch. f. Psych.*, 1872.
(4) Ritti. *Dict. encyclop. des sc. méd.*
(5) Legrand du Saulle. *La peur des espaces*, 1878.
(6) Ball. In *Ann. méd.-psychol.*, 1879.
(7) Gueslain. *Leçons sur les phrénopathies.*
(8) Billod. In *Ann. méd.-psychol.*
(9) Ribot. *Mal. de la volonté.*

Suicide. — Parmi les causes qui favorisent l'éclosion du suicide, l'hérédité occupe la place la plus importante. Les influences ethniques, cosmiques, sociales (1), ne viennent qu'après, et ainsi que le remarque, avec raison, P. Moreau [de Tours (2)], depuis le cas de Voltaire où le malade s'était tué au même âge que son frère et son père, les cas d'hérédité dans le suicide abondent chez les classiques. Il n'est pas d'individus, dit Esquirol (3), qui n'ait eu des idées de suicide, et même le désir de se précipiter en bas, lorsqu'il s'est trouvé sur un lieu élevé ou auprès d'une croisée, ou de se noyer lorsqu'il passait sur un pont. Ces idées, comme toutes les idées possibles, qui se renouvellent sans cesse et se succèdent dans l'esprit, n'y laissent généralement pas de traces. Mais on ne peut nier, dit-il, qu'il y ait des individus qu'un funeste penchant entraîne au suicide par une sorte d'attrait irrésistible. L'idée de suicide devient alors une idée fixe qui préoccupe sans cesse le malade, et la nuit comme le jour ne peut quitter sa pensée. Nous trouvons, chez lui, l'exemple d'une famille chez qui la grand'mère, la mère, la fille et le petit-fils se sont suicidés : d'un négociant père de six enfants, dont les quatre fils se suicidèrent, le cinquième devint aliéné et guérit, la fille eut un accès de manie pendant lequel elle fit de nombreuses tentatives de suicide. Un malade de Falret (4) a cinq enfants, l'aîné se précipite, sans motif, d'un troisième étage, le second s'étrangle à vingt-cinq ans, le troisième se jette d'une fenêtre, le quatrième se tue d'un coup de pistolet. Une malade de Saury (5) se sentait poussée à se précipiter par la fenêtre, elle évitait de s'approcher du parapet, quand elle passait sur un pont, de peur de l'enjamber ; pendant un accès, elle était prise de l'envie de frapper ou de se frapper elle-même. « Otez les couteaux, dit-elle un jour à sa cousine, car mes nerfs sont si drôles, qu'à table, je suis tentée de m'ouvrir le ventre. » Cette malade se rendait parfaitement compte de son état. Elle sentait que ses idées étaient imaginaires, elle voudrait résister à ses craintes, à ses impulsions, mais sa volonté demeure impuissante à les réprimer; pour employer son expression, c'est plus fort qu'elle. L'obsession et l'impulsion ne peuvent certainement pas revendiquer la totalité des cas de suicide, et à côté des cas où il est le résultat d'un acte longuement délibéré, on peut le rencontrer dans certaines maladies mentales où la conscience est fortement entamée. Mais, dans un grand nombre de cas, si on se donne la peine de les examiner de plus près, on verra (6) que si l'obsession, dans certains cas, est nette, il en est d'autres où elle est diminuée et doit être recherchée avec soin. Et pour Ladame (7), le fait que, dans l'obsession du meurtre, l'impulsion se manifeste quelquefois par l'homicide, mais plus souvent par le suicide, explique tant de suicides sans motif apparent.

Homicide. — Les obsédés criminels qui luttent et préviennent leur entourage, dit Magnan, sont assez nombreux. A Vienne (8), un mélancolique ayant vu l'exécution d'un criminel, éprouva une émotion si forte que tout à coup, il sen-

(1) Morselli. *Il suicidio*, 1879.
(2) P. Moreau (de Tours). *Dict. Jaccoud*, art. Suicide.
(3) Esquirol. Op. cit.
(4) Falret. *Hypocondrie et suicide*, 1872.
(5) Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire.*
(6) Dallemagne. Op. cit.
(7) Ladame. In Congr. d'anthropol. crimin., Bruxelles 1892.
(8) Spurzheim. In Ritti, *Dict. encycl. des sc. méd.*

tit un penchant irrésistible à tuer. Il conserva, néanmoins, la conscience nette de sa situation et la plus grande aversion pour un pareil crime. Il pleurait et éprouvait une angoisse extrême, il exhortait ses amis à prendre garde. Marc (1) rapporte le cas d'une domestique qui implorait le congé de ses maîtres, parce que, toutes les fois qu'elle déshabillait leur enfant, elle éprouvait le désir presque irrésistible de l'éventrer. Le cas de Calmeil (2) est souvent cité : Glenadel, ayant perdu son père dès son enfance, fut élevé par sa mère qui l'adorait ; à seize ans, son caractère, jusque-là sage et soumis, changea. Il devint sombre et taciturne. Pressé de questions, il se décide enfin à un aveu. « Je vous dois tout, lui dit-il, je vous aime de toute mon âme ; cependant, depuis quelques jours, une idée incessante me pousse à vous tuer. Empêchez que, vaincu à la fin, un si grand malheur ne s'accomplisse, permettez-moi de m'engager. » Il quitte la maison, et pendant la durée de son service, il se sentait poussé sans cesse à déserter pour revenir au pays tuer sa mère. Il contracte un nouvel engagement, et l'obsession homicide, quoique changeant de but, persiste. C'est sur sa belle-sœur qu'elle porte.

L'obsession du meurtre (3) peut présenter deux variétés : l'une, temporisatrice avec la lutte et les paroxymes ; l'autre, soudaine, à effet immédiat. Mais, quelle que soit sa variété, ce qui la caractérise et lui donne son cachet, c'est son irrésistibilité. Le malade a conscience de son état qui lui fait horreur, nombreux sont ses efforts pour s'arracher à l'idée qui le poursuit, il n'en succombe pas moins, et l'on ne saurait trop rendre justice à Magnan qui a eu le mérite de bien mettre en relief tous les caractères du dégénéré criminel. Crime et dégénérescence ont, en effet, depuis ses brillants travaux des rapports qui ne peuvent plus être discutés. On connaît la doctrine de Lombroso sur le criminel né, aujourd'hui généralement abandonnée, celle de l'école de Lyon qui, avec Lacassagne, tient compte des facteurs sociaux, et qui lui faisait dire : « Le milieu social est le bouillon de culture de la criminalité ; le microbe, c'est le criminel, un élément qui n'a d'importance que le jour où il trouvera le bouillon qui le fera fermenter. » L'école de Sainte-Anne, en établissant que le dégénéré héréditaire peut devenir criminel et le devenir plus souvent que le non-dégénéré, et en faisant ressortir nettement la fatalité, pour ainsi dire, de ce crime, peut revendiquer une large part des progrès réalisés dans cette question si importante de la responsabilité et de la pénalité.

Les obsessions précédemment décrites sont les plus fréquentes, mais non pas les seules, car, ainsi qu'on l'a dit, leur nombre est illimité, et tout, dans la vie du dégénéré, peut fournir matière à obsession.

III

Diagnostic. — Les signes cardinaux qui constituent l'obsession comme la lucidité, l'angoisse, la lutte, l'irrésistibilité, le soulagement consécutif, sont trop caractéristiques pour ne pas assurer le diagnostic. Et pourtant, il faut avouer que celui-ci n'est pas sans présenter quelquefois de sérieuses difficultés. Une de ses principales causes réside dans la dissimulation du malade. Craignant, en effet, de paraître ridicule et même d'être taxé de fou, le malade ne se résigne à faire des confidences que lorsqu'il ne peut plus faire autrement. Le diagnostic différentiel devra être fait premièrement avec l'idée délirante, d'autant plus qu'ainsi qu'on l'a vu antérieurement, Tuczek avait prétendu que les idées délirantes au début n'étaient que des obsessions. Mais, ce qui caractérise l'idée délirante du début, c'est que le malade doute un peu de la réalité de son idée ; il n'en est pas de même dans l'obsession. ici, le malade ne doute pas du tout, il est complètement convaincu que son idée est absurde, et il ne cesse de le répéter.

L'obsession peut se présenter quelquefois dans la mélancolie, mais à part que des cas analogues sont rares, il y a alors en même temps des idées délirantes qui, ainsi qu'on le sait, manquent toujours chez les malades à syndromes épisodiques.

Dans le tiers des cas de neurasthénie, il y aurait, avec certains auteurs, des obsessions, mais ces cas peuvent être considérés comme relevant de la forme pour ainsi dire dégénérative de la neurasthénie et relèveraient ainsi plutôt de la dégénérescence que de la neurasthénie. Cette question est, d'ailleurs, celle qui divise le plus les auteurs.

L'idée fixe n'est pas une inconnue pour l'hystérique, et c'est par elle que Janet (1) explique les tics, la paralysie, les contractures, et même les attaques. Le diagnostic sera facilité par la recherche des stigmates. Nous rappelons que, pour le professeur Joffroy (2), l'hystérie n'est qu'une modalité de la dégénérescence.

L'inversion sexuelle, l'obsession criminelle, l'agoraphobie peuvent constituer, quelquefois, des équivalents psychiques de l'épilepsie ; on utilisera, pour les distinguer des obsessions proprement dites, l'absence de lucidité et les autres signes du morbus sacer.

Enfin, quelquefois, dans la période prodromique de la paralysie générale, certains actes des malades pourront présenter une teinte obsédante, il suffira d'en être prévenu pour éviter la confusion.

IV

Traitement. — L'internement de l'obsédé s'impose ; son séjour au milieu de sa famille doit être proscrit, ce n'est pas là, effet, qu'il pourra trouver cette constance d'examens et de soins qui doivent assurer son rétablissement.

On commencera par augmenter la nutrition du malade, on lui supprimera les poisons comme l'alcool, le tabac qu'il avait l'habitude de prendre. On aura recours à l'hydrothérapie. On ne négligera pas le traitement moral.

Celui qui s'applique à l'obsession, en particulier, devra être progressif et sera le plus délicat. Enfin le séjour au lit, l'opium, les bromures seront quelquefois indiqués.

(1) Marc. *De la folie considérée dans ses rapports avec la médecine légale.*
(2) Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.*
(3) Lombroso. *L'uono deliquente.*

(1) P. Janet. *Accidents mentaux des hystériques.*
(2) Joffroy. In Congr. de méd. ment., 1894.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 avril 1896.

Il y a déjà nombre d'années, Mme Boucicaut léguait en mourant, à l'Assistance publique, une somme considérable, à charge pour celle-ci de construire un hôpital qui porterait son nom. Quelques années se passèrent pendant lesquelles les intérêts se capitalisèrent pour permettre d'achever les constructions sans toucher au capital primitif, dont les rentes devaient servir à l'entretien des malades. Enfin, la somme nécessaire fut réunie et les murs sortirent de terre. Actuellement, il ne reste plus que l'aménagement intérieur à compléter et cependant l'hôpital Boucicaut ne sera ouvert qu'en 1898! c'est-à-dire lorsque deux durs hivers auront encore passé sur la population parisienne. Pendant ce temps, les salles des hôpitaux seront bondées de malades, les brancards encombreront les services, près de 1200 malades vivront en supplément dans les salles, au mépris des règles les plus élémentaires de l'hygiène. Médecins et chirurgiens débordés ne pourront assurer un service régulier; le personnel subalterne passera son temps à monter et démonter des brancards, pendant que la poussière et les saletés trôneront sous les lits réglementaires; la contagion régnera en maîtresse, les maladies se dissémineront à leur aise, qu'importe, Messieurs de l'Administration n'en ont cure!

Un profane aurait pu penser qu'apporter un soulagement à de telles misères eût été œuvre méritoire de la part d'un directeur vraiment digne de ce nom, mais l'initié sait qu'il est bien autrement intéressant pour un véritable administrateur de supprimer l'indemnité des externes, de refuser aux élèves le blanchissage des blouses et tabliers maculés au service des malades. Voilà de la vraie et de la pure administration! Que 200 malades, qu'on aurait pu, avec un peu de diligence, hospitaliser convenablement et mettre à l'abri, traînent encore tout l'hiver, aux portes d'hôpitaux trop remplis, qu'est-ce que cela peut bien faire? Il faut avoir l'esprit bien mal tourné pour s'en préoccuper!

Aussi l'hôpital Boucicaut se meublera-t-il lentement, profilant tout l'hiver sur les rues de Grenelle ses grands murs clôturant des salles vides. Ainsi le veut la sage lenteur de notre administration.

C'est là un grand encouragement pour les donateurs à venir. En Angleterre, la charité privée fonde et entretient les hôpitaux; chez nous, plus de legs, plus de dons, à part quelques sommes insignifiantes. Les riches qui s'en vont laissent à d'autres œuvres la fortune qu'ils ont accumulée, et l'Assistance publique est de plus en plus réduite à ses ressources aussi officielles que restreintes. Si c'est là le but que vise l'Administration, elle a droit à toutes les félicitations, car elle l'a nettement et complètement atteint.

Il y a quelques années également, le vœu unanime des chirurgiens des hôpitaux demandait la création, sur la rive droite de la Seine, d'un service des maladies des voies urinaires. Il était inadmissible que des malheureux fussent obligés de traverser tout Paris pour trouver l'hôpital unique où ces soins spéciaux étaient donnés. Ce vœu fut reconnu légitime et adopté. Mais cette adoption fut toute platonique, car depuis il n'en fut plus question. Il n'y avait, dit-on, point d'argent en caisse. On songeait si peu à ce service promis et nécessaire qu'on oublia de préparer les plans et les devis quand vint l'argent. Lisez plutôt cette lettre du ministre de l'Agriculture à M. Strauss, président de la cinquième commission du Conseil municipal.

« Monsieur le conseiller municipal,

Vous avez bien voulu appeler tout spécialement mon attention sur une demande formée par l'administration générale de l'Assistance publique, à l'effet d'obtenir l'attribution, sur les fonds du pari mutuel, d'une subvention de 700000 francs, destinée à faire face aux dépenses de construction, à l'hôpital Lariboisière, d'un service de chirurgie et de consultations pour les voies urinaires.

J'ai l'honneur de vous informer, monsieur le conseiller municipal, que, dans sa séance du 26 février dernier, la Commission de répartition, bien que très favorable en principe à la création projetée, a pensé qu'elle pouvait, sans inconvénient, ajourner le vote de la subvention sollicitée, *étant donné l'état du dossier qui lui a été soumis*, et qui ne contient en quelque sorte que des études préparatoires.

Les formalités légales indispensables qui sont à remplir exigeront certainement de longs mois et la Commission a *pensé qu'il ne lui était pas possible d'immobiliser si longtemps*, en présence des besoins urgents qui la sollicitent, *une somme de l'importance de celle qui est demandée par l'Assistance publique de Paris.* »

Et M. Strauss ajoute : « Nous invitons donc M. le directeur de l'Assistance publique à constituer sans délai le dossier et à le transmettre au plus tôt au Conseil. »

Mais le Conseil municipal n'existe plus, nous sommes en pleine période électorale, et l'hiver prochain se passera encore sans que le nouveau service voie ses salles meublées et ses portes ouvertes. Les dossiers continueront à dormir, et les employés à se reposer sous l'œil bienveillant de leur aimable directeur.

Ne rien faire et se laisser vivre, c'est là la devise du haut en bas de l'échelle administrative. S'il n'y avait plus ni malades, ni médecins, comme les jours s'écouleraient plus heureux et plus tranquilles encore dans les bureaux de l'avenue Victoria !

MM. Oddo et de Luna (de Marseille) envoient, à la Société médicale des hôpitaux (24 avril), une étude sur l'**hyperchlorhydrie du premier âge**. Ils rappellent que Leo et Klopatt (ils auraient pu ajouter Hayem, Winter et Thiercelin) n'ont pas trouvé d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique des nourrissons à l'état normal. Sur les 50 sujets qu'ils ont eux-mêmes examinés, ils en ont rencontré huit fois, chez des enfants dont l'âge variait de quatre à vingt et un mois. L'acidité totale était, en général, très élevée. Malheureusement, leurs recherches chimiques n'ont pas été faites avec une technique suffisante, et, si la présence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique peut être considérée dans ces conditions comme un phénomène intéressant, on ne peut pas, déclare M. Albert Mathieu, le considérer comme un signe d'hyperchlorhydrie vraie, comparable à celle de l'adulte.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) lit, au nom de M. Boisson, un travail sur la valeur d'un **signe prémonitoire de l'accès de fièvre paludéenne**. Les ongles perdent leur coloration rosée, pour prendre une teinte gris pâle, ardoisée, différente de la teinte violacée que l'on peut constater dans les états asphyxiques. Du reste, cette coloration particulière ne serait pas due à la réduction de l'hémoglobine, mais probablement à une altération particulière des globules rouges.

Le changement de teinte des ongles, dont il vient d'être question, peut annoncer l'éclosion prochaine d'un accès de fièvre intermittente et servir ainsi au diagnostic de l'impaludisme.

M. Hanot a eu l'occasion d'observer un cas de **cancer de l'ampoule de Vater**. Pendant la vie, il avait porté le diagnostic de cancer de la tête du pancréas. L'autopsie a montré que cette glande n'était nullement lésée. La lenteur de l'évolution de la maladie eût pu faire faire le diagnostic différentiel : en effet, le cancer de la tête du pancréas évolue, en général, avec une assez grande rapidité. La cachexie croissante amène à la mort en quelques mois. Or, dans le cas de M. Hanot, la terminaison fatale n'est survenue qu'au bout de deux ans.

Un enfant de dix-huit mois, fort et vigoureux, entre dans le service de M. Variot avec deux petites plaques diphtériques, très limitées sur les piliers antérieurs du voile du palais. Il présente du tirage et du cornage ; on diagnostique croup avec spasme phréno-glottique. On pratique le tubage et on injecte 15 centimètres cubes de sérum antidiphtérique le premier jour et 10 centimètres cubes le lendemain. Il se produit alors une élévation générale de la température qui dépasse 40 degrés et le malade meurt. A l'autopsie, pas de fausses membranes laryngées, pas de lésions du larynx dues au tubage, rien autre chose que des suffusions hémorragiques du poumon, insuffisantes pour expliquer la terminaison mortelle dans ce cas de diphtérie en apparence peu grave.

Est-ce donc **un cas de mort dû au sérum antidiphtérique** ? M. Variot déclare ne pas trouver d'autre interprétation plausible. Peut-être est-on tombé sur un échantillon de sérum avarié. En tout cas, il y voit un argument contre l'injection préventive. Il a du reste vu à plusieurs reprises la mort rapide survenir chez des enfants injectés après une élévation marquée de la température. Il ne faut donc manier le sérum qu'avec prudence et ne pas l'injecter sans nécessité bien nette.

M. Sevestre ne considère pas comme démontré que le sérum ait été la cause de la mort. L'enfant ayant été momentanément repris par les parents, on ne sait pas exactement ce qui s'est passé ; peut-être l'a-t-on alimenté d'une façon inconsidérée. Le sérum est une substance d'une telle utilité qu'il faut éviter de l'accuser à la légère de méfaits qu'il n'a pas commis. Du reste, tous les médicaments peuvent être nuisibles. Il y a eu des cas de mort par l'antipyrine ; doit-on donc renoncer à son emploi ?

Évidemment M. Sevestre a raison, mais M. Variot n'a pas tort non plus d'attirer l'attention sur le danger possible du sérum de Roux.

M. Potain fait, à l'aide de tracés nombreux, une longue étude sur l'**anacrotisme**, dont M. Huchard avait parlé dans la dernière séance, en le donnant comme un signe probable de rétrécissement aortique. Pour M. Potain, ce ressaut de l'onde pulsatile peut se rencontrer même à l'état normal ; les conditions qui lui donnent naissance sont complexes et il n'a, en réalité, aucune valeur séméiologique.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

Neuro-fibromatose cutanée avec xanthome profond du bras droit.

Par M. Xavier Delore (de Lyon),
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Les malformations cutanées, d'origine congénitale, peuvent se manifester sous des formes variées ; c'est ainsi qu'à côté de tumeurs volumineuses et quelquefois uniques, on peut rencontrer des néoplasies multiples de la peau, dont le nombre peut être considérable comme dans l'observation qui fait l'objet de cette note. L'aspect clinique de ces tératomes cutanés n'est pas moins différent que leur nombre. Toutes ces productions ont cependant un caractère commun : la congénitalité. Elles intéressent au premier chef, non seulement l'anatomo-pathologiste, mais encore le clinicien ; car leur développement, parfois considérable, leurs transformations toujours à redouter, nécessitent assez souvent leur ablation.

Il semble aujourd'hui que, dans la plupart des cas, on se trouve en présence d'une sorte de dystrophie nerveuse, soit que les lésions cutanées doivent être rattachées à des lésions encore mal connues du système nerveux central, soit que

l'on se trouve en présence d'altérations nerveuses périphériques, aboutissant à des névromes plexiformes ou des neuro-fibromes. Quelle que soit, du reste, la pathogénie de ces néoplasmes, il est intéressant, après les observations déjà publiées (Marie, *Cliniques*, 1896 ; Marie et Bernard, *Gaz. des hôp.*, mars 1896), de rapporter des faits similaires qui, un jour ou l'autre, nous permettront d'être mieux fixés sur la nature intime de ces néoplasies. Les cliniques de Marie contiennent un historique complet, et l'ouvrage est trop récent pour que nous n'engagions pas le lecteur à y recourir.

Toute tumeur, a-t-on dit, quelles que soient sa structure et sa bénignité apparente, est un pas fait dans la voie des transformations, et un acheminement vers une évolution plus maligne qui la classera alors parmi les tumeurs cancéreuses. Les tumeurs que nous avons en vue subissent, parfois, cette évolution nouvelle. C'est ainsi que, dans une observation de M. le professeur A. Poncet, où les néoplasies cutanées avaient tout à fait les mêmes caractères congénitaux et morphologiques que chez notre malade, un énorme sarcome sous-aponévrotique de la cuisse survint chez un homme de quarante-quatre ans, et nécessita l'amputation du membre.

Chez notre malade, nous avons également noté l'apparition, dans ces derniers temps, d'une tumeur sous-aponévrotique du bras, dont les caractères et la marche paraissaient, de prime abord, tout différents de ceux des tumeurs cutanées et qui, en effet, était constituée nettement par un autre tissu ; il s'agissait d'un xanthome profond du bras droit dont le volume dépassait celui d'un gros œuf. Cette masse pathologique, quoique différente d'aspect et de structure, mérite bien cependant d'être rattachée aux tumeurs cutanées; les tumeurs cutanées et la tumeur du bras relèvent d'une disposition congénitale des tissus et, nous le répétons encore, à un moment donné, elles sont susceptibles de revêtir des transformations qui en modifieront profondément le caractère et le pronostic.

L'hérédité paraît, dans certains cas, jouer un rôle dans leur développement. Dans une observation du névrome plexiforme diffus de la face observé chez un petit malade du service de M. le professeur Poncet, et publié par M. le professeur agrégé Collet dans la *Gazette hebdomadaire* (1), la mère de cet enfant avait la peau, du tronc surtout, couverte de tumeurs cutanées tout à fait semblables à celle du malade. Dans notre observation, il n'existe aucun antécédent héréditaire; le père, la mère, les frères du sujet sont indemnes de tumeurs.

Voici cette observation (2).

Observation. — R... (Joseph), scieur de long, âgé de trente-trois ans, entré le 26 février 1896 à la clinique chirurgicale de M. le professeur A. Poncet.

Cet homme, qui rentre pour une tumeur volumineuse du bras droit, présente, en outre, sur la plus grande partie du corps, des tumeurs nombreuses de volume et de consistance variables, dont le début remonte à la première enfance, et rappelant le syndrome décrit par Kölliker, sous le nom de neuro-fibromatose généralisée.

Il y a *trois ans*, cet individu reçut, sur la partie antéro-inférieure du bras droit, un coup violent qui nécessita un repos de quelques jours.

(1) Collet. *Gaz. hebd.*, 17 février 1894.

(2) Le malade a été présenté à la séance du 25 mars de la Société des sciences médicales de Lyon.

Quand le travail fut repris, toute trace de traumatisme avait disparu; le malade n'en conservait que le souvenir, quand, *un an après*, au siège du traumatisme, commença à apparaître une tumeur profonde, chaque jour plus volumineuse, qui bientôt vint faire une forte saillie en avant et en bas du bras droit, à quelques centimètres au-dessus du pli du coude.

Pendant les deux années de son évolution, ce néoplasme fut toujours indolore ; c'est seulement la gêne qu'il apporte dans le travail qui décide cet homme à réclamer les secours du chirurgien.

A son entrée, le 26 février, on constate, à quelques centimètres au-dessus du pli du coude et dans le sillon formé par les masses musculaires du biceps en dedans et des muscles épicondyliens en dehors, une tumeur du volume d'un poing, de forme fusiforme, recouverte d'une peau normale et présentant nettement, à son centre, de la fluctuation.

Cependant, en certains points, la tumeur a une consistance dure et pourrait éveiller l'idée d'une tumeur solide. Elle est très mobile sur les plans profonds, lorsque le bras est dans le relâchement; mais la mobilité disparaît quand on fait contracter les muscles qui enserrent ce néoplasme. On ne retrouve pas de signes de compression vasculaire ou nerveuse et aucun engorgement ganglionaire, aucun point douloureux. Le diagnostic porté fut abcès froid, en raison de la fluctuation.

En outre, sur le tronc, la face, le cou et les membres supérieurs, existent une infinité de tumeurs. Les unes sont sessiles, d'autres pédiculées rappelant le molluscum pendulum. Leur volume varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une grosse noix. La plupart ont une consistance molle et pâteuse, semblable à celle des hémorroïdes flasques ; quelques-unes sont réductibles et disparaissent par la pression ; d'autres, enfin, sont plus consistantes et fibreuses. Leur couleur est celle de la peau, d'une façon générale ; cependant, celles que nous avons signalées comme réductibles, présentent une coloration rouge violacé assez typique.

Ces tumeurs furent examinées à titre de curiosité ; personne ne songea à admettre un lien de parenté entre la tumeur majeure du bras droit, paraissant acquise, et les néoplasies congénitales du reste du tégument externe.

Le 28 février, M. Villard, chef de clinique, enleva au bistouri une tumeur située sur la paroi abdominale, et qui fut gardée pour l'examen histologique.

Il ponctionna la grosseur du bras droit après incision des plans superficiels. La canule ne livrant passage qu'à du liquide séreux, on fendit la poche avec le bistouri.

On constata alors la présence, au centre de cette tumeur, d'une cavité irrégulière contenant du liquide jaunâtre, très visqueux.

La périphérie était formée par une coque très dure, épaisse de 2 à 4 centimètres, qu'on énucléa assez facilement de l'interstice musculaire du biceps, des muscles épicondyliens et du brachial antérieur. Ce n'était évidemment pas un abcès froid; mais la nature histologique paraissant bizarre, M. Dor, chef du laboratoire, en fit l'examen.

Le malade est parti complètement guéri un mois après.

Les examens histologiques de M. le docteur Dor ont montré que les deux tumeurs enlevées, l'une cutanée et nettement congénitale par son évolution, l'autre profonde, sous-aponévrotique et paraissant de prime abord acquise, avaient toutes deux les caractères des productions tératologiques. La grosseur du bras droit était donc congénitale au même titre que les autres tumeurs cutanées et l'on aurait pu, dans notre cas, tout au moins y penser, en se rappelant les descriptions des auteurs qui ont insisté sur la neuro-fibroma-

tose généralisée (1). Voici, d'ailleurs, la note histologique que nous devons à l'obligeance de notre maître et ami, M. Dor :

Examen histologique d'une petite tumeur cutanée de la région thoracique. — La tumeur qui a été remise au laboratoire est essentiellement composée de bandes de tissu fibreux et mériterait de prendre le nom de molluscum fibreux, si l'on n'y rencontrait pas deux productions très importantes qui sont, d'une part, des petits faisceaux de fibres nerveuses et, d'autre part, des glandes se rapprochant tellement de l'aspect de glandes sudoripares normales que cette dénomination peut leur être appliquée avec certitude. Ainsi donc il s'agit d'une néoplasie qui mériterait le nom d'*hydradéno-neuro-fibrome*, ou plus simplement de tératome cutané.

Examen histologique d'une grosse tumeur du bras. — La tumeur est nettement encapsulée et par son aspect, sa consistance et ses dimensions, elle rappelle certains goitres charnus.

On rencontre des points colorés en rouge, d'autres franchement jaunes et d'aspect exanthémateux; enfin, il y a de nombreuses cavités remplies d'un liquide séro-fibrineux.

L'examen microscopique, pratiqué sur différents points, montre à peu près partout le même aspect.

Les points rouges sont seulement plus vasculaires et les kystes apparaissent simplement comme des dilatations plus considérables de lacunes dont toute la tumeur est criblée.

Les fragments ont été durcis soit à l'alcool, soit au sublimé, soit à l'acide osmique, et les différents réactifs qui ont été employés sont le picro-carmin, l'hématéine alunée et le mélange de Biondi.

Le stroma général de la tumeur est un tissu myxomateux très lâche, que l'on retrouve partout et dans les mailles duquel sont emprisonnés différentes cellules, ainsi que des vaisseaux sanguins. C'est aussi ce tissu myxomateux qui forme la limite des cavités kystiques qui communiquent toutes plus ou moins entre elles et n'ont pas de membrane limitante. De telle sorte que la tumeur peut être comparée assez exactement à une éponge.

Dans les parties les plus denses il existe des productions absolument étranges et sur la nature desquelles on peut faire différentes hypothèses. Ce sont d'immenses cellules ayant à première vue une vague ressemblance avec des cellules nerveuses, c'est-à-dire qu'elles sont cinq ou six fois plus grosses que les cellules myxomateuses, et qu'elles ont des ramifications multiples, mais lorsqu'on suit toutes les transformations de ces cellules on voit qu'elles apparaissent souvent sous forme de longues bandes rappelant plutôt une fibre nerveuse bien qu'il ne s'agisse certainement pas de pareilles formations. L'acide osmique les colore en brun, le réactif de Biondi en rouge, l'hématéine les laisse presque incolores et le picro-carmin leur donne une teinte jaune orangé. Dans un mémoire de Schmidt, inséré dans les *Archives de Virchow*, vol. 128, se trouve une planche où des cellules absolument identiques sont figurées; ce mémoire est une étude des modifications régressives du tissu adipeux et les cellules en forme de larges bandes ou de cellules nerveuses sont figurées comme représentant une des transformations que peuvent subir, d'après cet auteur, les cellules adipeuses; il semble donc qu'il faille envisager ces éléments comme étant des cellules adipeuses profondément modifiées.

(1) *Cliniques de Marie*, 1895.

Une autre particularité qu'il convient de signaler dans la tumeur est la présence de cellules rondes, à gros noyaux entourant tous les vaisseaux et devenant de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne du centre de chaque production vasculaire. Il n'existe aucune prolifération interne de la paroi du vaisseau, et le sang contenu à leur intérieur paraît constitué exclusivement par des globules rouges, la paroi elle-même du vaisseau ne semble pas hypertrophiée, mais immédiatement autour du vaisseau et au sein du tissu myxomateux dans lequel il est plongé on voit une couronne complète de ces cellules rondes à gros noyau et la largeur de cette couronne est constituée par, au moins, 6 ou 7 cellules dans chaque point que l'on considère, de sorte que la meilleure comparaison que l'on puisse donner est celle d'un lobule hépatique, tout en faisant remarquer que les cellules ne sont nullement tassées les unes contre les autres et qu'elles sont toutes libres au sein d'un tissu myxomateux. Ces cellules sont bien différentes des cellules adipeuses transformées qui, d'ailleurs, ne sont jamais en contact direct avec des vaisseaux; elles se colorent bien surtout avec l'hématéine qui montre leurs gros noyaux. Si l'on admet l'existence de cellules périthéliales autour des vaisseaux, c'est à la prolifération de semblables cellules qu'il faut penser.

En somme, la tumeur que nous avons examinée apparaît comme une production tératologique qu'il est difficile de classer. Il nous semble que l'on a inscrit sous la rubrique de xanthomes un certain nombre de tumeurs dont la description se rapproche plus ou moins de la nôtre, mais cesserait, à notre avis, dissimuler notre ignorance que de conclure simplement que notre tumeur était un xanthome, car rien ne nous paraît plus mal établi que l'existence même de cette variété de tumeurs.

Nous aimons mieux conclure en disant que la tumeur que nous avons examinée était une production tératologique développée aux dépens du tissu conjonctif, au même titre qu'étaient développées aux dépens de la peau toutes les petites tumeurs dont le malade était couvert.

OSTÉOPÉRIOSTITES MULTIPLES

CONSÉCUTIVES A LA FIÈVRE TYPHOÏDE; ABSENCE DU BACILLE D'EBERTH DANS LE PUS (1)

Par MM. Tuffier et Widal.

Les observations d'ostéomyélites consécutives à la fièvre typhoïde, avec présence de bacilles d'Éberth dans le pus, vont sans cesse en se multiptiant et M. Catrin en a rapporté encore une intéressante observation dans la dernière séance. Le bacille d'Eberth peut se rencontrer dans le pus, longtemps après le début de ces ostéomyélites, dont l'évolution, comme l'un de nous l'a montré avec M. Chantemesse, peut se faire d'une façon froide et apyrétique, sous le masque d'une ostéopathie syphilitique ou d'abcès froids de la tuberculose.

Nous venons d'observer, chez un ancien typhique, des ostéites multiples des tibias ayant suivi cette évolution et dont le pus, examiné seize mois après le début de la maladie, ne contenait plus de microbes. Ce fait, en raison de sa rareté, nous a paru mériter d'être rapporté.

Notre malade a commencé à souffrir d'une fièvre typhoïde

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

le 14 octobre 1894. La maladie fut de moyenne intensité, mais de longue durée, et nécessita deux mois de lit et trois mois de convalescence. Un mois après sa sortie de l'hôpital, cet homme vit se développer une tuméfaction vers la partie moyenne de la face interne du tibia gauche. Dans les premiers jours de son développement, cette tumeur fut extrêmement douloureuse; depuis cette époque, elle est toujours restée indolente.

Cette première périostite fut, à quelques jours de distance, suivie d'une seconde, développée sur le même tibia, à trois travers de doigt plus bas, puis d'une troisième, siégeant cette fois à la partie supérieure du tibia droit. Tandis que la périostite du tibia droit resta toujours identique à elle-même, sans augmenter de volume, celles du tibia gauche se ramollirent et s'abcédèrent.

A l'entrée du malade à la maison de santé, en février 1896, ces trois tumeurs présentaient l'aspect suivant :

Celle qui siège sur la partie supérieure du tibia droit offre la consistance d'une hyperostose dure et présente l'aspect d'un segment d'ovoïde, long de 5 à 6 centimètres et large de 4. Cette hyperostose est indolente, sauf en un point de la partie supérieure. Des deux tumeurs de la jambe gauche, la supérieure est grosse comme un œuf de poule, fluctuante, immobile sur le tibia, et son contour est limité par un petit rebord osseux, que l'on sent sous la peau qui a conservé sa coloration normale. La seconde inférieure, plus petite, présente les mêmes caractères. Ces abcès périostés ont évolué depuis plus d'un an et d'une façon chronique, sans fièvre et sans réaction, à la façon d'abcès froids.

L'incision de ces deux abcès, faite le 9 février, donne issue à un pus jaune clair et huileux qui, ensemencé en grande quantité, en divers milieux, ne fournit de cultures ni de bacilles d'Eberth, ni d'aucun autre microbe.

Le 14 mars, on incise une collection fluctuante du volume d'un haricot, située au-dessus de l'hyperostose, on en extrait des parcelles de fongosités dont les ensemencements sont restés également stériles.

Le bacille d'Eberth peut vivre durant de longs mois dans le pus d'une ostéomyélite typhique et l'un de nous (1) a rapporté précédemment un cas où ce microbe existait encore dans le pus dix-huit mois après le début de la dothiénentérie. Sultan (2) a même publié récemment une observation où le bacille d'Eberth fut retrouvé dans le pus d'une ostéite claviculaire, six ans après l'évolution d'une fièvre typhoïde. Nous avons rapporté, d'autre part, un cas d'ostéite typhique costale ayant duré dix ans, mais observé à une époque où l'on ne pratiquait pas encore de recherches bactériologiques (3). L'observation présente nous montre, contrairement à la règle, l'absence de bacilles d'Eberth dans le pus d'ostéites typhiques devenues processus éteints. Ce microbe avait, sans doute, fini par mourir dans le pus de ces ostéites datant de seize mois, comme le pneumocoque meurt parfois dans le pus des suppurations post-pneumoniques.

---

(1) Chantemesse et Widal. Des suppurations froides consécutives de la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique, Soc. méd. des hôpit., 24 nov. 1893.

(2) Sultan. Beitrag zur Kenntniss der post-typhœsen Eiterung, *Deuts. Med. Wochens.*, 1893, nº 34, p. 675.

(3) Widal. Ostéomyélite costale ayant évolué dix ans à la suite d'une fièvre typhoïde, Soc. méd. des hôpit., 15 déc. 1893.

REVUE DE LA PRESSE

Stérilisation du catgut. — M. V. Gueynatz recommande les deux procédés suivants de stérilisation parfaite du catgut, vérifiés par de nombreuses expériences sur des animaux.

Le premier procédé consiste dans l'emploi d'une solution de nitrate d'argent à 0,5 p. 100, dans laquelle on laisse le catgut dégraissé, pendant vingt-quatre heures; on peut ensuite le conserver soit dans de l'alcool, soit séché. Le nitrate d'argent n'a aucune influence défavorable sur les propriétés du catgut : ce dernier conserve sa souplesse et sa solidité; le nœud, fait avec ce catgut, tient très bien.

On peut également obtenir une stérilisation absolue en soumettant le catgut à l'action de la chaleur sèche à 150 degrés pendant deux heures. Si le catgut est bien dégraissé et séché, la chaleur ne l'altère point; ce n'est qu'une température supérieure à 150 degrés qui le rend cassant. (*Wratsch*, 1895, nos 50, 51.)

Le massage en gynécologie. — L'emploi du massage dans les affections utéro-annexielles est très discuté par les chirurgiens; pour un grand nombre de cliniciens, cependant, appliqué avec prudence et aux cas appropriés, le massage peut rendre des services réels, tel est l'avis de M. A. Ponomarioff, qui emploie le massage systématiquement depuis trois ans et qui arrive, dans un travail fait à ce sujet, aux conclusions suivantes.

Le massage est indiqué : 1° dans les cas d'involution insuffisante de l'utérus, surtout après un avortement; grâce au massage, l'utérus revient rapidement à son volume antérieur sans provoquer ni hémorragies, ni affections chroniques quelconques.

2° La métrite chronique, qui n'est pas encore arrivée à la sclérose, s'accompagne de règles douloureuses avec endométrite consécutive, cède assez facilement au massage qui empêche la stase et fortifie la musculature utérine.

3° Le massage agit également très bien en cas de déplacement de l'utérus ou des annexes, en fortifiant le muscle utérin et les ligaments.

4° Dans les para et péri-métrites chroniques, le massage aide à la résorption des exsudats; les adhérences s'amincissent et se résorbent également; si elles sont très épaisses, elles se distendent d'abord, puis se rétractent et ramènent ainsi l'utérus en place.

5° Le massage peut, en outre, être utile dans certains cas pour aider le diagnostic : quand, par exemple, les limites entre l'utérus et une tumeur bénigne sont peu nettes, le massage, en diminuant le volume de cet organe et en supprimant les infiltrations, permet de se rendre mieux compte de l'état des organes.

D'autre part, le massage est contre-indiqué dans les cas suivants : grossesse utérine ou extra-utérine, tumeurs malignes du petit bassin, septicémie et pyohémie, salpingite et péri-oophorite blennorragiques aiguës, toutes les pyrexies aiguës.

Quant à la technique, l'auteur a recours, en général, aux procédés les plus simples, la malade étant dans le décubitus dorsal, les jambes légèrement fléchies; les séances étaient de 5 à 10 minutes et avaient lieu, soit tous les jours, soit deux ou trois fois par semaine, suivant l'intensité de la douleur. (*Mém. de la Soc. méd. de l'Oural*, t. IV, p. 1.)

Traitement de la diphtérie par le chlorhydrate de pilocarpine. — M. S. Barsky rapporte les résultats d'observations recueillies par lui, dans une récente épidémie de diphtérie. Sur 95 cas, 31 se sont terminés par la mort; l'épidémie était donc assez grave. Sur ces malades, 48 n'étaient traités que par la pilocarpine, et 8 seulement mou-

rurent; de 17 malades traités à la fois par le sérum et la pilocarpine, il n'en mourut que 3; enfin, il y eut 19 morts sur 24 cas non traités.

D'autre part, sur 16 cas graves non traités, il y eut 14 décès, tandis que sur 23 cas de même gravité, mais où l'auteur recourut à la pilocarpine, il ne perdit que 7 malades.

Sous l'influence de ce médicament, les phénomènes locaux s'améliorent; cinq à six heures après l'injection et à la suite d'une salivation abondante, les enduits se ramollissent et les fausses membranes sont rejetées.

Il est très rare que de nouvelles fausses membranes se forment; en deux ou trois jours, le pharynx est complètement détergé. En même temps, l'état général s'améliore. Jamais l'auteur n'a constaté d'accidents quelconques, directement provoqués par la pilocarpine.

On peut employer, avec avantage, la pilocarpine en même temps que le sérum, puisque ce dernier n'agit que contre le bacille Klebs-Lœffler seul, tandis que la pilocarpine donne aussi des résultats favorables dans les cas d'infection mixte.

Les effets curatifs de la pilocarpine s'expliquent par les faits suivants: 1° en augmentant la sécrétion salivaire et muqueuse, la pilocarpine favorise le ramollissement et le détachement des fausses membranes, et entraîne mécaniquement les bactéries de la cavité buccale.

2° Sous l'influence de la pilocarpine, la salive devient acide; or, ce milieu est impropre au développement des bactéries diphtériques.

3° La sécrétion exagérée de sueur, de salive et de mucus favorise l'élimination des toxines.

4° La pilocarpine active la leucocytose.

Quant au mode d'emploi, dans les cas légers M. Barsky administre la pilocarpine, à l'intérieur, d'après la formule suivante:

Chlorhydrate de pilocarpine . .	2 à 6 centigrammes
Carbonate d'ammoniaque . .	1 à 2 grammes
Hypochlorite de potassium . .	2 à 4 —
Eau distillée . .	60 à 120 —
Cognac . .	} aa 30 —
Sirop de sénega . .	

à prendre toutes les heures une cuillerée à café, à dessert ou à soupe suivant l'âge.

Dans les cas graves, on commençait par faire une injection de 1/4 à une seringue entière d'une solution de pilocarpine à 2 p. 100, c'est-à-dire de 5 milligrammes à 2 centigrammes; puis, pour entretenir l'action du médicament, on l'administrait à l'intérieur. Si, au bout de vingt-quatre heures, il n'y avait pas d'amélioration, on faisait une autre injection, mais jamais l'auteur n'a eu besoin de le faire plus de deux fois. Dans les cas où la pilocarpine était associée au sérum antidiphtérique, on commençait par l'administration de pilocarpine par voie interne et hypodermique; le sérum n'était injecté que le lendemain, s'il n'y avait pas d'améliortion.

Jamais l'auteur n'a eu besoin de recourir au traitement local, ce qui n'est pas sans importance, étant donné sa difficulté chez les tout petits enfants. (*Wratsch*, 1895, n°s 45-48.)

Diphtérie oculaire, son traitement par le sérum. — Le professeur Yevetzky a rapporté à la Société de pédiatrie de Moscou, deux cas de conjonctivite diphtérique vraie traités avec succès par le sérum antidiphtérique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de un an, entré pour une conjonctivite datant de huit jours. A l'examen, on trouvait sur la conjonctive une fausse membrane se détachant facilement. A l'examen bactériologique, on y trouva de nombreux bacilles pathogènes.

Les phénomènes locaux s'aggravant de plus en plus, l'auteur fit à l'enfant une injection de 5 centigrammes de sérum, et une autre le lendemain. Grâce à ce traitement, la formation des fausses membranes diminua très rapidement et, au bout de deux jours, l'enfant guérit.

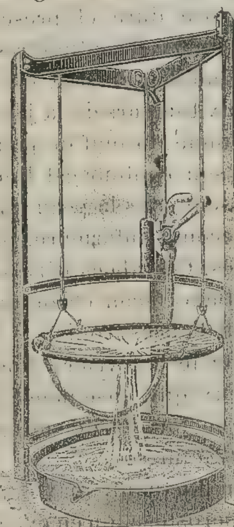
Le second cas se rapporte à un enfant de trois ans et demi, atteint d'une conjonctivite bilatérale; à l'examen des fausses membranes qui couvraient les conjonctives, on trouva les bacilles de Klebs-Lœffler qui existaient aussi dans l'exsudat de l'ulcération siégeant sur un des poignets. Dans le mucus du nez et de la bouche, dont les muqueuses étaient saines en apparence, on trouva également quelques bacilles diphtériques. Chez cet enfant, comme chez le premier, deux injections de sérum amenèrent rapidement la guérison.

S. BROÏDO.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Projecteur hydrothérapique Belleville.

Le projecteur hydrothérapique Belleville est destiné à l'usage des personnes qui se douchent à domicile et ne nécessite pas d'intervention étrangère pour l'application de la douche. L'appareil se compose essentiellement d'un anneau tubulaire percé de trous, mobile dans le sens vertical. L'anneau est suspendu à des cordelettes qui passent sur des poulies fixées à un bâti, et se réunissant pour supporter un contrepoids qui équilibre le système. L'eau à la pression convenable est amenée au robinet fixé à l'un des montants du bâti, et distribuée à l'anneau par l'intermédiaire d'un tuyau en caoutchouc.



La manœuvre est la suivante: la personne qui veut se doucher se place debout dans le tube à l'intérieur de l'anneau, puis, après avoir ouvert le robinet, fait monter et descendre l'anneau pour s'asperger complètement, ou, si cela est nécessaire, l'arrête à la hauteur convenable pour localiser l'effet de l'eau sur une partie déterminée du corps.

L'appareil occupe une surface horizontale d'un mètre carré environ, et a deux mètres de haut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le samedi 30 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 1er mai, et sera clos définitivement le vendredi 15 du même mois, à trois heures.

— M. le docteur Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, fera dans cet hôpital, à partir du mercredi 13 mai, à trois heures et demie, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du tube digestif.

Il les continuera les mercredis suivants à la même heure. Des démonstrations pratiques, soit au laboratoire, soit au lit du malade, auront lieu le vendredi matin, à neuf heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

nies, permettaient de prévoir les services qu'il rendrait dans la neurasthénie. Les événements ont montré le bien fondé de cette espérance, et l'on peut dire maintenant que le Bromidia est un des plus puissants agents médicinaux dont nous disposions dans le traitement de la neurasthénie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1896. — Présidence de M. Hervieux.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. POZZI fait observer qu'on n'est pas d'accord sur la question des indications opératoires dans l'appendicite, médecins et chirurgiens restent souvent dans l'indécision sur l'opportunité de l'opération. Il y a des faits qui semblent plutôt médicaux, d'autres plutôt chirurgicaux, et la limite entre les deux catégories est difficile à établir. M. Pozzi rapporte un fait montrant qu'il peut exister des formes cliniques, en apparence très bénignes, évoluant insidieusement sans symptômes graves, et donnant naissance à des accidents redoutables, mortels, si l'opération n'est pas exécutée immédiatement.

Un homme qui présentait depuis deux jours une légère diarrhée ressentit, le 9 avril au matin, une violente douleur dans la fosse iliaque droite et fut pris de vomissements muqueux. Quelques heures plus tard, il éprouvait des douleurs dans la région du foie et, ayant été soigné autrefois pour des coliques hépatiques, il crut au retour d'un nouvel accès. En examinant l'abdomen, on constatait l'existence d'un point extrêmement douloureux au siège classique de l'appendice, avec irradiation sur l'abdomen et vers la région de l'hypocondre droit. Pas de ballonnement, ni d'empâtement; température 38°2.

Depuis l'âge de onze ans, ce jeune homme souffrait de crises de coliques siégeant dans le flanc droit et la position assise pendant plusieurs heures en déterminait souvent le retour. Plus tard, il avait présenté des accidents gastriques, soignés et améliorés par les lavages de l'estomac.

M. Pozzi pensa qu'il s'agissait de crises d'appendicite à répétition, avec phénomènes gastriques réflexes qui avaient passé pour des coliques hépatiques.

Le 10 avril, l'état général était meilleur, la température tombait à 37°2. Mais les signes locaux persistant, il décida le malade à une intervention immédiate, malgré l'absence de fièvre et un état général qui ne semblait pas réclamer une intervention urgente. Après incision de la paroi, il tomba sur le gros intestin adhérent, en arrière duquel il découvrit l'appendice gros, dur, fixé sur la face postérieure du cæcum. Il abaissa ce dernier et énucléa l'appendice entouré d'adhérences glutineuses et faibles. Il ne trouva ni pus, ni exsudat liquide; il réséqua l'appendice après une double ligature et l'enfonça dans la paroi du cæcum sur lequel il fit quelques points de suture de Lembert. Drainage et suites opératoires parfaites.

L'appendice enlevé était gros, violacé, œdémateux et présentait une perforation cratériforme grisâtre, sphacélée.

L'intérêt de ce cas réside dans ce fait que la lésion de l'appendice ne répondait nullement aux symptômes cliniques. Ceux-ci semblaient indiquer seulement l'existence d'une appendicite catarrhale ou pariétale et l'absence de toute réaction péritonéale, de fièvre, d'état général grave, semblait devoir faire écarter l'opération. L'abstention aurait été suivie en réalité des accidents les plus sérieux.

M. Pozzi croit donc que jamais il ne faut, quand le diagnostic d'appendicite est posé, différer l'intervention, car on ne peut, dans aucun cas, répondre qu'il ne se produira pas une perforation suivie d'une péritonite plus ou moins étendue. D'autre part, si les signes locaux s'amendent, si le danger paraît éloigné, l'avenir montre que ces malades restent des infirmes, continuellement tourmentés par des névralgies, des troubles dyspeptiques, etc.

M. Pozzi attache une grande importance, au point de vue pathogénique, à la coudure de l'appendice, en arrière du cæcum, qu'il croit capable, en l'absence de calculs, comme dans le cas actuel, d'être l'origine des phénomènes inflammatoires. Il pense, en effet, que cette torsion de l'appendice est très comparable, comme effets, à celle du pédicule des kystes de l'ovaire. Sous l'influence de sa coudure, l'appendice est oblitéré, sa cavité est transformée en cavité close et les germes qu'elle contient exaltent leur virulence. D'autre part, cette coudure apporte des troubles circulatoires qui sont cause de la gangrène et de la perforation.

Cette disposition de l'appendice est encore intéressante au point de vue étiologique. L'appendicite familiale est un fait connu, il est possible qu'elle reconnaisse pour cause une attitude vicieuse héréditaire familiale de l'appendice.

M. Pozzi communique une seconde observation qui prouve la possibilité d'accidents infectieux à distance sans accidents locaux importants.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° Les types cliniques divers qui ont été décrits par les auteurs (appendicite suraiguë perforante, — appendicite pariétale simple avec coliques appendiculaires, — appendicite subaiguë, — appendicite chronique à rechutes, etc.) méritent d'être distingués au point de vue symptomatique;

2° Mais au point de vue du pronostic, ils tendent à se confondre : on doit se souvenir que toute appendicite confirmée, quel que soit le type auquel elle appartienne et quelle que soit sa bénignité apparente, peut tendre rapidement vers la perforation; si elle guérit, elle tend à la récidive;

3° Toutes les fois qu'un appendice donne lieu à des accidents locaux et généraux, quelle qu'en soit la gravité, il doit être enlevé sans retard. En effet : ou bien ces accidents font courir immédiatement un danger de mort, ou bien, s'ils s'apaisent momentanément, ils laissent le malade attein d'une infirmité souvent pénible et toujours menaçante.

M. DIEULAFOY apporte à son tour une observation d'appendicite. Il s'agit d'un jeune homme qui, il y a quelque temps, eut une attaque de colique appendiculaire avec abcès vidé dans le cæcum. Après quelques accidents variés la guérison survint. Puis quinze jours après, nouvelle poussée; alors il fait passer le malade en chirurgie dans le service de M. Le Dentu, et comme la température était peu élevée, qu'il y avait peu d'empâtement, on attend et ce n'est que quinze jours après que M. Le Dentu fait une opération à froid.

Or, il trouva un appendice de 8 centimètres de long, tuméfié, dirigé en arrière, présentant un rétrécissement, puis une extrémité piriforme remplie de pus. Les parois étaient villeuses. Il y avait des adhérences épiploïques. Le processus avait donc dû être le suivant : il y avait eu rétrécissement de l'appendice, puis fermeture, production d'une cavité close, exaltation de virulence du coli-bacille et du streptocoque contenus dans cette cavité, production d'un abcès et d'une petite perforation qui s'était bouchée. Puis quinze jours après, il s'était formé un nouvel abcès que l'opération permit de découvrir et d'enlever avec l'organe tout entier.

Vous voyez donc que l'appendice, dès qu'il est malade, constitue à tout le moins une épine inflammatoire. Il faut donc l'enlever le plus tôt possible. Dans certains cas, c'est le seul moyen de sauver le malade au moment même, dans tous, c'est le seul procédé pour le guérir radicalement d'une véritable infirmité chronique et pénible, et lui éviter les accidents subits et imprévus, souvent mortels, qui peuvent éclater du fait des altérations pathologiques de son appen-

dice. Comme l'a dit M. Pozzi, c'est une flèche empoisonnée : *Hæret lateri letalis arundo*... Il faut l'en extraire à tout prix.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1896, M. Reisser (Georges), médecin de colonisation à Oued-Fodda (Algérie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

— MM. Dumas et Moreigne (de Paris) sont nommés officiers d'Académie.

— *École de médecine de Caen.* — Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite École.

Un autre concours s'ouvrira, le 9 novembre 1896, devant l'École de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *École de médecine de Clermont.* — La chaire d'hygiène et thérapeutique est supprimée. Il est créé une chaire d'histologie.

M. Frédet, professeur d'hygiène et thérapeutique, est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Petit, professeur de pathologie externe, est nommé professeur honoraire.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Brœmer est nommé professeur de matière médicale.

M. Pénières, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

M. le docteur Rémond est nommé professeur de thérapeutique.

— Conformément à la délibération prise par le Conseil municipal de Paris, il est institué une Commission spéciale à l'effet d'étudier et de déterminer les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Sont désignés pour faire partie de la Commission dont il s'agit : MM. le professeur Brouardel, président; Bompard, vice-président du Conseil municipal; Clairin, membre du Conseil municipal; le professeur Debove; les docteurs Dubrisay, Duguet et Gibert; le professeur Grancher; le docteur Hanot; les professeurs Landouzy et Lannelongue; les docteurs Letulle et Levraud; A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation de la Ville de Paris; les docteurs Navarre et Perier; le professeur Potain; Risler, maire du VII[e] arrondissement; le docteur Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur; Strauss, président de la V[e] Commission du Conseil municipal; le docteur Thoinot, médecin des hôpitaux; Félix Voisin, membre de la Cour de cassation.

M. le docteur Thoinot remplira les fonctions de secrétaire.

— L'« Union médicale du Nord-Est » signale, avec très juste raison, les inconvénients de l'affichage des infirmités des conscrits.

« N'y a-t-il pas là un véritable abus qui peut porter le plus grand préjudice à l'avenir d'un jeune homme, à ses intérêts, à son mariage futur? — On peut remédier à cette violation du secret par l'État, que la loi poursuivrait avec rigueur s'il s'appelait violation du secret médical. — Il suffirait d'inscrire, à la place de l'infirmité, un mot général, comme celui d'inaptitude ou de défaut, etc. On empêcherait ainsi, en grande partie du moins, qu'une infirmité, entraînant l'exemption du service militaire, fût connue de tous les compatriotes du réformé. — Car, c'est déjà assez pénible pour un pauvre garçon se présentant devant le conseil de revision de voir son infirmité révélée, non seulement aux membres du conseil, mais encore aux autres assistants, tels que les maires des communes et aux jeunes gens de sa classe appelés, en même temps que lui, à passer la visite. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Naquard (de Toul), étudiant en médecine à Nancy.

— CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition nationale suisse à Genève.* — A l'occasion de l'Exposition qui aura lieu à Genève du 1[er] mai au 15 octobre 1896, des billets d'aller et retour de toutes classes, et à prix réduits, valables 30 jours, seront délivrés par toutes les gares du réseau P.-L-M., à partir du 25 avril jusqu'au 15 octobre.

La validité de ces billets pourra être prolongée de deux fois 15 jours, moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix des billets. Les billets d'aller et retour délivrés de Paris pour Genève, à partir du 15 mai jusqu'au 30 septembre, seront valables 40 jours.

— *Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : Grande-Chartreuse, Gorges de la Bourne, Grands Goulets, Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, Route de Briançon et Massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide de la C[ie] P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 75 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

— Billets d'aller et retour de Paris à Berne, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1[re] classe 101 fr.; 2[e] classe 75 fr.; 3[e] classe 50 fr. — De Paris à Interlaken, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1[re] classe 112 fr.; 2[e] classe 82 fr.; 3[e] classe 55 fr. — De Paris à Zermatt (Mont-Rose) viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne, sans réciprocité : Prix, 1[re] classe 140 fr.; 2[e] classe 108 fr.; 3[e] classe 71 francs.

Valables 60 jours avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Interlaken en 15 heures, sans changement de voiture en 1[re] et 2[e] classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre. Ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours P.-L.-M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie des voies urinaires, par le docteur J.-M. LAVAUX, ancien interne des hôpitaux, professeur libre de pathologie des voies urinaires à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. Tome I[er] : *Maladies de l'urèthre.* — Prix : 4 francs. — Paris, A. Coccoz.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques (clinique et médecine légale), par le docteur Victor PARANT, médecin directeur de la Maison de santé de Toulouse, membre de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres, et de la Société de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° de 173 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie a décerné le prix Ricord à MM. Pereire et Huguet. Nous sommes heureux de féliciter notre collaborateur M. Huguet, médecin-major aux hôpitaux de la division d'Alger.

Le prix Duval a été décerné à M. le docteur Donnadieu (de Bordeaux), le prix Gerdy à M. le docteur Mauclaire (de Paris) et le prix Demarquay à M. le docteur Sieur, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 16 avril 1896, les médecins du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour le régiment d'Algérie affecté à la relève de Madagascar :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Larroque et Rocheblave. — MM. les médecins aides-majors de première classe Verse et Lejonne.

MM. Larroque et Rocheblave seront placés dans la position hors cadres, à dater du jour de leur embarquement.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Louis-Alexandre Petit, médecin en chef de la marine retraité. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui vendredi, à dix heures, en l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas, au milieu d'un grand concours de confrères et amis.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Par MM. les docteurs PASSANT et HAUTECŒUR.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1896.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	15	81	2	98
2e	14	21	4	39
3e	31	63	12	106
4e	46	88	52	186
5e	33	79	16	128
6e	14	37	11	62
7e	25	39	10	74
8e	7	22	4	33
9e	15	34	4	53
10e	45	69	14	128
11e	185	271	134	590
A reporter.	430	804	263	1497
Report.	430	804	263	1497
12e	42	68	31	141
13e	66	168	66	300
14e	58	107	38	203
15e	94	122	56	272
16e	19	24	12	55
17e	54	124	30	204
18e	165	246	74	485
19e	119	133	67	319
20e	233	400	145	778
	1280	2196	782	4254

La moyenne des visites est de 46,70 par nuit. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 41,1.

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites. . 237
Croup. 32
Coqueluche. 17
Affections de la bouche, nez, oreilles. 14

B. Asthme. 71
Affections du cœur. 178
Bronchites aiguës et grippe. 964
Bronchites chroniques, tuberculoses pulmonaires. 172
Pleuro-pneumonie, congestion pulmonaire. 89

C. Affections et troubles gastro-intestinaux. 387
Cholérine. 19
Dysenterie. 9
Athrepsie. 13
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . . 94
Hernie étranglée. 47
Rétention d'urine, orchites, etc. 40

D. Métrite, métro-péritonite. 87
Métrorragie. 92
Fausse-couche. 108
Accouchement, délivrance. 251
Accouchements non terminés. 149

E. Affections cérébrales. . . 149
Convulsions, éclampsies. . . 107
Névralgie. 87
Névroses. 43
Épilepsie, hystérie. 112
Aliénation mentale. 3
Alcoolisme, delirium tremens. 47

F. Rhumatisme. 50
Affections éruptives, rougeole principalement. . . . 105
Fièvres. 51
Fièvre typhoïde. 16
Hémorragies de causes internes et externes. 135

G. Plaies, contusions. 141
Fractures, luxations, entorses. 37
Brûlures. 5
Empoisonnements. 17
Asphyxie par le charbon. . 11
Suicide. 6

H. Mort à l'arrivée du médecin. 75
Total. 4254

Les hommes entrent dans la proportion de 30,08 p. 100.
Les femmes — — 51,60 —
Les enfants — — 18,32 —

Visites du premier trimestre de 1896.	4254
Visites du premier trimestre de 1895.	3703
Différence en plus, pour 1896.	551

REVUE GÉNÉRALE

La blennorragie ano-rectale.

Par P. Mermet,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Synonymie. — Rectite blennorragique. Cristalline. — Proctitis gonorrhoica (des Anglais). — Gonorrhœa of the rectum (des Américains). — Mastdarmtripper (des Allemands).

Définition. — On comprend sous ce nom toutes les manifestations ano-rectales dues au gonocoque, quels que soient d'ailleurs le mode d'infection, le processus microbien, les allures symptomatiques et les conséquences ultérieures de l'affection.

II

Historique. — L'histoire de cette localisation du virus blennorragique est aussi ancienne que celle des maladies vénériennes elles-mêmes.

On a, en effet, décrit de tout temps, comme le dit Rollet (1), des maladies de l'anus de cause vénérienne et en particulier la blennorragie de cette région, consécutives à des rapports anormaux ou sodomiques. Mais ce n'est seulement que dans ces dernières années que la blennorragie ano-rectale a acquis son droit de cité réel dans le cadre des formes extra-génitales de la chaude-pisse, grâce à la découverte du gonocoque de Neisser dans les écoulements ano-rectaux.

On peut distinguer quatre périodes bien nettes dans l'histoire de cette affection.

Première période. — Dans cette période, qui comprend toute l'antiquité, la blennorragie ano-rectale se confond avec les diverses lésions causées ou entretenues par la pédérastie.

Son histoire remonte à l'époque biblique. On trouve, en effet, signalés dans le livre des Rois (2) des accidents du côté du rectum, semblant se rapporter à ceux d'une rectite et causés par la sodomie. Les Philistins qui en étaient atteints s'adonnaient, comme on le sait, au culte de Baal-Phlégor, et entre autres pratiques à la pédérastie. Chez eux, de plus, la blennorragie était chose commune comme l'attestent les mêmes textes bibliques (3). Le caractère essentiellement épidémique de cette rectite doit, sans aucun doute, concerner la rectite blennorragique et non point, comme le croit Hamonic (4), la rectite proliférante en général.

Chez les Romains, Celse (5) et Galien (6) signalent « les rhagades, les condylomes et les fics » de l'anus, si fréquents chez leurs contemporains.

(1) Rollet. Maladies vénériennes de l'anus, *Dict. encyclop. des sc méd.*, 1871, t. V, p. 491.
(2) *Bible*, *Des Rois*, chap. v et vi.
(3) *Bible*, *Lévitique*, chap. xv.
(4) P. Hamonic. Les maladies vénériennes chez les Hébreux à l'époque biblique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1886, t. VII, p. 511.
(5) A.-C. Celsus. *De re medica*, lib. VI, 18, nos 7 et 8.
(6) C. Galien. *Opera omnia*, lib. VI, 6.

Aetius (1) rattache à l'inflammation et aux écoulements « d'humeurs âcres » ces diverses lésions.

Paul d'Egine, les Arabes et les Arabistes (Mesué, Avicenne, Albucasis, Guillaume de Salicet, Lanfranc) mentionnent les ulcérations anales et les phlegmasies de cette région.

Toutes les maladies décrites par ces auteurs, écrit Rollet, n'étaient pas la syphilis, car celle-ci était encore inconnue. Il est vraisemblable que, pour la plupart, elles se rapportaient par conséquent à la blennorragie. Cette opinion de Rollet doit-elle être conservée? Il ne le semble pas. Les recherches modernes, résumées dans les études de Rosembaum (2), Buret (3), etc., ont, en effet, montré que la syphilis a existé de toute antiquité. Toujours est-il que, parmi ces lésions ano-rectales, décrites par les anciens, une juste part doit être faite à l'une et à l'autre des deux grandes maladies vénériennes, la syphilis et la blennorragie.

Deuxième période. — La deuxième période de cet historique s'étend de l'époque de l'invasion de la syphilis en Europe ou plutôt des véritables épidémies de syphilis du moyen âge jusqu'au commencement de ce siècle. Durant toute cette longue série d'âges, les médecins, dominés par le caractère quasi-épidémique de la vérole, attribuèrent toutes les manifestations vénériennes, et celles de l'anus en particulier, au mal français.

C'est ainsi que Brassavola (4) décrit la contagion du morbus gallicus à la suite de rapports sodomiques. Après lui, tous les auteurs de cette période qui ont écrit sur les maladies vénériennes, Botalli (5), Ferrier (6), Fernel (7), Vercelloni (8), Astruc (9), Fabre (10), etc., ont rangé la syphilis parmi celles qu'on voit se transmettre à l'anus à la suite de rapports anormaux. A l'exemple d'Astruc, ils donnent une description plus ou moins complète des crêtes, fics ou rhagades de l'anus, lésions que nous rangeons en partie aujourd'hui dans les accidents tertiaires de la vérole.

Troisième période. — Elle commence avec le grand schisme dans l'histoire des maladies vénériennes, avec l'isolement de la blennorragie d'avec la syphilis. Dans cette période, les cliniciens insistent surtout sur les symptômes de la blennorragie rectale et son mode de transmission; mais dépourvues de contrôle bactériologique, leurs observations sont souvent erronées et les observations qu'ils citent laissent parfois subsister un doute sur leur véritable nature pathogénique.

Hecker (11), le premier, publie cependant dans son traité un cas irréfutable de blennorragie ano-rectale; il fait voir, en outre, que celle-ci peut survenir chez l'homme et chez la femme, à la suite du coït anal.

(1) A. Aetius. *Opera*, lib. XIV, 2, p. 5.
(2) S. Rosembaum. *Histoire de la syphilis dans l'antiquité*. trad. franç., Bruxelles 1847.
(3) F. Buret. *La syphilis aujourd'hui et chez les anciens*, 1890.
(4) A.-M. Brassavola. *Aphrodisiacus*, 1550, t. I, p. 674.
(5) L. Botalli. *De veneræ curanda ratio*, Paris 1563.
(6) A. Ferrier. *De lue hispanica sive morbo gallico*, Anvers 1564.
(7) J. Fernel. *De luis venereæ curatione perfectissima liber*, Anvers 1579, chap. v.
(8) J. Vercelloni. *De pudendorum morbis et lue venerea tetrabiblion*, Leyde 1722, p. 162.
(9) Astruc. *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., t. III, p. 479, Paris 1743.
(10) P. Fabre. *Traité des maladies vénériennes*, 3e édit., Paris 1773.
(11) A.-F. Hecker. *Theoretisch-praktische Abhandlung über den Tripper*, Leipzig 1787.

Bell (1), Hernandez (2), ne signalent point dans leurs ouvrages cette localisation de la chaude-pisse.

Il faut en arriver à Jourdan (3) pour la voir mentionnée à nouveau. Celui-ci donne, en effet, une description succincte « de l'inflammation de la membrane muqueuse du rectum qui peut dépendre, dans les deux sexes, d'un vice honteux et chez les sujets malpropres de l'action irritante exercée par l'exhalation puriforme du vagin, qui coule le long du périnée jusqu'à l'anus ».

Ricord (4), quelques années plus tard, décrit en une page les symptômes de la blennorragie anale; il s'occupe surtout, en raison du caractère de son ouvrage, du traitement de cette affection.

Requin (5) insiste sur les symptômes de la rectite et adopte qu'entre autres causes de celle-ci, on doit admettre la sodomie. « Particulièrement, dit-il, on peut presque dire infailliblement, que celui qui souffre cette abominable souillure la souffre d'un individu atteint de blennorragie. La rectite, dans ce dernier cas, mérite donc bien le nom de blennorragie anale. »

Baumès (6) développe le mode étiologique invoqué par Jourdan et montre qu'eu égard « en quelque sorte à la conformation des parties génitales chez la femme », l'auto-inoculation est possible par suite des écoulements vaginaux vers l'anus.

Tous les auteurs qui suivirent dans le milieu de ce siècle se contentèrent ou à peu près de signaler la rareté de cette affection, d'exposer ses principales causes et de développer plus ou moins la symptomatologie de la rectite, si bien fixée par Requin. C'est ce que firent, en France ou à l'étranger Reynaud (7), Lippert (8), Vidal de Cassis (9), Melchior Robert (10), Galligo (11), Langlebert (12), Rollet (13), etc., dans leurs différents ouvrages.

Néanmoins, pendant cette période, quelques cas non douteux de blennorragie ano-rectale étaient publiés. Tels sont ceux de Gosselin (14), de Rollet, d'Allingham (15), de Jarnowsky (16), de Bonnière (17), de Juliusberger (18), de Martineau (1), de Winslow (2), de Kelsey (3), de Profeta (4).

Nous devons signaler particulièrement dans cette période les recherches expérimentales de Bonnière. Entre autres essais, il tente par l'inoculation de reproduire la blennorragie rectale, et, dans ses conclusions, il pose en principe que diverses muqueuses, la muqueuse rectale notamment, sont rebelles à la contagion blennorragique. Nous reviendrons plus loin sur les faits contenus dans le mémoire de Bonnière.

Quatrième période. — De ces expériences, on aurait pu croire que la rectite blennorragique n'existait pas. C'était l'opinion de Bonnière et de quelques cliniciens de cette époque.

Après la découverte du gonocoque, des recherches nouvelles s'imposaient dans un sens différent; on devait examiner au point de vue bactériologique les écoulements ano-rectaux; c'est ce que firent successivement divers auteurs.

Bumm (5), le premier, signale l'existence du microbe de Neisser dans un écoulement blennorragique de l'anus.

Depuis, semblable constatation a été faite par Merk (6), Horand (7), Neisser (8), Frisch (9), Staub (10), Tuttle (11), Dock (12), Nunn (13), Neuberger (14), Hartmann (15).

Malgré ces faits incontestables, les auteurs des divers traités de vénéréologie ou des affections de l'anus et du rectum ne citent en général, qu'en passant, cette localisation extra-génitale de la blennorragie; tels sont Bumstead et Taylor (16), Van Buren (17), Cooper (18), Von Zeissl (19), Neumann (20), Lesser (21), Grünfeld (22), Wolff (23).

(1) B. Bell. *On gonorrhœa virulenta and venereal disease*, London 1793.

(2) Hernandez. *Essai analytique sur la non-identité des virus gonorrhéique et syphilitique*, Toulon 1812.

(3) A.-J.-L. Jourdan. *Traité complet des maladies vénériennes*, p. 112, Paris 1826.

(4) Ph. Ricord. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1838, p. 764.

(5) A.-P. Requin. *Éléments de pathologie médicale*, 1843, t. I, p. 727.

(6) Baumès. *Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes*, 2e partie, p. 163, Paris 1840.

(7) Reynaud. *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 276, Paris 1845.

(8) H. Lippert. *Die Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten*, p. 218, Hambourg 1862.

(9) Vidal de Cassis. *Traité des maladies vénériennes*, p. 145, Paris 1853.

(10) Robert Melchior. *Nouveau traité des maladies vénériennes*, p. 273, Paris 1861.

(11) Galligo. *Trattato delle malattie veneree*, 3e édit., Florence 1864.

(12) E. Langlebert. *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes*, 1864, p. 171.

(13) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1865, p. 402, et *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1871, t. V, p. 491.

(14) Gosselin. Rétrécissements syphilitiques du rectum, *Arch. gén. de méd.*, 1854, t. II, p. 683.

(15) W. Allingham. *The diagnosis and treatment of diseases of the rectum*, 5e édit., Londres 1888.

(16) Jarnowsky. *Vortræge uber venerische Krankheiten*, 1872.

(17) A. Bonnière. Recherches nouvelles sur la blennorragie, *Arch. gén. de méd.*, 1874, s. vi, t. XXIII, p. 404.

(18) Juliusberger. *Beitræge zur Kenntniss von der Gerchwuren und Stricturen des Mastdarms*, Inaug. Dissert., Breslau 1884.

(1) L. Martineau. *Leçons cliniques sur la blennorragie chez la femme*, 1885, p. 109.

(2) R. Winslow. Report of an epidemic of Gonorrhea contracted from rectal coiton, *Med. News*, 1886, p. 110.

(3) C. B. Kelsey. The venereal diseases of the rectum and anus, *Med. Rec.*, 1886, t. XXX, p. 623.

(4) Profeta. *Trattato pratiquo delle malattie veneree*, Palerme 1888.

(5) E. Bumm. Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhœ veblichen der Genitalien, *Arch. f. gynœk.*, 1884, Bd. XXIII, p. 327,

(6) Merk, cité par Tuttle. In *A system, etc., de Prince Morrow*, 1893, vol. I, p. 251.

(7) Horand. Notes pour servir à l'histoire de la blennorragie chez la femme, *Lyon méd.*, 1888, t. LIX, p. 251.

(8) Neisser. Ueber die Bedeutung der Gonococcien für Diagnöse und Therapie, *Verhandl. der deuts. dermat. Gesellchaft*, I Congress zu Prag, 1889, p. 133.

(9) E. Frisch. Ueber Gonorrhœa rectalis, *Centralbl. f. d. Med. Wissens.*, 1891, p. 954.

(10) Staub. *II internat. dermat. Congress*, p. 317, Wien 1892.

(11) J. P. Tuttle. Gonorrhœa of the rectum, *Med. and surg. Rep.*, 1892, t. I, p. 379.

(12) G. Dock. Gonorrhœa of the rectum, *Med. News*, 1893, t. I, p. 325.

(13) R. J. Nunn. Rectum gonorrhœa in the females, *The Med. Standard*, 1894, t. XVI, p. 58.

(14) J. Neuberger. Ueber Analgonorrhœ, *Arch. f. Dermat. und Syphitis*, 1894, Bd. XXIX, hft 3, p. 354.

(15) H. Hartmann. Blennorragie ano-rectale, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1895, t. XLIII, p. 77.

(16) J. Bumstead et R. W. Taylor. *The pathology and treatment venereal disease*, 5e édit., 1883, p. 234.

(17) W. H. Van Buren. *Lectures upon diseases of the rectum*, 2e édit., 1881.

(18) A. Cooper. *A practical treatise on the diseases on the rectum*, 1887.

(19) Von Zeissl. *Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes*, trad. franç., 1888.

(20) Neumann. Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis, I Theil : *Die blennorragischen affectionen*, 1888, p. 537 et 538.

(21) Lesser. *Traité pratique des affections vénériennes*, trad. franç., 1892, p. 63.

(22) Grunfeld. *Realencyclopædie*, Bd. XIII, p. 684, art. Tripper.

(23) A. Wolff. *Lehrbuch der Haute-und Geschlects-Krankheiten*, 1893, p. 400.

Quelques-uns cependant, entre autres Ball (1), Kopp (2), Currier (3), Tuttle (4), Robinson (5), Audry (6), Verchère (7), Quénu et Hartmann (8) en donnent des descriptions, sans, pour la plupart, s'arrêter longuement sur ce sujet.

La meilleure étude qui en ait été faite dans ces derniers temps est celle que Neuberger a insérée dans les *Archives de dermatologie et de syphiligraphie allemandes*, en 1894, étude dans laquelle il apporte des documents importants sur la question et qui devait nous servir à faire de nombreux emprunts.

III

Fréquence. — La blennorragie ano-rectale est une affection des plus rares, moins rare cependant (Neisser, Staub, Lang) que ne le pense la majorité des auteurs.

On aura une idée de cette rareté, si l'on veut bien considérer que des vénéréologistes comme Simonnet (9), Taylor (10), Diday (11), Wolff (12) ne l'ont jamais observée dans leur longue pratique médicale, que des spécialistes comme Allingham, Cooper, Ball, Kelsey, Mollière, ne l'ont rencontrée qu'un petit nombre de fois parmi leurs nombreux malades atteints de lésions ano-rectales, qu'enfin des légistes comme Tardieu (13) et Martineau (14) n'en ont vu qu'un ou deux cas parmi les pédérastes et les prostituées soumis à leur examen.

Quelle est maintenant la fréquence relative de la blennorragie ano-rectale parmi les maladies vénériennes? Nous ne sommes ici malheureusement guère renseignés; nous ne pouvons citer, en effet, que les chiffres en apparence contradictoires de Wolff (15), qui ne l'a jamais rencontrée sur les 10000 cas de blennorragie féminine qu'il a pu suivre, de Verchère (16) qui, dans son service, sur plus de 800 malades, dont les deux tiers au moins étaient blennorragiques et pédérastes, n'a eu aucun cas de rectite évidemment gonorrhéique, et d'Horand (17) qui a pu en réunir 17 cas dont 13 avec démonstration bactériologique sur un ensemble de 483 cas de gonorrhée chez la femme.

Parmi les affections du rectum et sur leur pourcentage, la blennorragie entre pour une toute petite part; les statistiques, là encore, ne donnent point de chiffres.

Enfin, chez les pédérastes, qui, dans certaines classes de la société, sont excessivement nombreux, que Simonnet (18) évalue à 60 p. 100 au minimum et Martineau (1) à 40 p. 100 des femmes de leurs services de Lourcine, ce pourcentage de la rectite blennorragique ne semble pas avoir été fait.

Pour se faire une idée de cette rareté de l'affection et en donner une description plus juste, nous avons relevé les diverses mentions ou observations de blennorragie ano-rectale que nous avons pu trouver éparses dans la science. Nous sommes arrivé à en recueillir 60 cas récents non douteux; nous donnons cette statistique pour ce qu'elle vaut, en y ajoutant le nom des auteurs et leur nombre de cas, sans avoir la prétention de ne pas avoir fait d'oubli. Ces observations ou mentions appartiennent à Gosselin, 1 cas; Denonvilliers, 1 cas (2); Tardieu, 1 cas; Basin, 1 cas (3); Rollet, 3 cas; Allingham, 3 cas; Bonnière, 1 cas; Pouillet, 1 cas; Thiry, 1 cas; Juliusberger, 1 cas; Tarnowsky, 2 cas; Billroth, 1 cas; Bumm, 1 cas; Martineau, 3 cas; Winslow, 2 cas; Kelsey, 1 cas; Profeta, 1 cas; Horand, 17 cas; Merk, 1 cas; Neisser, 2 cas; Frisch, 1 cas; Staub, 1 cas; Tuttle, 3 cas; Souplet, 1 cas (4); Dock, 1 cas; Nunn, 1 cas; Neuberger, 5 cas; Quénu et Hartmann, 2 cas.

IV

Étiologie. — I. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — 1° *Age.* — La blennorragie ano-rectale est rare chez l'enfant ou l'adolescent; nous ne trouvons sur nos 60 cas que six observations ayant trait à ces âges : 2 de Winslow, chez de jeunes garçons pédérastes; 4 de Horand, chez des petites filles affectées de vulvo-vaginite. Cette immunité relative des jeunes sujets s'expliquera d'elle-même, lorsque nous aurons signalé les deux grands modes d'infection du tractus ano-rectal dans la blennorragie.

L'âge adulte est l'âge par excellence de cette affection; c'est entre vingt et trente-cinq ans qu'elle présente son maximum de fréquence, comme l'attestent la majorité des auteurs.

2° *Sexe.* — Le sexe a ici une importance considérable. C'est un fait sur lequel les cliniciens insistent et dont on ne saurait trop faire ressortir la valeur, au point de vue des déductions qu'on en peut tirer.

La femme est, en effet, le sexe le plus touché; dans 49 observations où le sexe est signalé, nous relevons 38 femmes, c'est-à-dire que le sexe féminin est atteint dans les 4/5 des cas, et que cette [détermination du virus blennorragique constitue une manifestation presque spéciale à la femme. « A cela, ajoute Rollet, il y a deux raisons : la première c'est que la sodomie s'exerce plus souvent d'homme à femme, que d'homme à homme; la seconde c'est qu'il existe entre les orifices vulvaire et anal des rapports du voisinage qui rendent les inoculations successives de la blennorragie génitale à l'anus, plus faciles chez la femme que chez l'homme. »

Néanmoins, cette affection s'observe chez l'homme, Tardieu, Rollet, Winslow, Souplet, Dock ont pu en constater des cas non douteux.

3° *Professions.* — Si nous cherchons de ce côté quelques

(1) G. B. BALL. *The rectum and anus; their diseases and treatment*, 1887.
(2) KOPP. *Lehrbuch der venerischen Krankheiten*, 1889.
(3) A. CURRIER. In *A system of genito-urinary disease, syphilology and dermatologie by Prince A. Morrow*, 1893, vol. I. p. 1060.
(4) J.-B. TUTTLE. *Ibid.*, p. 249.
(5) F.-B. ROBINSON. Gonorrhœa of the rectum, *Med. Age Detroit*, 1893, t. XI, p. 323.
(6) AUDRY. *Précis des maladies blennorragiques*, 1894, p. 225.
(7) F. VERCHÈRE. *La blennorragie chez la femme*, 1895, t. II, p. 139.
(8) E. QUÉNU et H. HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, 1895, t. I, p. 71.
(9) SIMONNET, cité par POUILLET. *Des écoulements blennorragiques, contagieux, aigus ou chroniques de l'homme et de la femme*, 1879, p. 266.
(10) BUMSTEAD et TAYLOR. Loc. cit.
(11) P. DIDAY. *Thérapeutique des maladies vénériennes*, 1876.
(12) WOLFF. Loc. cit.
(13) A. TARDIEU. *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 6e édit., 1872.
(14) MARTINEAU. Loc. cit.
(15) WOLFF. Loc. cit., p. 400.
(16) F. VERCHÈRE. *La blennorragie chez la femme*, 1894, t. II, p. 142.
(17) HORAND. Loc. cit., p. 262.
(18) SIMONNET. Loc. cit.

(1) MARTINEAU. *Leçons sur les déformations vulvaires et anales*, 1884.
(2) DENONVILLIERS, cité par POUILLET, p. 267.
(3) A. BASIN. *De la blennorragie aiguë ou chronique, etc.*, Th. de doct., Paris 1865, p. 30.
(4) A. SOUPLET. *La blennorragie maladie générale*, Th. de doct., Paris 1892, p. 12.

renseignements étiologiques, nous voyons que la classe sociale qui fournit le plus fort contingent dans cette maladie est la classe des prostituées. Telle est l'opinion de Rollet, Martineau, Horand, Neuberger et celle de la plupart des syphiligraphes et vénéréologistes.

Il ne faudrait pas pourtant trop restreindre et croire qu'on ne rencontre pas cette affection dans d'autres conditions sociales; Winslow, Frisch, Staub, Dock ont montré, par leurs observations, qu'elle pouvait sévir dans des milieux très divers.

4° *Pays.* — L'influence des régions est évidemment nulle, mais en tout cas elle est invoquée par Bumstead et Taylor (1), pour nier la rectite blennorragique; ces auteurs font remarquer, en effet, qu'elle devrait être fréquente dans certaines contrées, comme l'Amérique du Sud, où la pédérastie n'est pas chose rare.

II. Causes déterminantes. — Il est un fait admis aujourd'hui sans conteste; c'est que les processus blennorragiques sont des processus infectieux et résultent toujours d'un contact immédiat avec du pus contenant des gonocoques, ou, dans certains cas exceptionnels, avec des toxines sécrétées par ces microbes. Comment se fait ce contact pour la rectite blennorragique en particulier?

Ici deux modes pathogéniques sont à mettre en cause. Tantôt il y a auto-inoculation et tantôt il s'agit d'hétéro-infection.

1° *Hétéro-infection.* — Ce premier mode pathogénique est le plus anciennement connu; nous avons suffisamment montré l'opinion des auteurs sur ce sujet. La pédérastie est, en effet, le mode habituel d'infection, et elle se retrouve dans à peu près les 3/4 des cas. Les médecins légistes Tardieu, Martineau ont insisté sur ce point; dans les rapports a prepostera la verge d'un pédéraste actif blennorragique peut infecter la muqueuse ano-rectale d'un sujet passif. Il ne faudrait pas croire pourtant, comme l'écrivait Requin, que la gonorrhée rectale soit infaillible chez le sujet qui a souffert la pédérastie passive, de la part d'un individu atteint de blennorragie uréthrale. Vidal (2) et à sa suite Winslow ont, en effet, nettement prouvé le contraire; ce dernier auteur, en particulier, dans l'épidémie de blennorragie qu'il a observée dans un pensionnat, chez des jeunes garçons pédérastes et blennorragiens, n'a pu retrouver, en effet, que deux fois la rectite blennorragique.

En dehors de ce mode d'infection extérieure, peut-on en trouver d'autres où il y ait apport du pus virulent vers l'orifice anal? C'est ce que croit Neumann, qui déclare dans son traité que par les lavages ou les pièces à pansement, par les instruments ou par d'autres façons la contagion peut avoir lieu.

2° *Auto-infection.* — Ce second mécanisme de contagion est des plus fréquents; son cadre a même été considérablement élargi dans ces derniers temps.

1° Dans la plupart des cas, il y a transport direct du pus blennorragique des parties génitales vers le rectum.

Chez les femmes et chez les petites filles, on comprend très bien, en raison de la disposition des parties, surtout lors du décubitus horizontal, que le pus d'une vulvo-vaginite ou d'une bartholinite à gonocoques puisse fuser pour ainsi dire tout naturellement par simple déclivité de la région génitale vers l'anus. Ce transport est d'autant plus facile qu'il sera favorisé, comme le dit Neumann (1), par la plus grande abondance de poils au périnée, par la profondeur de l'infundibulum anal, par des hémorroïdes, par un prolapsus de la muqueuse rectale, ou encore, comme l'a noté Neuberger dans une de ses observations, par une déchirure périnéale récente. Quels que soient les agents adjuvants de cette contagion, elle est fréquente; tous les auteurs l'ont notée et la simultanéité et la coexistence habituelles des blennorragies génitale et ano-rectale en est encore une preuve indirecte.

Chez l'homme, l'auto-inoculation est plus difficile; ce n'est qu'accidentellement que le transport a lieu, soit, comme le veulent les classiques, par les lavages ou les pièces à pansement, soit par les instruments ou de toute autre façon. On connaît, par exemple, le cas cité par Rollet (2), d'un malade atteint de blennorragie uréthrale qu'il s'était inoculée par hasard à l'anus : ce malade avait l'habitude, pour vaincre une constipation opiniâtre, d'introduire son doigt dans le fondement chaque fois qu'il allait à la selle, et c'est ainsi qu'il avait porté le muco-pus blennorragique de l'urèthre à l'anus.

2° Dans un certain nombre de cas, rares encore aujourd'hui, et que nous ne trouvons signalés que par Pœlchen (3), Nickel (4) et Neuberger, la contamination s'effectue indirectement; c'est par l'intermédiaire d'une bartholinite à gonocoques suppurée et ouverte dans le rectum, que l'infection s'est produite. Ce mode d'infection par fistules génito-rectales ne doit pas, comme le fait remarquer Neuberger, constituer un fait exceptionnel; en tout cas, il demande de nouvelles recherches.

V

Pathogénie. — Nous venons d'exposer les causes habituelles de la blennorragie ano-rectale, et ses divers modes d'infection; cette étude a été jusqu'ici clinique. Il nous faut voir maintenant ce que nous apprend l'expérimentation, et comment agit le virus blennorragique apporté au contact du tractus ano-rectal.

Nous aurons ainsi et successivement : 1° à exposer les recherches expérimentales de Bonnière; 2° à comparer les conclusions de cet auteur à ce que nous savons aujourd'hui sur les processus gonorrhéiques.

1° Données expérimentales anciennes. — La clinique semblait, jusqu'à il y a vingt ans, avoir prouvé la réalité et l'existence propre de la rectite blennorragique. A cette époque, une véritable réaction se produisit; bon nombre de vénéréologistes, Simonnet, Taylor entre autres, allèrent bientôt jusqu'à douter d'elles, et à considérer le rectum comme réfractaire au virus blennorragique. C'est sans doute pour confirmer les vues et les idées de ses contemporains sur ce sujet que Bonnière entreprit ses expériences.

Il essaya, en effet, d'appuyer leurs conclusions sur des

(1) Bumstead et Taylor. Loc. cit., p. 234.
(2) Vidal. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1874, 3e série, t. II, p. 579, art. Rectite.

(1) Neumann. Loc. cit., p. 538.
(2) Rollet. Loc. cit.
(3) R. Pœlchen. Ueber die Ætiologie der stricturirenden Mastdarmgeschwüre, *Virchow's Archiv*, 1892, Bd. CXXVII, p. 189.
(4) P. Nickel. Ueber die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre, *Virchow's Arch.*, Bd. CXXVII, p. 279.

données expérimentales. Il est intéressant de rapporter tout au long, pour la partie qui nous concerne, ces tentatives d'inoculation faites par Bonnière; nous pourrons plus à notre aise ensuite les critiquer et les réduire à leur juste valeur.

« Chez une femme, dit-il, atteinte d'ophtalmie blennorragique et de blennorragie vulvo-vaginale, j'eus la témérité de recueillir le muco-pus et d'en barbouiller la muqueuse anale, tout en donnant mes soins aux parties génitales.

Le troisième jour, l'anus inoculé offrait des traces d'inflammation, et le sixième la blennorragie était évidente. Le muco-pus était donc bien virulent.

Je fis de même pour le rectum, j'introduisis un tube mousse dans l'intestin, et, par son conduit, je fis pénétrer un pinceau de blaireau, imprégné de l'humeur anale et de la sécrétion muco-purulente de l'urèthre, bien au delà du sphincter; il n'y avait pas de matières fécales dans le rectum.

Le surlendemain la malade prit de l'huile de ricin le matin; à deux heures je trouvai la blennorragie anale en pleine activité. J'ai l'habitude de traiter cette affection par le tannin pur; j'introduisis donc avec précaution, entre les bourrelets de la muqueuse tuméfiée, un crayon de tannin que je laissai fondre lentement; j'eus le soin de ne pas dépasser le sphincter, afin de laisser le champ libre à la blennorragie rectale, si le rectum n'était pas réfractaire au virus.

Je répétai huit jours de suite la même opération, pendant que de son côté la malade saupoudrait aussi les parties extérieures trois ou quatre fois par jour avec du tannin; au bout de ce temps tout était terminé et il ne s'était pas développé de blennorragie rectale. »

De cette expérience, peu conforme aux habitudes françaises, mais qui n'aurait rien ailleurs que de très naturel, l'auteur tire cette conclusion que la blennorragie peut se localiser à l'anus, mais par contre que la muqueuse rectale est rebelle à la contagion gonorrhéique. C'était une grosse déduction basée sur une seule expérience et contraire à toute une série de faits cliniques; Bonnière y souscrivit et, non content, il échafauda à la suite toute une conception plus ou moins fantaisiste sur le processus gonorrhéique. C'est ainsi qu'il en arriva à classer les muqueuses en deux groupes, suivant leur réceptivité ou immunité pour le même virus :

1° Les muqueuses accessibles à la blennorragie virulente sont tapissées d'un épithélium pavimenteux et sont pourvues de papilles et d'un réseau superficiel sous-épithélial de canalicules lymphatiques (gland, prépuce, urèthre, etc.).

2° Les muqueuses réfractaires sont revêtues d'un épithélium cylindrique, possédant un réseau superficiel vasculaire (rectum, canal lacrymal, pituitaire, etc.). Cette différence de réaction des muqueuses vis-à-vis du virus blennorragique, coïncidant avec une distinction complète dans leur structure anatomique, fut pour l'auteur un trait de lumière. « Je formulai, dit-il, les propositions suivantes :

1° La blennorragie virulente est l'altération virulente des cellules épithéliales et du système lymphatique superficiel des muqueuses à épithélium pavimenteux.

2° Le virus blennorragique, virus local (Robin), agit primitivement sur les lymphatiques et sur les cellules épithéliales; l'inflammation des tissus ambiants n'est que secondaire. » Telle est la série de déductions plus ou moins hypothétiques, tirées par Bonnière d'une simple expérience non revêtue, d'ailleurs, des caractères de rigueur qu'on doit exiger en pareil cas.

Cette expérimentation laisse le champ libre à la critique.

1° Tout d'abord elle tombe devant l'examen sérieux et raisonné des faits. La clinique, d'une part, avait depuis longtemps proclamé l'existence de la blennorragie rectale proprement dite. Les examens bactériologiques ont, de plus, récemment prouvé qu'on devait accepter pleinement ces vues cliniques; nous verrons plus loin que Neisser, Bumm, Tuttle et d'autres ont trouvé le gonocoque jusque dans le rectum.

2° Les premières conclusions tirées par Bonnière de ses recherches sont non moins fausses. Il est aujourd'hui prouvé que les muqueuses pourvues d'un épithélium pavimenteux ne sont pas les seules susceptibles du processus blennorragique, que les muqueuses à revêtement cylindrique ne sont pas réfractaires. Ce fait était déjà acquis d'ailleurs du temps de Bonnière; si cet expérimentateur s'était donné la peine d'examiner plus en détail la liste des muqueuses propices ou réfractaires au développement de la blennorragie, il aurait vu, d'une part, qu'on connaissait la blennorragie des muqueuses à épithélium cylindrique, entre autres celles du canal déférent, des vésicules séminales et de la vessie, il aurait vu, d'autre part, que des muqueuses qu'il classe comme susceptibles de blennorragie virulente, celle de l'utricule prostatique et de la conjonctive, par exemple, ne sont point revêtues d'un épithélium pavimenteux. Ces conclusions de Bonnière doivent donc être considérées comme nulles et non avenues.

3° Enfin, les dernières propositions qu'a formulées cet auteur ne méritent pas plus de créance. La blennorragie, on le sait aujourd'hui, n'est point l'altération virulente des cellules épithéliales et du système lymphatique superficiel des muqueuses à épithélium pavimenteux. Le virus blennorragique n'est point, de plus, un virus local. La découverte du gonocoque a tranché définitivement la question et les manifestations multiples de la chaude-pisse sont actuellement bien connues. La blennorragie se comporte bien primitivement, il est vrai, comme une maladie locale; mais elle est essentiellement infectieuse, et comme telle devient une maladie générale, capable de déterminations les plus variées (Souplet).

La conclusion de ce chapitre est qu'il faut rejeter complètement les idées et les vues de Bonnière, dont les recherches, basées sur une prémisse fausse, l'ont conduit à des déductions encore plus erronées.

Données actuelles. — Après avoir montré la non-valeur des observations de Bonnière, il reste à reconstruire, sur des bases bactériologiques et anatomo-pathologiques nouvelles, la nature du processus blennorragique et le mode de réaction du rectum vis-à-vis du gonocoque.

Cette étude est à peine ébauchée et ne remonte qu'à quelques années. Tout récemment, et envisageant l'anatomie pathologique du processus blennorragique en général, Finger, Ghon et Schlagenhaufer (1) viennent d'en donner un exposé des plus nets. Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à ces auteurs une partie de leur description.

Bumm (2), le premier, a cherché à étudier l'anatomie

(1) E. Finger, A. Ghon et F. Schlagenhaufer. Beitrag zur Züchtung des Gonococcus Neisser, *Wien. Klin. Wochens.*, 1893, t. VI, p. 619.

(2) Bumm. *Der mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhautentzundung Gonococcus Neisser*, Wiesbaden 1885.

pathologique du processus blennorragique sur la conjonctive; d'après lui, les gonocoques pénètrent rapidement dans l'épithélium, en passant à travers la substance cimentaire, et ils arrivent jusqu'au corps papillaire. Là ils rencontrent des amas nombreux et abondants de leucocytes et reviennent avec eux jusqu'à la surface à travers l'épithélium. Ils se multiplient dans les couches superficielles du tissu conjonctif où ils provoquent de l'inflammation et de la diapédèse. Une fois les microbes éliminés, l'épithélium se régénère et à la fin, au bout de quelques semaines, la plus grande partie des gonocoques ne se retrouve plus que dans les couches épithéliales les plus superficielles.

Bumm est arrivé, en outre, à cette conclusion tout à fait contradictoire, on va le voir, avec celle qu'avait émise Bonnière, qu'un gonocoque ne peut s'attaquer qu'aux muqueuses à épithélium cylindrique. Cette conclusion paraît d'ailleurs inacceptable, ajoute Finger; on est plus dans la vérité en disant qu'aucune muqueuse n'est réfractaire au microbe de la chaude-pisse.

Cette migration des gonocoques dans l'épithélium, leur pénétration dans les leucocytes et les cellules épithéliales à une certaine profondeur furent bientôt contestées.

Orcel (1), un des premiers, tenta de prouver que le gonocoque et le globule du pus devaient prendre naissance séparément, le gonocoque siégeant dans les espaces intercellulaires doit s'y développer, proliférer, augmenter de nombre et ne rejoindre le globule de pus formé à la surface de la muqueuse que plus tard pour s'y incorporer.

Touton (2), Jadassohn (3) ont affirmé à sa suite que, dans la profondeur, leucocytes et gonocoques restent séparés et ne s'unissent qu'à la surface.

Neisser lui-même (4) a montré que la migration du gonocoque sous l'épithélium est exceptionnelle, quoi qu'en aient dit Bumm pour la conjonctive et Finger pour l'urèthre.

Les travaux de Fabry (5) sur les suppurations para-uréthrales et préputiales, de Dinkler (6) sur les ulcères de la cornée dans l'ophtalmie blennorragique, de Rosinski (7) sur la stomatite blennorragique, de Touton (8) sur les bartholinites, semblèrent parler dans le même sens.

Ce désaccord semble toutefois aujourd'hui tranché. Weichselbaum, Haab et surtout Leistikow (9) ont soutenu les premiers que les gonocoques se développent dans les cellules mêmes et que ceux qui se trouvent libres ne proviennent que des cellules éclatées par suite de la prolifération exagérée du microbe.

Wertheim (1) montra bientôt le pouvoir pénétrant des gonocoques dans les trompes de Fallope; ses recherches viennent d'être confirmées récemment par Reymond (2).

Pour l'urèthre, des expériences analogues à celles de Bonnière pour le rectum furent tentées en Allemagne; Finger et ses aides ont, pour se procurer des pièces fraîches, osé pratiquer des inoculations gonococciques à l'urèthre de l'homme chez 14 de leurs malades tuberculeux ou voués à une mort certaine; 3 fois seulement sur 14 l'inoculation a réussi; elle a échoué chez les malades dont la température montait au moins à 39 degrés. Par ce procédé, dont la moralité est douteuse, ils ont pu étudier l'anatomie du processus gonorrhéique. Trente-trois heures après l'inoculation, il y a seulement un peu d'infiltration de l'épithélium et du tissu conjonctif par les leucocytes; les gonocoques sont en partie à la surface du premier. Trente-huit heures après, on voit les gonocoques commencer à pénétrer dans les leucocytes superficiels, envahir les lacunes de Morgagni et le tissu conjonctif là où il est dépouillé de son épithélium protecteur. Trois jours après, les lésions sont remarquablement avancées; on trouve l'aspect typique d'un catarrhe purulent aigu : desquamation de l'épithélium, infiltration de leucocytes polynucléés dans le tissu conjonctif sous-épithélial, dans l'épithélium des lacunes et des conduits excréteurs des glandes de Littré.

Pour le rectum, le processus est le même ou à peu de choses près. Nous retrouvons signalée dans l'observation de Frisch la même infiltration de cellules rondes jusque dans les couches profondes du conduit, la musculaire entre autres, la prolifération des glandes de Lieberkuhn et la néoplasie conjonctive péri-glandulaire analogue au processus lacunaire et péri-lacunaire décrit par Finger dans l'urèthre, enfin l'immigration des gonocoques jusque dans les couches profondes de la muqueuse.

Pour nous résumer, nous dirons que le tractus ano-rectal semble se comporter un peu différemment, suivant les points, en raison de sa structure variable, non partout identique. A l'anus pourvu d'un épithélium pavimenteux, le processus reste superficiel; les gonocoques pullulent à la surface, vraisemblablement, comme pour les autres épithéliums stratifiés (fosses naviculaires, glandes et cryptes para-uréthrales, muqueuse buccale), celui de l'anus ne se laisse pénétrer qu'à deux ou trois couches de profondeur et le tissu conjonctif sous-jacent n'est pas envahi. Dans le rectum, pourvu d'un revêtement cylindrique, le processus est plus profond : les gonocoques traversent rapidement cet épithélium et, comme au niveau de l'urèthre, de la conjonctive, paraissent gagner l'épaisseur des tissus, déterminant là une prolifération embryonnaire et conjonctive, dont l'aboutissant possible est une sténose rectale analogue de tout point à la sténose uréthrale post-gonorrhéique. Le conduit ano-rectal jouit donc à la fois, suivant le point considéré, de tous les privilèges des muqueuses à épithélium cylindrique et de celles à épithélium pavimenteux. A ce titre seul, il ne peut y avoir d'immunité possible.

---

(1) L. Orcel. De la persistance du gonocoque dans l'urèthre après la miction et le lavage de l'avant-canal; ses rapports avec les éléments figurés, *Lyon méd.*, 1887, t. LVI, p. 2.

(2) K. Touton. Ueber Folliculitis prœputialis und paraurethralis Gonorrhoica Urethritis, *Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, 1889, t. XXI, p. 15.

(3) J. Jadassohn. Ueber die Gonorrhœ der paraurethralen und prœputialen Drüsengänge, *Deuts. Med. Wochens.*, 1890, t. XVI, p. 542 et 569.

(4) A. Neisser. *Verhandl. der zweiten internat. derm. Congress.*, Wien 1892.

(5) J. Fabry. Zur Frage der Gonorrhæ der paraurethralen und präputialen Gänge, *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1891, t. XII, p. 1.

(6) M. Dinkler. Zwei Fälle von Ulcus perforans corneæ nach conjunctivalkipper (Kipperkokken im Gewebe), *Arch. f. Opht.*, 1888, t. XXXIV, p. 21.

(7) B. Rosinski. Ueber gonorrhoische Erkrankùng der Mundschleimhaut Neugeborenen, *Zeits. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, 1891, t. XXII, p. 216 et 345.

(8) K. Touton. Die gonococcen im Gewebe der Bartholinischen Drüse, *Arch. f. Derm. u. Syphilis*, 1893, t. XXV, p. 181.

(9) Leistikow. Ueber Bacterien bei den venerischen Krankheiten, *Ann. des Charité Krankenhauses*, 1879, Bd. VII.

(1) Wertheim. Ein Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhæ beim Weibe, *Wien. Klin. Wochens.*, 1890, t. III, p. 476, et Die ascendirende Gonorrhæ beim Weibe, 1892, t. XLII, p. 1-86.

(2) E. Reymond. *Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites*, Th. de doct., Paris 1895.

On voit en somme qu'on est loin actuellement des conceptions, soit de Bonnière déclarant réfractaires les épithéliums cylindriques, soit de Bumm attribuant inversement à l'épithélium pavimenteux une immunité absolue. Ce qu'on peut plus justement soutenir, c'est la proposition de Finger, à savoir que l'épithélium pavimenteux oppose aux gonocoques une résistance notable; ceci nous permet sans doute d'expliquer la fréquence relativement modérée de la gonorrhée ano-rectale, si l'on veut bien tenir compte, d'une part, que l'anus est moins accessible en raison de sa structure et, d'autre part, que le rectum, plus vulnérable il est vrai, est protégé par ses sphincters, souvent contracturés par voie réflexe dans le cours d'une blennorragie anale.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1896. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

M. KIRMISSON rappelle que son argumentation se réduit à ceci : l'opération sanglante dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche ne constitue pas une panacée applicable à tous les cas. Cette opération a des indications spéciales; elle doit être réservée à des cas bien particuliers.

M. Kirmisson présente un jeune garçon atteint d'une luxation congénitale de la hanche très prononcée; or, cet enfant marche relativement bien et marche longtemps sans fatigue. Il n'y a donc là nul rapport entre la difformité très accusée et la fonction. Donc, chez cet enfant, jamais M. Kirmisson ne proposera une opération.

M. QUÉNU dit que le nombre de ses opérations sur la luxation de la hanche est de 2 seulement. Mais il a vu un grand nombre d'enfants atteints de cette déformation.

Il est absolument de l'avis de M. Kirmisson. L'opération sanglante doit être réservée à des cas graves et spéciaux. Dans la majorité des cas, le traitement orthopédique suffit. Ses deux opérations sont les suivantes :

La première a été faite chez une petite fille atteinte de luxation double; il y avait une ensellure lombaire considérable. Il opéra cette malade, qui avait déjà été traitée auparavant et sans résultat par des méthodes orthopédiques. Il a fait l'opération de Hoffa typique d'un côté. Il n'a pu réussir à abaisser la tête fémorale, il dut la décapiter. La malade a bien guéri.

L'année d'après il opéra le second côté malade, en désinsérant cette fois-ci, non les muscles pelvi-trochantériens, mais les muscles adducteurs. Malgré cela, il ne put encore réduire la tête. Il termina l'opération encore par la décapitation de la tête fémorale. Il soumit l'enfant à la traction continue. Et la malade a très bien guéri : l'ensellure lombaire a notablement diminué.

M. FÉLIZET pense qu'on est fixé sur les méthodes opératoires applicables au traitement de la luxation congénitale de la hanche. Mais, dans cette discussion, on a passé trop sous silence l'anatomie pathologique de cette affection. Cette anatomie gêne quelque peu les interventionnistes quand même.

Pour lui, les lésions de la luxation congénitale de la hanche montrent qu'il s'agit d'une malformation de la hanche et non d'une luxation. La tête fémorale n'a jamais été dans la cavité cotyloïde. Donc l'opération ne peut faire que peu de chose.

Les opérations ont donné, en somme, de mauvais résultats; on a noté des cas de mort, des insuccès fonctionnels. Et, quand on a obtenu des succès, de quelle nature ont-ils été? M. Félizet croit que l'opération ne donne jamais un résultat durable, jamais une bonne attitude. Le jour où on montrera un enfant bien guéri à la suite d'une opération sanglante, nous opérerons tous à notre tour.

M. BROCA n'a jamais conseillé d'opérer de parti pris en bas âge, et, dans la communication qui a soulevé ce débat, il a nettement déclaré qu'en règle habituelle il ne fallait pas opérer avant l'âge de quatre ou cinq ans; il diffère donc surtout d'avis avec M. Kirmisson, en ce qu'il préfère essayer la méthode orthopédique de Lorenz qui permet la marche; il ne croit d'ailleurs pas, il l'a dit et il le répète, à une réduction proprement dite, immédiate, complète, et il ne serait pas autrement surpris si, une fois de plus, on aboutissait à ce déboire. Les échecs de M. Quénu prouvent seulement que l'opération n'est pas facile les premières fois qu'on l'entreprend. Quant à l'argumentation impersonnelle de M. Félizet, M. Broca, tout en s'y croyant visé, n'a pas de peine à constater que les opinions qui y sont contredites n'ont jamais été les siennes. La théorie pathogénique qui en est le point de départ est précisément celle que M. Broca a soutenue, après son maître Lannelongue. Toujours M. Broca a déclaré qu'il n'opérait pas dans les cas où d'elle-même la tête se fixait, et s'il a opéré trente-sept enfants, c'est sur un total de plus de deux cents. Chez le malade présenté par M. Kirmisson, il n'aurait jamais opéré et il a refusé l'intervention dans un cas analogue, chez la sœur d'une malade qu'il avait opérée avec bon résultat. M. Broca montre les pièces obtenues sur deux fillettes autopsiées au bout de cinq et treize mois, et on y voit des néarthroses solides, dont l'une a le défaut d'être raide, mais dont l'autre est parfaite. L'aveu des résultats mauvais doit satisfaire même M. Félizet. Quant aux bons résultats, M. Broca en a présenté des exemples à l'Académie de médecine et M. Lucas-Championnière, qui les a vus, peut dire comment se faisait la marche.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE déclare que le résultat était très bon.

M. KIRMISSON. M. Félizet vient nous dire que la luxation congénitale de la hanche n'est pas une véritable luxation. Cela est évident. Le mot importe peu, puisque nous savons ce qu'il veut dire.

Quant aux résultats de l'opération, il les a énumérés tout au long dans la dernière séance. On a de mauvais et de bons résultats.

Il croit donc que M. Félizet est trop sévère pour les opérateurs. M. Kirmisson a obtenu d'excellents résultats par la méthode orthopédique, mais il prétend qu'on n'obtient que rarement une réduction vraie. On fait seulement une néarthrose solide par l'immobilisation et l'extension.

M. BROCA croit, comme M. Kirmisson, qu'on n'obtient jamais une réduction vraie, comme le dit Lorenz; le cotyle est trop petit pour recevoir la tête fémorale. On obtient une néarthrose. Il demande si le résultat fonctionnel est bon, à longue échéance.

COMMUNICATION

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. L.-G. RICHELOT fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 497.)

M. DELORME, depuis vingt ans, depuis qu'il a vu M. de Saint-Germain employer la laryngotomie intercrico-thyroïdienne avec tant d'habileté, a employé souvent cette opération, qui, faite selon le procédé de M. de Saint-Germain est très rapide, très sûre et excellente. Jamais il n'a vu d'hémorragie ni de troubles vocaux consécutifs.

M. TUFFIER dit que, si la laryngotomie est une opération facile, elle a ses indications et ses contre-indications. Dans le cancer du larynx, la trachéotomie est préférable à la la-

ryngotomie, car on fait l'opération plus loin du mal. On opère donc sur des parties plus sûrement saines.

M. POIRIER. L'opération faite selon la méthode de M. Richelot est brillante. Toutefois, il y a des cas rares où l'espace n'est pas assez grand entre le cricoïde et le thyroïde, surtout chez les vieillards.

Il y a quelquefois des vaisseaux et des ganglions lymphatiques devant la membrane crico-thyroïdienne. Donc, il faut être prudent et aller relativement lentement.

M. POZZI est de l'avis de M. Richelot : chez l'adulte, la laryngotomie est supérieure à la trachéotomie.

Mais il insiste sur un point de technique. Avant d'inciser la peau, il fixe le bord inférieur du cartilage thyroïde, avec deux érignes pour fixer le larynx. Au début, il introduit aussi une petite canule.

M. FÉLIZET a pratiqué souvent la laryngotomie. Pour lui, une simple ponction de la membrane ne suffit pas à poser la canule. Il augmente donc la ponction en incisant à droite et à gauche de cette ponction. Cette opération ne gêne en rien les fonctions des cordes vocales.

M. QUÉNU partage l'opinion de ses collègues au sujet des avantages de la section inter-crico-thyroïdienne. Mais il y a des objections à faire à cette opération.

Chez un malade opéré par la laryngotomie, par M. Richelot, pour un cancer de la base de la langue, on dut faire après coup une trachéotomie. La dyspnée est revenue, sans doute par suite de la propagation du cancer.

M. RICHELOT répond qu'on agrandit facilement l'espace inter-crico-thyroïdien en défléchissant la tête du malade.

La séance est levée.

Séance solennelle du 29 avril 1896. — Présidence de M. Th. ANGER.

M. RECLUS, secrétaire général, lit l'éloge d'Alphonse Guérin.

M. SEGOND, secrétaire annuel, fait un rapport sur les communications et les discussions qui ont été l'objet des travaux de la Société pendant l'année 1895.

La Société décerne les prix suivants. (Voir aux Nouvelles.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte (1), par M. W. ŒTTINGER.

Aucune maladie n'occupe, dans la pathologie humaine, une place aussi importante que le rhumatisme et la goutte. La première notion de ces affections, et avec elle les premières tentatives de traitement, remontent à l'origine même de la médecine. Aussi n'est-ce pas chose aisée que d'étudier aujourd'hui la thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, alors qu'on peut voir les ruines accumulées de tant de doctrines diverses et de médications si variées.

M. W. Œttinger s'est acquitté merveilleusement de cette tâche. Il a su résumer d'une manière complète, dans un petit volume, tout ce qu'il importe au médecin de connaître aujourd'hui sur le traitement de ces maladies que l'on rencontre à chaque instant dans la pratique, sous tant d'aspects différents.

L'auteur n'a pas cherché un facile succès d'érudition en comparant et en discutant les nombreux traitements qui tour à tour ont été préconisés avec plus ou moins de succès dans la longue suite des siècles. Préoccupé avant tout de faire une œuvre utile et vraiment pratique, M. W. Œttinger a voulu, avec raison, se maintenir sur le terrain de l'actualité : il a consacré tout son livre à faire connaître les médications employées aujourd'hui contre ces maladies et à bien en préciser les indications.

L'ouvrage comprend naturellement deux parties : l'une consacrée au rhumatisme, l'autre à la goutte. Elles sont toutes deux traitées avec le même soin et le même souci de la clinique.

L'auteur considère avec raison les préparations salicylées, et en particulier le salicylate de soude, comme un véritable médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu, à condition qu'il soit donné d'emblée à doses suffisantes et généralement élevées.

Il indique en outre les médications succédanées du salicylate de soude : le salol, le salophène, le bétol, etc. et dans une autre série : l'antipyrine, l'asaprol, l'antifébrine, etc., sans oublier les diverses applications locales et le traitement des complications viscérales.

Les rhumatismes chroniques nous amènent aux médications iodées, iodo-iodurées, alcalines, etc., aux interventions locales, et enfin aux eaux minérales dont les indications sont très judicieusement discutées.

La goutte est étudiée avec la même conscience que le rhumatisme articulaire aigu.

L'hygiène du goutteux, les diverses médications pharmaceutiques de la goutte, les traitements qui conviennent aux diverses phases de l'attaque et aux formes chroniques de la maladie, constituent autant de chapitres aussi intéressants qu'instructifs.

On peut cependant regretter que M. Œttinger n'ait pas pu donner plus de développement à son sujet. La forme nette, précise, qu'il a su imprimer à son travail, lui a permis d'exposer aussi complètement que possible, avec autant de clarté que de concision, l'un des plus importants chapitres de la thérapeutique. Si l'ouvrage eût été divisé en deux volumes, le docteur Œttinger eût pu faire précéder le traitement du rhumatisme et de la goutte d'une étude sommaire de leur pathogénie et de leur séméiologie. C'est, en effet, tout ce qui manque à son livre pour en faire un traité complet et excellent à tous les points de vue.

A. SIREDEY.

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie des voies urinaires, par le docteur J.-M. LAVAUX, ancien interne des hôpitaux, professeur libre de pathologie des voies urinaires à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. Tome II : *Maladies de la prostate, Maladies de la vessie* (1re partie). — Prix : 6 francs. — Paris, A. Coccoz.

Thérapeutique de la tuberculose, par le docteur H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais. (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.*) 1 vol. in-12 de 360 pages, relié en peau pleine. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 mai 1896.

Le directeur général de l'Assistance publique ayant fait connaître aux internes en médecine des hôpitaux son intention de modifier le règlement sur le service de santé, en ce qui concerne les élèves en médecine et en chirurgie, et leur ayant demandé de lui soumettre un projet pouvant servir à l'élaboration d'un nouveau règlement, les délégués des internes ont adressé le projet suivant, qui contient les principales modifications qu'ils désirent voir apporter au règlement qui les régit :

« I. Concours. — Tout candidat convaincu de fraude dans les épreuves du concours de l'internat sera exclu *pour toujours* des différents emplois de l'Assistance publique.

Le président du jury *sera tenu* de signaler à M. le directeur général les noms des candidats qui se seront rendus coupables de manœuvres frauduleuses. »

Cette protestation, fruit d'une généreuse indignation, n'est pas pour nous déplaire. Elle cadre bien avec les allures un peu tranchantes de la jeunesse. Toutefois, l'expérience de la vie rend plus indulgent. Marquer la faute commise par une note significative et déjà infamante par elle-même nous paraît une punition suffisante, du moins dans certains cas légers, que l'énervante et la trop accaparante préparation d'un concours peut, à la grande rigueur, atténuer. Mais pour un moment d'égarement, briser à jamais la carrière est peut-être excessif; car il y a faute et faute, et si les unes ne méritent aucun pardon et nécessitent une punition définitive, il en est d'autres, erreurs regrettables d'un moment de folie, qu'il faut savoir punir, en laissant ouverte la porte de la réhabilitation. Aussi nous nous bornerions à formuler le vœu que le candidat coupable fût exclu du concours pendant lequel la faute a été commise, réservant au jury le droit d'apprécier si cette faute doit entraîner l'exclusion définitive.

« II. Date d'entrée dans les services. — La date de l'entrée dans les services sera désormais une date fixe, qui ne pourra être changée et qui sera choisie de façon à ne pouvoir être à la merci du plus ou moins de durée du concours.

Cette date sera fixée au 1er mars.

Depuis plusieurs années, en effet, la date du changement des services a perdu toute fixité. Il en résulte de graves inconvénients pour les internes qui sont forcés, comme cela a eu lieu, de rester quinze mois dans le même service et neuf mois seulement dans un autre.

Vu la nécessité de ne pouvoir commencer le concours qu'à la fin du mois d'octobre, la date du 1er février semble mal choisie; celle du 1er mars, au contraire, paraît devoir donner toute la latitude nécessaire pour que le concours soit toujours terminé à temps.

III. Logement a l'hôpital. — Pour conserver à l'institution de l'internat son caractère, en même temps que pour assurer les soins à donner aux malades, les internes croient qu'il est nécessaire de continuer à les loger à l'hôpital. Ils demandent que l'Administration mette à leur disposition des chambres convenables et éloignées, autant que possible, des salles de malades.

Ils demandent, également, le maintien des bibliothèques à l'hôpital.

IV. Exercice de la médecine et de la chirurgie. — Le règlement actuel place les internes dans une situation fausse vis-à-vis de la loi, puisque, n'étant pas docteurs en médecine, ils n'ont pas le droit de prescrire des médicaments aux malades, ni de pratiquer aucune intervention. Obligés par la nature de leurs fonctions de faire des prescriptions, de pratiquer des interventions, ils tombent journellement sous le coup des articles 1er et 18 de la loi du 30 novembre 1892 :

« *Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'uue amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement. »

Les internes demandent donc à rentrer dans la légalité et à être autorisés à passer leur thèse et, par conséquent, à jouir de tous les droits conférés par la loi aux docteurs en médecine ou à être autorisés par M. le préfet de la Seine à exercer la médecine en vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 :

« *Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au*

concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, *peuvent être autorisés à exercer la médecine* pendant une épidémie, *ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine* ou d'officiers de santé.

Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Les internes eux-mêmes reconnaissent d'ailleurs que cette autorisation d'exercer la médecine comporte certaines restrictions sous peine de compromettre l'autorité du chef de service. Nous sommes de ceux qui pensent qu'on peut accorder le doctorat aux internes; mais c'est là une grosse réforme nécessitant un remaniement complet de l'internat et peut-être de l'externat : ce sont là, en effet, des réformes connexes qui demandent à être longtemps mûries et étudiées. Nul doute que les sociétés des médecins et chirurgiens, chefs de service, ne soient consultées à cet égard avant toute modification du règlement.

« V. Peines disciplinaires.— Les internes demandent enfin que le chapitre des peines disciplinaires soit modifié. Ils voudraient que la gradation en fût ainsi établie :

1° Blâme; 2° suspension temporaire du traitement; 3° suspension temporaire de fonctions; 4° radiation.

Cette dernière peine ne pourrait être prononcée que pour une faute grave compromettant l'honneur du coupable et par un jury composé de membres du Conseil de surveillance et d'un interne désigné à cet effet par ses collègues. »

Nous ne pensons pas que l'Administration admette ce vœu en son entier, et qu'elle réserve la radiation aux seules fautes entachant l'honneur. Il y a des fautes très graves administrativement et qui ne sont en rien déshonorantes. Il est d'ailleurs bien exceptionnel que la question de radiation se pose; mais, pour notre part, n'envisageant que les relations entre chefs et internes, nous accepterons très volontiers cette proposition telle qu'elle est présentée, restant fidèle à la profession de foi d'indulgence que nous avons formulée plus haut.

M. Rendu communique à la Société médicale des hôpitaux (1er mai) un cas de **cancer de l'ampoule de Vater**, très comparable à celui dont a parlé M. Hanot dans la dernière séance. Un homme de cinquante-trois ans présente à trois reprises, en quatre mois, des poussées successives d'ictère ayant, la première surtout, toutes les apparences de l'ictère catarrhal. Cet ictère finit par devenir permanent, les matières fécales sont décolorées, la diarrhée s'installe pour ne plus disparaître, il y a de l'amaigrissement, du dégoût pour les aliments, le foie n'est pas augmenté de volume. Le malade tombe dans un état permanent de prostration. A l'autopsie, on trouva une plaque épithéliomateuse allongée qui recouvrait et débordait l'ampoule de Vater. Les canaux biliaires étaient dilatés, il y avait une angiocholite chronique, suppurée sur certains points; cependant la vésicule biliaire n'était pas notablement distendue, contrairement à ce qu'on observe dans un bon nombre de cas de cancer de la tête du pancréas.

MM. Rendu et Hanot insistent sur l'existence, dans ce cas, de poussées successives d'ictère; l'ictère chronique avec intermittence, lié à des signes de cachexie accentués, devrait faire admettre la possibilité d'une lésion épithéliomateuse englobant l'ampoule de Vater et l'embouchure du canal cholédoque dans l'intestin. Dans le cas de M. Rendu, il y avait, au début tout au moins, rétrécissement, mais non oblitération complète de cet orifice, de là sans doute ces poussées intermittentes d'ictère.

M. Jolly a observé dans le service de M. Marie, à Bicêtre, un malade atteint d'une atrophie marquée du membre inférieur droit, consécutive sans doute à une lésion de paralysie spinale infantile. Ce malade contracta un chancre induré qui fut suivi d'une **éruption de syphilides papuleuses**, étendue à tout le corps, à l'exception cependant du membre atrophié. On a déjà signalé des faits analogues. Une éruption généralisée peut manquer totalement ou, au contraire, se montrer beaucoup plus intense sur un membre paralysé ou sur tout un côté du corps chez les hémiplégiques. La lésion nerveuse antérieure peut, en vertu sans doute des modifications de l'innervation nervo-motrice, amener ces différences dans la répartition des déterminations cutanées d'une infection générale.

M. Pierre Marie fait voir une **malade acromégalique**, dont la main, au lieu d'être développée en largeur, de ressembler à un battoir, est, au contraire, allongée : c'est une main de géant. La différence serait due à l'âge du malade au moment du début de la maladie. La main s'allonge quand les cartilages d'ossification existent encore; elle s'élargit quand ils ont disparu.

M. Comby rapporte une observation très nette de **rash scarlatiniforme survenu au cours d'une varicelle**, le second jour. Elle s'est accompagnée d'une élévation de la température, mais sans angine, ni démangeaison. C'est un fait à ajouter aux observations analogues déjà connues.

HOPITAL TENON. — M. L. Galliard.

Érythème infectieux dans la fièvre typhoïde (1).

Hippolyte B..., trente ans, charretier, entre dans mon service le 20 juillet 1895. Peu de renseignements sur ses antécédents. On apprend seulement qu'il a passé sept jours au lit, souffrant de céphalalgie, ayant des coliques et des vomissements.

A cinq heures, T. R., 40°5. Sulfate de quinine, 50 centigrammes. Glace sur le ventre.

Le 21 juillet, même température, 40°5. Pouls dicrote. Subdelirium, prostration; langue sèche et recouverte d'un enduit épais, bouche sèche; ventre ballonné; gargouillement dans la fosse iliaque droite; tuméfaction de la rate; râles fins aux deux bases. Le malade vomit tout ce qu'on lui fait boire. Diarrhée jaunâtre, fétide. Pas d'albuminurie. Diagnostic : « Fièvre typhoïde au neuvième jour. »

Traitement : potion de Todd, lait glacé, sulfate de quinine 50 centigrammes; bain à 22 degrés toutes les trois heures.

Le soir, 40°2.

Le 22 juillet, 40 degrés matin et soir, malgré les bains froids. Apparition des premières taches rosées sur l'abdomen. Suppression du sulfate de quinine.

Le 23 juillet, 39°5 et 40°2.

---

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux. — L'observation a été rédigée d'après les notes de M. Fachette, externe du service.

Le 24 juillet, la température s'abaisse à 38 degrés. Éruption de nombreuses taches rosées au thorax, à l'abdomen, au dos, aux membres inférieurs. Ballonnement de l'abdomen. Langue sèche et saburrale; bouche et gorge sèches. Diarrhée. Vomissements incessants. On suspend les bains froids; compresses froides sur le ventre; une potion de 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne contre les vomissements.

Le soir, 38°3.

Le 25 et le 26 juillet, la température n'atteint pas 39 degrés.

Le 27 juillet (quinzième jour), 37°6 le matin. Un peu de sang mêlé aux matières. Le soir, 37°4. Glace sur le ventre. Boissons glacées.

Le 28 juillet, 37 et 38 degrés. Légère hémorragie intestinale.

Le 29 juillet, 37°4 et 38°6. Potion de Todd, 4 grammes d'extrait de quinquina.

Le 30 juillet, 38 et 39 degrés. Encore un peu de sang.

Le 1er août, 38°4 et 39 degrés. L'hémorragie a cessé. L'état du malade n'est pas bon : adynamie, prostration, inappétence, délire de paroles.

Le 3 août (vingt-deuxième jour de la maladie), apparition de petites taches rouges au niveau des poignets, au pli des coudes, aux malléoles externes, aux creux poplités, 38°6 et 39 degrés. Adynamie; quelques rares vomissements. Je prescris du champagne et 4 grammes de salicylate de bismuth.

Le 4 août, les macules se sont élargies et, sur plusieurs points, on trouve des plaques confluentes; elles existent non seulement aux membres, mais aux aines, à l'abdomen, au thorax. Elles sont symétriques. Elles ne provoquent aucun prurit, 38°8 et 39 degrés. Pas de tuméfaction des jointures.

Le 5 août, 38°6 et 40 degrés; l'éruption a pâli dans toutes les régions, sauf à la partie inférieure de l'abdomen.

Le 6 août, 39 degrés et 40°2. L'éruption a complètement disparu. En examinant la bouche, on constate des ulcérations multiples à la lèvre supérieure; une ulcération à la pointe de la langue. La bouche est sèche, l'haleine fétide. Prostration, adynamie, délire. Champagne, potion de Todd, 4 grammes de salicylate de bismuth, lotions froides.

Le 7 août, 38°7 et 38°7. L'albumine apparaît dans l'urine : 1gr50 par litre.

Le 8 août, 38°8 et 38°8; hémorragie intestinale.

Le 9 août, 38°4 et 38°8. Le tronc et les membres inférieurs sont couverts de sudamina. Délire de paroles et d'actions. Nuit très agitée.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39 degrés. L'adynamie progresse.

Le 16 août, 36°9 et 40°4. Délire, vomissements, grande faiblesse. Pouls faible. Râles de bronchite, surtout aux bases.

Le 18 août, 39°5 à midi.

Le 19 août (trente-huitième jour), mort à cinq heures du matin.

La famille a mis opposition à l'autopsie.

Si je compare l'érythème observé chez ce malade aux érythèmes infectieux de la fièvre typhoïde, dont je me suis efforcé, en 1894, de caractériser la physionomie, je vois d'abord qu'il appartient à la catégorie des éruptions tardives de la période d'état. Au moment où il est survenu, le vingt-deuxième jour, notre malade semblait encore bien loin de la convalescence : l'ataxo-adynamie, les vomissements, les hémorragies intestinales, tout cela l'avait fort éprouvé et, après un abaissement passager de la température, la fièvre avait reparu.

En second lieu, cet érythème, que je puis dénommer morbilliforme, se fait remarquer par sa courte durée : trois jours seulement. Mais il est immédiatement suivi d'une ascension à 40 degrés et 40°2 (les vingt-quatrième et vingt-cinquième jours) et, malgré nos efforts, le malade succombe le trente-huitième jour. Il a donc été le signe révélateur d'une infection maligne.

On ne dira pas qu'il ait été provoqué par la médication : le malade n'avait pris dans mon service que deux doses de sulfate de quinine, les huitième et neuvième jours; dès lors, je ne lui avais prescrit à l'intérieur que du chlorhydrate de cocaïne (quelques centigrammes), de l'extrait de quinquina et de l'alcool.

MÉDECINE MILITAIRE

L'organisation du service de santé japonais pendant la guerre sino-japonaise.

I

Il est logique de reconnaître que toute guerre, dans quelques conditions qu'elle se produise, doit être pour nous une source de fertiles enseignements. Depuis la fin de la guerre sino-japonaise, il a été publié, dans la presse médicale, plusieurs travaux relatifs au fonctionnement des services sanitaires japonais et empruntés, pour la plupart, aux publications anglaises. Il est aussi à remarquer que le médecin-colonel W. Taylor, de l'armée anglaise, est le seul médecin européen qui ait eu l'occasion de suivre les péripéties de la guerre.

Est-ce à dire que les autorités françaises n'aient pas songé à imiter nos voisins d'Outre-Manche, à envoyer un des leurs afin de recueillir sur place les faits instructifs, les analyser, les réunir et rédiger un travail d'ensemble précieux pour le corps médical français, aussi bien pour les médecins militaires de profession que pour les chirurgiens, les hygiénistes, etc. ? Il n'en est rien. La direction du service de santé aurait, paraît-il, désiré acquiescer à la requête d'un de nos agents diplomatiques, lequel avait demandé qu'un de nos médecins d'armée fût envoyé en mission spéciale sur le théâtre de la guerre. Malheureusement, le corps de santé était et est encore dans une pénurie telle qu'on ne put envoyer en Chine ou au Japon aucun médecin militaire de la métropole, ni même en emprunter un, dans ce but, au cadre des médecins du Tonkin.

Force nous a donc été de nous contenter des renseignements fournis par les agents anglais. Il est juste de reconnaître qu'ils se sont acquittés de leur tâche avec infiniment de conscience. Parmi les travaux publiés, la relation du médecin-colonel W. Taylor est incontestablement la plus intéressante pour nous; elle a été analysée et en partie traduite dans une longue étude que vient de publier récemment, dans les *Archives de médecine militaire* (n° 12, 1895 et n° 2, 1896), un de nos distingués confrères, le docteur Dziewonski, attaché au ministère de la Guerre. C'est aux mémoires déjà parus et particulièrement à ce dernier que nous emprunterons la plupart des détails susceptibles d'intéresser le plus nos lecteurs.

II

Le personnel sanitaire de l'armée japonaise comprend des médecins et pharmaciens, des infirmiers formant un corps spécial et des brancardiers pris dans le rang. Les médecins

et pharmaciens sont recrutés parmi les licenciés (en médecine ou en pharmacie, suivant la profession) de l'Université de Tokio, à la condition, pour les candidats, d'avoir l'aptitude physique nécessaire, d'être âgés de moins de trente ans et d'avoir fait un stage préalable d'une demi-année dans une école spéciale. Les officiers du corps de santé ont les mêmes grades et appellations que les officiers de troupes.

Les infirmiers sont choisis parmi les hommes de troupe possédant une instruction suffisante et ayant accompli dans un hôpital un stage de six mois pendant lequel l'instruction technique leur est donnée. Les brancardiers, comme dans les armées européennes, sont pris parmi les hommes de troupe et comptent dans les unités combattantes.

Personnel régimentaire. — Le personnel régimentaire est constitué de la façon suivante : 4 brancardiers par compagnie (16 par bataillon), 1 infirmier par compagnie (3 infirmiers, plus un sous-officier chef infirmier par bataillon), soit au total 48 brancardiers, 12 infirmiers et 3 chefs infirmiers par régiment. Les médecins sont au nombre de 6 : 4 chirurgiens-lieutenants et sous-lieutenants, 1 chirurgien-capitaine et 1 chirurgien-major ou lieutenant-colonel, qui est médecin-chef du régiment.

Le personnel dans les autres armes est ainsi déterminé :

Bataillon de cavalerie : 1 chirurgien-capitaine ou major, 1 chirurgien-lieutenant, 1 chef infirmier, 1 infirmier;

Bataillon d'artillerie : 1 chirurgien-capitaine ou major, 2 chirurgiens-lieutenants, 1 chef infirmier, 6 infirmiers;

Bataillon du génie : 1 chirurgien-capitaine ou major, 1 chirurgien-lieutenant, 1 chef infirmier, 2 infirmiers;

Bataillon de transport : 1 chirurgien-capitaine ou major, 2 chirurgiens-lieutenants, 3 chefs infirmiers.

Le chirurgien-chef du service est, dans chaque régiment, placé sous les ordres du chef de corps ; mais, en ce qui concerne son service spécial, il est sous la direction technique de l'état-major médical de la division. Les chirurgiens subalternes reçoivent de lui tous les ordres relatifs à l'exécution du service; ils surveillent et dirigent les infirmiers et les brancardiers.

Les infirmiers, comme les brancardiers, comptent dans les compagnies, mais pour le service médical, sont placés sous les ordres des chirurgiens et des chefs infirmiers.

Dans l'armée japonaise, il n'y a pas de personnel médical exclusivement attaché aux hôpitaux ; le service y est assuré par les médecins de régiment.

III

Matériel régimentaire. — Chaque bataillon, sauf dans la cavalerie et le génie, a deux paniers et quatre brancards.

La partie supérieure des paniers renferme les médicaments, la partie inférieure les instruments et le matériel chirurgical. Le panier A contient entre autres les médicaments et objets suivants : acide phénique, tablettes de bichlorure de mercure, chloroforme, teinture d'iode, nitrate d'argent, liqueur d'Hoffmann, perchlorure de fer, etc. ; 800 grammes de gaze au sublimé, 360 grammes d'ouate au sublimé, 20 bandages triangulaires, 48 bandes roulées, etc. ; pilon et mortier, balance et poids, savon antiseptique, brosse, etc.; papier, enveloppes, 6 carnets, 20 états de rapports décadaires, etc. Le panier B renferme de l'iodoforme, quinine, ipéca, morphine, une seringue à injections hypodermiques, etc. ; 8 tourniquets de campagne, 1 bâillon, 20 petites attelles, 27 attelles en bois léger, 30 attelles en bois pour le bras, du chanvre pour attelles plâtrées, 6 boîtes de plâtre, 3 cuvettes à pansement, 3 irrigateurs laveurs, couteau, scie, etc., huile, mèches, lanternes (1 rouge et 1 blanche).

Les deux paniers sont placés sur un cheval; au-dessus du panier B est un fanion de la Convention de Genève.

Le brancard réglementaire se compose de deux montants en bambou, sur lesquels est une toile que maintiennent tendue deux tringles en fer. Ces tringles d'écartement sont fixées à un des bambous par une extrémité en forme de collier et à l'autre par un demi-collier emboîtant le second bambou; près de l'extrémité en collier, qui sert de point d'attache, est ménagée une articulation qui permet à la tringle de se replier le long de la hampe en bambou. Chaque coin de la toile est fixé à la portion correspondante de la tringle par une petite courroie.

Les bataillons de cavalerie et du génie n'ont ni paniers, ni brancards. Quand les infirmiers ont fait usage du matériel porté par eux, ils se réapprovisionnent aux paniers du corps de troupe le plus voisin.

Les chirurgiens sont munis d'une trousse placée dans le paquetage quand ils sont montés, dans un sac quand ils sont à pied.

Les chefs infirmiers portent une boîte médico-chirurgicale contenant des ciseaux, pinces, sonde, 3 paquets de pansement, des épingles de sûreté, 1 tourniquet, 1 vase gradué en étain, 1 cuvette à pansement en forme de boîte et contenant de la poudre de Dower, de la quinine en pilules, de la morphine, de la rhubarbe, de la liqueur d'Hoffmann, etc.

Chaque infirmier est muni d'un sac à pansement contenant de l'iodoforme, de la liqueur d'Hoffmann, 3 paquets de pansement, 3 paquets de gaze, 3 bandages triangulaires, 8 bandes roulées, des épingles de sûreté, 1 paire de ciseaux, 1 tourniquet, 1 cuvette à pansements, etc.

En outre, tout officier, sous-officier ou soldat est porteur d'un paquet de pansement placé dans le pan gauche de la tunique et composé de gaze antiseptique, d'un papier imperméable, d'un bandage triangulaire et d'une épingle de sûreté.

IV

Fonctionnement du service dans les formations sanitaires. — Les formations sanitaires de l'avant sont, comme dans notre armée, les postes de secours, les ambulances et les hôpitaux de campagne.

Les postes de secours sont installés à raison de un par bataillon. Pour assurer le fonctionnement régulier du service, le personnel régimentaire se divise en deux moitiés, l'une opérant sur la ligne de combat, l'autre au poste même, conservant les chevaux de bât et le matériel médico-chirurgical. Sur la ligne de feu, on emploie autant que possible le paquet individuel de pansement des hommes blessés.

Les objets portés dans les sacoches des chefs infirmiers et infirmiers ne doivent être employés que dans les cas de nécessité.

Le personnel médical des régiments de cavalerie, ne pouvant se maintenir avec eux, s'installe dans les points assignés par le chef de corps. Le personnel médical de l'artillerie se place à hauteur des batteries, mais en dehors de la ligne de tir des batteries ennemies.

Au combat, les brancardiers, aidés des infirmiers, relèvent les blessés, désignent ceux qui ont un besoin immédiat des secours des chirurgiens; ils conduisent au poste de secours, après un premier pansement, les hommes légèrement blessés ou pouvant marcher. Quand l'ambulance est à proximité, les blessés sont immédiatement dirigés sur cette formation sanitaire.

Tous les blessés doivent être secourus sans distinction de nationalité. Les cadavres des hommes tués au feu sont, après que tous les blessés ont été relevés, portés dans un endroit convenable pour leur inhumation.

Les ambulances fonctionnent comme nos ambulances divisionnaires, mais elles sont organisées en ambulances régimentaires fonctionnant pour un seul corps ou pour plusieurs régiments voisins. Les médecins régimentaires assurent le service dans les ambulances qui n'ont pas de médecins spéciaux.

Les hôpitaux de campagne ont un personnel et un matériel propres.

Il peut exister jusqu'à six hôpitaux de campagne par division japonaise opérant en corps d'armée. Le personnel de chaque hôpital est composé de un chirurgien en chef du grade de major et de 4 chirurgiens subalternes, d'infirmiers et brancardiers au nombre de 250 environ. En dehors du matériel sanitaire dont nous allons parler, chaque hôpital de campagne est pourvu d'un matériel de couchage pour 200 blessés environ.

Les formations sanitaires de l'arrière sont les hôpitaux de réserve et les hôpitaux auxiliaires. L'hôpital de réserve comprend un personnel de 5 à 9 officiers et de 37 à 61 sous-officiers ou soldats appartenant tous à l'armée active. Le personnel de l'hôpital auxiliaire, moins considérable, est constitué de 17 officiers et soldats; parmi les trois chirurgiens, le médecin-chef seul appartient à l'armée active. La société de la Croix-Rouge a été, dans la dernière guerre, largement mise à contribution en personnel et en matériel destinés aux formations de l'arrière.

V

Matériel des formations sanitaires. — L'arrimage de tout le matériel sanitaire se fait dans des paniers, aussi bien pour le matériel régimentaire que pour celui des autres formations. Les paniers de réserve destinés à ces dernières sont plus vastes que les paniers régimentaires; ils contiennent une plus grande quantité de médicaments et d'objets de pansement d'usage courant.

Le nombre des paniers est variable, suivant l'importance des unités. Ces paniers sont distingués en deux catégories : n° 1 panier médical, n° 2 panier chirurgical.

Le panier médical contient tous les médicaments nécessaires pour pansements et pour l'usage interne, ainsi que des objets de matériel : iodoforme, cocaïne, morphine, opium, bismuth, teinture d'iode, ipéca, liqueur d'Hoffmann, quinine, poudre de Dower, glycérine phéniquée, perchlorure de fer, huile de ricin, etc.; gaze bichlorurée, ouate antiseptique, 700 tablettes de sublimé (en comprimés de 1 gramme), diachylon, etc.; verres gradués, balance et poids, ventouses, spatules, bassins en cuivre, lampes, lanternes, etc.

Le panier chirurgical renferme une grande boîte d'instruments, des fils à ligatures, tubes, ciseaux, pinces, seringue, attelles, bandages, boîte pour l'analyse chimique, lampes à huile, étiquettes en étain, fanion de la Croix-Rouge.

Le contenu de ces paniers doit servir pour une semaine.

VI

Dans la plus grande mesure possible, le traitement antiseptique des plaies par armes à feu a été très scrupuleusement appliqué pendant toute la durée de la guerre. Elles ont été pansées avec de l'ouate bichlorurée ou avec de la cendre de paille de riz recueillie dans des sachets de gaze antiseptique. Ce dernier mode de pansement, recommandé par Kikucki, a donné de bons résultats. Les plaies lavées et irriguées avec une solution de sublimé au millième ont été souvent saupoudrées avec de l'acide borique ou de l'iodoforme avant d'être pansées. Dans certains cas, on a fait usage de pansements à l'ouate au sublimé recouverte de protective, d'ouate ordinaire et d'un bandage contentif. Le drainage a été pratiqué suivant les indications; l'ablation des esquilles osseuses n'a jamais été pratiquée.

Les appareils à fractures les plus employés ont été les attelles et gouttières creuses en bois, les attelles de bois et de zinc combinées.

Il n'y a pas eu de septicémie; on a noté 5 cas de tétanos dont 1 terminé par guérison.

Les différentes maladies qui ont sévi sont la dysenterie, la diarrhée, le choléra (33 p. 100 de mortalité), la fièvre typhoïde et le béri-béri.

Le total des morts, blessés et malades de l'armée japonaise, pour toute la durée de la guerre, s'est élevé à 60 979 hommes pour un effectif de 200 000 : 739 hommes ont succombé sur le champ de bataille; 230 sont morts des suites de leurs blessures; 3009 ont été blessés. Il y a eu 1 608 décès par choléra, 1 546 par autres maladies, sur un total de 57 001 malades.

La proportion (pour 100 blessés) des blessures par région du corps a été la suivante : tête 14,5; tronc 25,5; membres supérieurs 29,1; membres inférieurs 39.

Les effets des projectiles modernes n'ont pu être observés, les divisions japonaises qui étaient armées des nouveaux fusils n'ayant pas été appelées à combattre.

VII

Il ressort des enseignements fournis par la guerre sino-japonaise que les médecins des corps de troupe sont deux fois plus nombreux qu'en France. Les médecins démissionnaires étant très nombreux, car presque tous les médecins passent par l'armée avant d'exercer, l'armée japonaise possède un cadre de médecins de réserve très exercés et capables de rendre de réels services.

Il n'y a pas de pharmaciens dans les ambulances; on en compte un par hôpital de campagne et, grâce à lui, le service pharmaceutique est suffisamment assuré.

L'armée japonaise est dotée, dès le temps de paix, de médecins de brigade et de médecins de division et l'utilité d'une semblable institution a été déjà reconnue, alors qu'en France le médecin divisionnaire n'a de fonctions réelles qu'en temps de guerre, sans avoir été préparé de longue main à ses fonctions aussi pénibles que délicates à remplir.

Deux autres points restent à signaler, qui sont d'un intérêt plus grand encore : c'est le personnel régimentaire qui, assez nombreux, assure le service des ambulances; ains

deviennent possibles l'installation de ces formations sanitaires assez près du champ de bataille et la relation constante entre les deux premiers échelons sanitaires de l'avant. Enfin les hôpitaux de campagne suivent constamment la division ; ils ne sont pas exposés, de la sorte, à être fâcheusement immobilisés et empêchés de rendre les services qu'ils peuvent et doivent remplir. L'étude du fonctionnement du service de santé japonais pendant la dernière guerre aura, pensons-nous, une influence heureuse sur l'organisation des services sanitaires des armées européennes qui mettront à profit de si utiles enseignements.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique des maladies du rein (1), par MM. E. Gaucher et P. Gallois.

MM. E. Gaucher et P. Gallois, sans perdre un instant de vue le traitement des affections rénales, but de leur travail, se sont bien gardés de rester dans les limites étroites que semblait leur tracer le titre de l'ouvrage. Justement pénétrés de cette idée, qu'il n'est de bonne thérapeutique que celle qui s'appuie sur la notion précise des maladies, ces auteurs ont profité des deux volumes qui étaient mis à leur disposition pour étudier les causes et le mécanisme des néphrites, leurs symptômes et leurs variétés, pour en déduire avec plus de précision les indications rationnelles du traitement.

Aussi est-ce un véritable traité pratique des maladies du rein qu'ils viennent de publier et malgré sa forme abrégée, cet ouvrage ne craint pas la comparaison avec d'imposantes monographies qui ont été faites sur la même matière, tant en France qu'à l'étranger.

Le premier volume est consacré à la pathogénie des affections rénales et à l'hygiène alimentaire qui leur convient.

La pathogénie qui constitue d'ailleurs la partie la plus neuve du sujet a été l'objet d'une étude particulièrement intéressante et soignée. Les divers processus infectieux ou toxiques susceptibles d'altérer le parenchyme rénal ont été soigneusement analysés dans leurs détails et ils ont fourni la base d'une classification très rationnelle des néphrites.

Dans le traitement hygiénique, MM. Gaucher et Gallois étudient le lait et ses dérivés : lait stérilisé, peptonisé, humanisé, etc., le petit lait, le képhir, le koumys, les autres aliments d'origine végétale ou animale, les boissons, etc., et enfin les eaux minérales.

Le deuxième volume est consacré tout entier à la thérapeutique proprement dite.

Les auteurs commencent avec raison par signaler les médications dangereuses, encore trop souvent employées chez les malades atteints de néphrite : les vésicatoires, l'abus des révulsifs, du mercure, de la potasse, de la morphine, du chloralose, qui aggravent si souvent les altérations du rein et peuvent en créer de toutes pièces.

Il n'est pas possible, ici, de suivre les auteurs à travers tous les traitements qu'ils exposent et dont ils discutent les ndications.

En résumé, les trois petits volumes que je viens de présenter, un peu tardivement, aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, ont eu beaucoup de succès dès leur apparition. J'en suis très heureux pour les auteurs, que je félicite bien sincèrement, et pour nous, praticiens, qui puisons tant de bonnes et d'utiles notions pratiques dans cette excellente Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, fondée par nos regrettés maîtres Dujardin-Beaumetz et Terrillon.

A. SIREDEY.

(1) 2 vol. in-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les épreuves d'admissibilité du concours du Bureau central (chirurgie) sont terminées. En voici le résultat :

MM. Lyot, 63 ; Arrou, 60 ; Chevalier et Mauclaire, 58 ; Thiéry, 56 ; Villemin, 55 ; Reblaud et Regnauld, 49 ; Delbet et Demars, 46 ; Cazin, 44.

— Par décision ministérielle du 23 avril 1896, M. Pesme, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran, a été désigné pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— M. le docteur Bascoul, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, est nommé officier de l'Instruction publique.

— *Cours pratique d'ophtalmologie.* — M. le docteur A. Terson recommencera le samedi 9 mai, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades) ; 2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. Mermet commencera le 11 mai, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (pièces et technique) ; 2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis, samedis, à cinq heures ; le second, les lundis, mercredis, vendredis, à la même heure.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique.

— Un cours pratique de bactériologie médicale commencera le mardi 26 mai 1896, à deux heures, au laboratoire de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le docteur Chantemesse. — Se faire inscrire au laboratoire auprès de M. le docteur Bezançon (École pratique).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Bains de mer de la Méditerranée. Billets d'aller et retour valables 33 jours.* — *Billets individuels et collectifs de famille.* — Il est délivré, du 1er juin au 15 septembre de chaque année, des billets d'aller et retour de bains de mer, de 1re, 2e et 3e classe, à prix réduits, pour les stations balnéaires suivantes : Aigues-Mortes, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Golfe-Juan-Vallauris, Hyères, La Ciotat, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Saint-Raphaël, Toulon et Villefranche-sur-Mer.

Ces billets sont émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. et doivent comporter un parcours minimum de 300 kilomètres aller et retour.

Prix : le prix des billets est calculé d'après la distance totale, aller et retour, résultant de l'itinéraire choisi et d'après un barême faisant ressortir des réductions importantes pour les billets individuels, ces réductions peuvent s'élever à 50 p. 100 pour les billets de famille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En prenant part à la discussion sur l'appendicite, M. Laveran a fait de sages réserves sur deux opinions trop absolues, selon lui, qui ont été émises par les précédents orateurs, la transformation constante de l'appendice à cavité close, d'une part, et, d'autre part, au point de vue thérapeutique, l'indication constante de l'intervention chirurgicale. Pour M. Laveran, l'appendicite n'étant, dans certains cas, qu'une inflammation intestinale localisée, le traitement médical peut, dans ces cas, donner des résultats satisfaisants. Il suffit, pour le prouver, de rappeler les nombreuses observations communiquées à la Société médicale des hôpitaux, en particulier par M. Millard.

Dans un rapport sur deux observations de M. Guermonprez (de Lille), qui soulèvent la question de l'inoculabilité professionnelle du cancer, M. Pozzi conclut que ces observations n'ont pas de valeur démonstrative. Après avoir rappelé l'expérience clinique un peu trop osée d'un chirurgien de province, les expériences sur des animaux et les faits cliniques qui ont été publiés sur ce sujet, M. Pozzi estime que jusqu'ici il n'existe aucune preuve de l'inoculabilité professionnelle du cancer. Que messieurs les chirurgiens se rassurent donc.

M. Liétard (de Plombières) a lu une note historique intéressante sur la littérature médicale de l'Inde.

Signalons enfin une curieuse observation d'un kyste fœtal trouvé dans l'abdomen d'un jeune homme de dix-sept ans.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats au titre de correspondant national. Voici la liste de présentation :

En première ligne, M. Glénard (de Lyon);

En deuxième ligne, M. Mossé (de Toulouse);

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Debierre (de Lille) et Renou (de Saumur);

En quatrième ligne, *ex æquo*, MM. P. Lemaistre (de Limoges) et Vidal (d'Hyères).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Grenouillette sublinguale, récidives multiples; transformation en une grenouillette sous-maxillaire, récidives multiples; ablation de la grenouillette et de la glande sous-maxillaire; guérison.

Le nommé B... (Jean), trente-quatre ans, est entré à l'hôpital de la Charité le 19 novembre 1895, salle Boyer n° 3.

En 1894, ce malade constate, dans la bouche, une petite grosseur sous la langue du côté gauche. Le 20 septembre 1894, il entre à l'hôpital Saint-Louis, M. L. Championnière fait une incision simple. Le 20 novembre, récidive, nouvelle incision et cautérisation avec une forte solution de chlorure de zinc. Deux mois après récidive, cette fois à la région sous-maxillaire, la tumeur atteint le volume d'un œuf. B... entre alors à l'Hôtel-Dieu. M. Polaillon fait une incision sur la tumeur et cautérise avec la solution de chlorure de zinc. Quinze jours après récidive dans la bouche, nouvelle incision; récidive un mois après la sortie de l'hôpital et cette fois la grenouillette est sous-maxillaire.

Le 15 juillet 1895, le malade entre à la Charité. M. Després constate sous l'angle de la mâchoire et s'avançant en avant une tumeur fluctuante grosse comme un petit œuf. Il tenta d'abord un procédé classique, le séton, il fit passer un séton en anse dans le sillon gingivo-labial pénétrant dans la grenouillette (ce séton avait été introduit par l'extérieur et la plaie du tégument avait été réunie par suture, cette opération est assez difficile); pendant cinq mois la grenouillette paraissait guérie. Le séton en caoutchouc tomba et on attendit. Un mois après, la grenouillette était reparue et elle avait cette fois le volume d'un œuf. M. Després prit alors son parti, celui d'enlever le kyste et la glande sous-maxillaire.

Le 9 janvier, le malade étant endormi à fond, voici comment il procéda à l'opération : incision de l'angle de la mâchoire, à 1 centimètre du menton, et à un travers de doigt du bord du maxillaire inférieur; deuxième incision en croissant à concavité supérieure et circonscrivant les cicatrices des anciennes opérations et allant rejoindre les deux extrémités de la première incision. Section du peaucier, de l'aponévrose et du tissu cicatriciel, M. Després va alors à la recherche de la glande. Ablation d'un ganglion lymphatique; on tombe sur la poche qui est assez facilement disséquée de haut en bas et d'arrière en avant. L'on voit alors nettement l'hypoglosse, le mylo-hyoïdien, le digastrique et les muscles du pharynx; le kyste avait disséqué toutes ces parties. Le kyste est alors disséqué d'arrière en avant et l'on arrive sur la glande sous-maxillaire qui est disséquée, non sans ouverture de l'artère faciale qui est immédiatement liée. Ceci fait, il fallut disséquer le kyste de la trachée et de

la gaine des vaisseaux du cou. M. Després coupe en dédolant et n'ouvre pas la gaine du vaisseau. Mais en détachant le kyste de la trachée, il y eut des veines du plexus thyroïdien en bas, ouvertes : un léger sifflement indiquant l'entrée de l'air dans les veines, une ligature fut placée immédiatement sur la veine, et tout rentra dans l'ordre. Un drain fut placé jusque dans le fond de la plaie et une suture profonde (cinq points) réunit la plaie, qui fut pansée avec une compresse d'eau et d'alcool camphré et un cataplasme de farine de graine de lin par-dessus. L'opération a duré environ douze minutes.

Les suites de l'opération furent simples, à part un érysipèle circonscrit de la face qui dura quatre jours. Le huitième jour, la température du malade était normale, 37 degrés le matin et 37°2 le soir. Le drain fut enlevé le huitième jour. La ligature de la faciale tomba le douzième jour, le dix-septième jour la ligature de la veine tomba, et le dix-huitième, la plaie était refermée.

Une particularité doit être signalée : le malade qui était un peu nerveux et avait été difficile à endormir, lorsqu'il cessa d'être sous l'influence du chloroforme, se réveilla aphone. M. Després pensa de suite à une lésion du nerf récurrent gauche, mais pendant l'opération il ne l'avait ni vu, ni touché. On eut le secret de cet accident en consultant les antécédents du malade.

Ce garçon avait eu, pendant son service militaire, des bronchites à répétition, et avait eu une extinction de voix complète qui avait duré dix-huit mois. Et pendant sa période de vingt-huit jours, après son service militaire, il avait été réformé comme tuberculeux ! L'événement a prouvé que l'extinction de voix était bien liée à la constitution du malade. Car la voix est revenue au mois de mars dernier. Il est bon d'ajouter que l'examen laryngoscopique, fait au mois de février, avait montré que les deux cordes vocales étaient saines et non paralysées, et qu'il y avait seulement des rougeurs et quelques granulations sur la muqueuse du larynx.

L'examen de la pièce montra que la grenouillette était une grenouillette glandulaire développée aux dépens des acini de la portion de la glande située sous le mylo-hyoïdien.

L'ablation de la grenouillette par la bouche est, à juste titre, considérée comme une mauvaise opération ; mais la grenouillette sous-maxillaire peut être enlevée, et dans ces conditions il faut y ajouter l'ablation de la glande sous-maxillaire.

Quant à l'érysipèle qui est survenu le lendemain de l'opération, M. Després l'attribue à l'ablation du ganglion lymphatique obligatoire pratiquée pour enlever la glande sous-maxillaire. Quand on enlève un ganglion, on retient la lymphe dans les réseaux qui y aboutissent et cela favorise la production d'un érysipèle au moindre refroidissement.

LE PANSEMENT JAPONAIS AU CHARBON DE PAILLE

[PROCÉDÉ KIKUZI (1)]

Par le docteur J.-J. MATIGNON,

Aide-major de l'armée attaché à la Légation de la République en Chine, Médecin de la Légation impériale de Russie à Pékin.

Au cours d'un récent voyage au Japon, nous avons pu visiter, à Tokio, sous la conduite de M. le médecin principal Matshushima, l'hôpital de la première division. Nous avons été particulièrement frappé par les résultats excellents des opérations pratiquées soit pour blessures, soit plus spécialement pour gelures, après les sièges de Port-Arthur et Wei-ha-Weï. Nous fûmes d'autant plus intéressé que nous avions vu, quelques semaines auparavant, à l'hôpital du Vice-Roi, à Tien-Tsin, des blessés chinois opérés sur ces mêmes champs de bataille par des médecins-missionnaires anglais; les résultats étaient déplorables. Le médecin principal nous dit que, pendant toute la campagne, le service de santé avait toujours eu recours à la méthode simple, pratique, rapide et économique de M. Kikuzi. Nous pensâmes que la médecine d'armée n'aurait qu'à tirer profit de ce procédé.

Avant de le décrire, nous tenons à remercier le commandant Wattanabé, officier d'ordonnance de S. E. le maréchal Oyama, ministre de la Guerre, qui m'a très obligeamment conduit dans les casernes et les hôpitaux, et m'a procuré la brochure où se trouve détaillée la méthode de Kikuzi.

Quelles sont les conditions que doit réunir un bon pansement sec ? Il doit être pourvu d'une grande capacité d'absorption ; être très élastique pour que la pression se répartisse également sur toute la surface de la plaie ; sa désinfection doit être facile ; sa préparation simple et on doit pouvoir l'obtenir en grande quantité ; il doit être commode à employer, sans nécessiter de perte de temps ; enfin, il doit être très bon marché. Ce sont là autant de considérations particulièrement appréciables dans la chirurgie d'armée.

Jusqu'ici, la gaze était ce qu'il y avait de mieux. Mais elle n'est pas toujours facile à désinfecter ; de plus, on ne peut toujours en avoir sous la main de très grandes quantités ; enfin, son prix très élevé lui a fait substituer la ouate ordinaire ou la ouate de tourbe. Un pansement à la gaze nécessite de 2 à 8 mètres de celle-ci. C'est, par conséquent, pour une armée en campagne, un volume énorme de gaze qu'il faudra faire suivre. Ce serait à la fois fort encombrant et très dispendieux.

M. Kikuzi conçut l'idée de l'emploi du charbon de paille de riz pendant l'été de 1891. Il fut appliqué avec plein succès pendant les tremblements de terre de Mino-Owaré ; on l'a constamment employé pendant la dernière campagne ; enfin, il est d'usage courant dans les hôpitaux civils et obligatoire dans les hôpitaux militaires du Japon.

C'est une poudre brune, presque noire, contenant du charbon, de la paille non complètement carbonisée, de la cendre et de la poussière qui, primitivement, adhérait à la paille. De l'analyse faite par MM. Hiradayama et Mazui, pharmaciens de l'armée japonaise, il résulte que 100 parties contiennent :

Eau	6,871
Cendres.	69,071
Substances non complètement brûlées.	24,058

Cette poudre, mélangée à 10 volumes d'eau, a donné à l'analyse qualitative : de la potasse, de la soude, de l'alumine, de la magnésie, de la chaux, du fer, du chlore, du soufre, du phosphore, des silicates et des substances organiques.

A l'analyse quantitative, on trouve, pour 100 grammes de cette solution et pour 100 grammes de résidu sec, les proportions suivantes :

(1) *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896, p. 126.

	Solution	Résidu
Eau	99,205	»
Silicate de soude	0,423	54,207
Chlorure de sodium	0,089	11,185
Carbonate de potasse	0,069	8,679
Phosphate de soude	0,061	7,673
Carbonate de soude	0,059	7,421
Sulfate de potasse	0,009	1,132
Sulfate de soude	0,009	1,132
Magnésie, alumine, matières organiques	0,076	8,561
Totaux	100 »	100 »

QUALITÉS DE LA POUDRE DE CHARBON DE PAILLE

Pouvoir absorbant. — Pour mesurer ce dernier, M. Kikuzi prend des volumes égaux d'ouate, de gaze et de charbon. Il les presse un certain temps avec la même force entre les doigts, puis les plonge pendant un temps donné dans de l'eau et les pèse ensuite. Les différences de poids donnent la quantité de liquide absorbé. Il a également mesuré quel était de ces trois objets de pansement celui qui, après expression, conservait le plus de liquide. Après immersion dans l'eau, ils étaient chacun à leur tour placés sur une planche inclinée à 45 degrés, puis recouverts, pendant cinq minutes, d'une plaque de fer supportant un poids de 1 kilogramme. Enfin, M. Kikuzi a encore recherché quel était celui de ces objets qui permettait au liquide de s'évaporer le plus rapidement. Les pièces en expérience, bien imbibées, étaient laissées dans une chambre à la température ordinaire et tous les jours, à heure fixe, des pesées étaient pratiquées.

Le tableau suivant résume toutes ces expériences. Les divers poids pour l'ouate, la gaze et le charbon, correspondent à des volumes égaux de matières expérimentées.

Poids des objets	Maximum d'absorption	Restant après expression	Évaporation 24 — 48 — 72 / 96 — 120 — 148 heures
Ouate, 5 grammes	80	43	4, 8, 13 / 19, 26, 33
Gaze, 8 grammes	66	44	4, 10, 17 / 25, 33, 44
Charbon, 15 grammes	65	58	5, 10, 16 / 24, 30, 43

Élasticité. — Ce charbon est très fin et très poreux. Il est de ce chef très élastique, peut s'appliquer très bien sur les plaies et y faire une compression régulière et égale sur tous les points, surtout si on a la précaution de l'enfermer dans de petits sachets.

Désinfection. — Inutile d'insister sur ce point. La préparation même de ce charbon est une garantie de sa désinfection parfaite.

Abondance. — On trouve de la paille partout. Point n'est besoin de la paille de riz ; celle des écuries, d'une paillasse peut également être employée.

Prix. — Le prix est insignifiant. 4 kilogrammes de paille donnent 1 200 grammes de charbon. Or, les quantités nécessaires pour un pansement oscillent entre 50 à 100 grammes, c'est-à-dire que le prix maximum d'un pansement pourra être de 5 centimes. A Mino-Owaré, les médecins japonais donnèrent leurs soins à 1600 personnes blessées dans le tremblement de terre. Le pansement Kikuzi fut constamment mis en usage. 2300 kilogrammes de paille furent employés, qui coûtèrent 4 francs.

Préparation. — Le résidu de la combustion de la paille est un mélange de cendres et de charbon, dans lequel ce dernier prédomine. Il faut, pour obtenir de bon charbon de paille, procéder comme pour le charbon ordinaire, c'est-à-dire par combustion lente et sans appel d'air.

Un bon moyen, pour obtenir de petites quantités, consiste à garnir de paille une chaudière en fer, mettre le feu et, quand le tout est bien allumé, recouvrir avec le couvercle. Mais pour les grandes quantités, il faut brûler la paille à l'intérieur d'un appartement dont les portes auront été fermées. Quand la combustion est achevée, il faut éparpiller le charbon pour le faire refroidir et le séparer le plus possible de la cendre. Comme le charbon est très hygrométrique, il est très avantageux de l'employer frais. A Mino-Owaré, on le préparait sur les lieux mêmes du pansement.

Mode d'emploi. — Au début, le charbon était plié dans des doubles de gaze, mais ce procédé était défectueux. Le charbon, en effet, passait au travers des mailles et se déposait sous forme de corps étrangers, aseptiques c'est vrai, mais non résorbables, dans les plaies. Maintenant, le charbon est placé dans de petits sachets de linge fin, ouverts à un bout et désinfectés au préalable. On n'a, au moment du pansement, qu'à garnir ces sachets qui, après lavage et désinfection, peuvent resservir. Le charbon est de la sorte fort bien contenu. Les dimensions, formes et épaisseurs de ces sachets, sont en rapport avec les régions sur lesquelles ils doivent être placés et qu'ils déborderont de 2 à 3 centimètres. M. Kikuzi en fait préparer trois modèles :

Grands	20 cent. long.	13 cent. larg.	2 cent. épaiss.
Moyens	13 —	10 —	2 —
Petits	10 —	7 —	2 —

Le coussin fraîchement garni est ce qu'il y a de mieux ; mais on peut, sans inconvénient, s'ils sont enfermés dans une boîte métallique, les conserver pendant des semaines.

En campagne, le mieux est d'avoir seulement des sacs, peu encombrants, et qui seront garnis, au fur et à mesure des besoins, avec du charbon de paille qu'on peut se procurer partout. Nous estimons que ces sacs devraient, au préalable, être bouillis dans des solutions concentrées de bichlorure de mercure, pour que la trame restât chargée de sel. C'est d'ailleurs le procédé que nous employons à l'hôpital de Nant'ang de Pékin.

Le charbon présente donc sur la gaze les avantages suivants :

1° Son pouvoir absorbant est plus considérable ;

2° On le trouve partout ; on l'obtient rapidement et en grande quantité ;

3° Son prix est minime : le vingtième de celui de la gaze ;

4° On peut l'employer tout de suite ; sa désinfection résulte de sa préparation ;

5° Il n'est pas nécessaire de le transporter ; d'où, pas d'encombrement ;

6° Son élasticité est égale à celle de la gaze.

Ses avantages sont particulièrement appréciables pour la chirurgie d'armée ; sa préparation rapide, son asepsie parfaite, son prix insignifiant, font prévoir qu'il pourra, en campagne, rendre de signalés services.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les sources d'Uj"Hunyadi; l'eau d'Apenta.

Par le docteur X. Delmis.

Parmi les nombreuses sources qui émergent du bassin de Buda-Pesth et qu'on désigne en hongrois sous le nom générique d'Hunyadi, il en est une, encore peu connue en France, qui mérite cependant d'appeler l'attention des praticiens. C'est la source d'Uj"Hunyadi, dont le ministre de l'Intérieur vient d'autoriser l'introduction sous le nom d'*Apenta*.

Cette source se distingue des autres sources purgatives par diverses particularités, sur lesquelles il est utile d'insister.

En premier lieu, elle contient (pour 1000 parties) 210 parties de sulfate de magnésie et 186 de sulfate de soude, ce qui la classe parmi les eaux minérales actives, à prédominance magnésienne. Ainsi que l'a bien démontré le professeur Schnabel, les sources dans lesquelles domine le sulfate de magnésie sont les seules qui méritent réellement le nom d'*eaux amères* et qui peuvent être employées pendant longtemps sans irriter l'estomac et l'intestin.

En second lieu, l'eau d'*Apenta* contient une proportion relativement importante de lithine. C'est la seule eau purgative qui présente cette particularité dont les conséquences sont importantes en clinique. On sait, en effet, que beaucoup des affections qui nécessitent l'emploi des eaux laxatives (pléthore abdominale, congestion du foie, etc.) sont presque toujours associées aux diathèses goutteuses qu'il faut combattre par la lithine.

Enfin, nous appelons l'attention sur un troisième point relatif à l'eau d'*Apenta*. C'est que les sources d'Uj"Hunyadi sont exploitées sous le contrôle direct de l'Institut chimique de Buda-Pesth qui dépend lui-même du ministère de l'Agriculture du gouvernement hongrois. Grâce à cette garantie officielle, nous sommes sûrs que les eaux sont absolument pures et non mélangées à des substances organiques, ce qui a lieu si souvent pour les sources étrangères lorsque leur exploitation n'est soumise à aucune surveillance.

L'eau d'*Apenta* a été étudiée avec soin et ses propriétés ont été préconisées par les sommités médicales, parmi lesquelles il nous suffira de citer les noms de Rokitansky, de Zeissel et de Schnabel. Elle a été approuvée et autorisée par l'Académie de médecine en 1878, à la suite d'un rapport favorable de M. le docteur Hardy.

Les plus récentes analyses sont dues à Liebermann et à Tichborne. Voici la composition de l'eau d'*Apenta*, d'après l'analyse du professeur Tichborne.

	Pour 1000 parties.
Sulfate de magnésie	210,6
Carbonate de magnésie	1,82
Bromure de magnésie	0,12
Sulfate de soude	186,84
Sulfate de chaux	26,33
Sulfate de potasse	0,84
Sulfate de lithine	0,75
Chlorure de sodium	17,69
Carbonate de soude	4,78
Carbonate de chaux	1,17
Carbonate de fer	0,77
Alumine	0,30
Silice	0,32
	452,33

On voit, d'après cette analyse, que l'eau d'*Apenta* diffère sensiblement de la plupart des autres sources d'Hunyadi, plus anciennement connues en France, telles que l'Hunyadi Mattyas, l'Hunyadi Janos. Elle diffère surtout des eaux espagnoles, beaucoup trop fortes et beaucoup trop chargées en sulfate de soude.

On peut donc considérer l'eau d'*Apenta* comme la plus parfaite des eaux laxatives. Par son heureuse composition chimique, elle constitue un excellent laxatif pour l'usage ordinaire; grâce à l'addition de la lithine, elle est particulièrement indiquée chez les obèses, chez les goutteux et chez tous les individus atteints de la diathèse urique. Enfin, sa pureté absolue permet d'en recommander l'emploi en toute sûreté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1896. — Présidence de M. Hervieux.

PRÉSENTATIONS

Photographie à l'aide des rayons de Rontgen. — M. MONOD présente la photographie d'une main dans laquelle existe une balle de revolver depuis dix ans. La photographie à l'aide des rayons de Röntgen a montré que le projectile était divisé en deux fragments. Comme il ne détermine aucun trouble, M. Monod n'a pas jugé à propos d'intervenir.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. LAVERAN rappelle que M. Dieulafoy a posé en principe que l'appendicite était toujours le résultat de la transformation de l'appendice en cavité close. Cette théorie paraît à M. Laveran trop absolue. La transformation de l'appendice en cavité close peut se faire de deux façons, selon M. Dieulafoy, soit par lithiase, soit par rétrécissement. Évidemment, si un corps étranger vient obturer la cavité appendiculaire, la théorie de M. Dieulafoy s'applique sans réserve à ce cas. Il se forme un abcès, du pus très virulent; enfin une perforation. Mais ces faits de lithiase appendiculaire sont-ils aussi fréquents que le dit M. Dieulafoy? M. Laveran n'a pas observé très souvent de pareils faits.

Une troisième cause d'appendicite, c'est la déviation, la flexion de l'appendice signalées par M. Pozzi.

Dans les cas où la cause semble pouvoir être attribuée au rétrécissement, c'est par un processus inflammatoire que la lésion est produite. Consécutivement à une poussée inflammatoire simple, il se forme du tissu embryonnaire qui, plus tard, se transforme en tissu fibreux et cloisonne l'appendice en y déterminant de véritables rétrécissements, parfois même des obstructions complètes qui changent l'appendice en cavité close. Ces rétrécissements sont donc conséquence et non cause de l'appendicite. Il est vrai qu'ils peuvent favoriser les perforations.

Si on observe que, dans les appendicites légères, il n'y a pas de cavités closes avec production de pus, on peut admettre que le traitement médical puisse donner d'excellents résultats. La maladie guérit facilement par disparition d'un simple état inflammatoire.

Le traitement médical des appendicites ne doit pas être absolument repoussé et, dans certaines circonstances, il peut rendre des services.

RAPPORT

Inoculation professionnelle du cancer. — M. POZZI fait un rapport sur deux observations adressées par M. Guermonprez, de Lille (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 322). Ces observations tendent à prouver l'inoculabilité du cancer. On se rappelle les expériences qui ont été faites sur ce sujet. M. Gueilliot (de Reims), dans un travail, conclut nettement à l'inoculabilité du cancer. M. Cazin, dans sa thèse, arrive à une conclusion contraire.

Analysant les observations de M. Guermonprez, M. Pozzi conclut qu'elles n'ont pas la valeur démonstrative que leur auteur leur attribue.

LECTURES

La littérature médicale de l'Inde. — M. LIÉTARD (de Plombières). La littérature médicale de l'Inde constitue un ensemble infiniment plus important que ne peut le faire supposer la lecture des historiens de la médecine. Elle compte actuellement plus de 800 ouvrages différents, attribués, en dehors des anonymes, qui sont encore assez nombreux, à environ 300 auteurs, réels ou plus ou moins douteux.

Le manque absolu de toute chronologie dans les documents et les livres indiens rend très difficile le classement de ces œuvres, lequel ne peut guère être tenté que par la comparaison des textes et le rapprochement des citations et des références qui y sont insérées.

La base du monument que constitue cette masse de productions est formée par deux œuvres considérables, d'où sont pour ainsi dire dérivées toutes les autres : ce sont l'*Ayurvéda* de *Suçruta* et la *Samhitâ* de *Charaka*. On a longtemps discuté sur l'âge de ces deux œuvres, qui ont joué, dans l'histoire de la science médicale des Hindous, le rôle de celle de Galien dans la médecine de l'Occident. On est persuadé aujourd'hui que les textes ont subi de multiples et profonds remaniements, mais que dans la forme primitive, aujourd'hui perdue, ces ouvrages remontent aux premiers siècles de notre ère. C'est revenir ainsi à l'opinion à laquelle M. Liétard s'est rallié dans ses premières publications.

Après ces auteurs, séparé d'eux par un certain nombre de siècles, on rencontre un autre ouvrage dont la réputation est encore très grande dans toute l'Inde, mais surtout dans les provinces occidentales et septentrionales. C'est l'*Ashtangahridaya*, dont l'auteur est *Vagbhata*, le plus célèbre des médecins hindous, après Suçruta et Charaka. Son livre a été imprimé dans l'Inde, presque toujours avec un vaste commentaire et une traduction dans une langue moderne de l'Inde, quatorze fois depuis 1862.

Il était généralement admis que Vagbhata a vécu au XIIe siècle; un savant allemand vient de démontrer que son livre a été traduit au Tibet dès le commencement du IXe siècle, ce qui le reporterait au VIIIe siècle.

Après Vagbhata, qui ne manque pas encore d'originalité, se rangent, dans la série des siècles, un nombre énorme d'abrégés, de manuels, de lexiques, de commentaires, etc., créés souvent pour les besoins d'un enseignement privé, ou pour satisfaire le caprice de quelque prince, Mécène au petit pied. Mais bientôt la période d'activité scientifique, réellement productrice, a été tout à fait close dans l'Inde, et l'on s'y trouve en pleine et définitive décadence scientifique.

Quant aux œuvres anciennes de Suçruta et de Charaka, il n'est pas impossible que, sous leur première forme, aujourd'hui ensevelie dans les développements ultérieurs, elles aient précédé Galien, mais il reste bien certain qu'elles sont postérieures aux œuvres hippocratiques. Ce qui donne de l'importance à ces dates, c'est la similitude des théories exposées dans les anciens livres grecs et indiens, similitude telle qu'elle ne peut être l'effet du hasard.

En réalité, ce qui semble le plus probable, c'est que les Indiens, par une voie ou par une autre, après avoir emprunté aux Grecs les idées principales de leur théorie humorale, se la sont assimilée, l'ont incorporée dans le cadre de leurs doctrines philosophiques, lui créant ainsi chez eux, avec les théories métaphysiques, une alliance dont Hippocrate, la regardant comme une entrave, avait au contraire systématiquement débarrassé la médecine grecque.

Éclampsie puerpérale. — M. ROBERT (de Pau) lit une observation d'accouchement forcé chez une femme enceinte de sept mois et demi et atteinte d'éclampsie puerpérale.

Kyste fœtal intra-abdominal chez un jeune homme. — M. LÉVY communique l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui portait dans l'abdomen une tumeur assez volumineuse. On fit la laparotomie, on trouva dans l'épiploon un kyste contenant un fœtus de 44 centimètres environ, du sexe féminin, avec peau rétractée et épaissie. Le malade succomba. Jusqu'à dix-sept ans, ce jeune homme ne s'était aperçu de rien. A ce moment même, il remarqua dans l'abdomen une petite masse qui grossit peu à peu et en deux ans atteignit le volume d'une tête d'adulte. Il est probable qu'il s'agit là d'un cas d'enclavement ectodermique.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (1), par le docteur J. SÉGLAS, recueillies et publiées par le docteur Henry MEIGE.

M. Séglas a réuni dans ce gros volume la plupart des leçons cliniques qu'il a faites à la Salpêtrière, de l'année 1887 à l'année 1894. M. Henry Meige, l'écrivain clair et original, les a rédigées. C'est dire qu'elles le sont avec soin, avec quelque chose de plus même, avec talent.

Ces leçons, nous en connaissons quelques-unes; d'autres sont inédites. Toutes sont intéressantes à lire et à relire. Elles expriment bien les qualités d'esprit de celui qui les a conçues, clinicien orienté vers la psychologie, psychiâtre qui aime à regarder par-dessus les frontières et ne craint pas d'aller chercher en Allemagne des faits, des classifications et des théories.

La psychologie tient une grande place dans l'œuvre de M. Séglas. J'entends la psychologie de M. Ribot et de M. Pierre Janet, c'est-à-dire celle qui s'appuye sur la clinique en même temps qu'elle cherche à lui offrir une base. Les doctrines actuelles sur la formation et la dissociation de la personnalité ont beaucoup servi à M. Séglas pour établir la pathogénie de certaines idées délirantes, de négation par exemple. Celles sur l'automatisme psychologique l'ont aidé à comprendre la confusion mentale.

Ce qui intéresse surtout M. Séglas, c'est le *comment* des troubles mentaux, mais le comment psychologique. Il y arrive vite ou du moins il s'y tient constamment; car ce sont, en effet, les raisons immédiates des altérations psychiques que ces explications qui envisagent surtout le mécanisme de la pensée. En cela M. Séglas est l'héritier des premières traditions de la psychiâtrie française, qui s'est toujours appuyée sur la psychologie. Est-ce que, d'ailleurs, nos classifications basées sur le délire ne sont pas encore purement psychologiques? M. Séglas a rajeuni la méthode et lui a apporté le secours de connaissances philosophiques, par trop superficielles chez bien d'autres aliénistes, à qui il ressemble par certains côtés. Mais il est aussi l'héritier des traditions de la psychiâtrie allemande, qui ont renforcé son goût pour la psychologie.

Pour moi, je crois que la voie qui conduira aux vraies causes de la folie, et par là à la thérapeutique, que cette voie doit passer plus près du corps et plus loin de l'esprit, et ne suivre que les troubles physiques, auxquels il faut toujours arriver en dernière pathogénie et auxquels il faudra toujours s'adresser, pour les modifier par d'autres

(1) In-18. Prix : 14 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

moyens que ceux que nous employons aujourd'hui. On pourrait peut-être même — tout en obtenant les mêmes résultats — délaisser l'étude psychologique. Car les phénomènes ont plusieurs faces ; et l'on ne peut guère les envisager toutes sans se priver à un moment de sa méthode habituelle. C'est pour cela que quelques-uns de ces néo-psychologues, qui s'étaient tout d'abord enthousiasmés pour les observations médicales, les ont abandonnées, ou à peu près, et se sont renfermés dans leur tour d'ivoire.

Quoi qu'il en soit, les faits psychopathiques envisagés à un point de vue surtout psychologique resteront toujours une face de la vérité et leur interprétation pourra peut être aider les médecins dont on oublie trop cependant que le but et le devoir sont surtout d'ordre thérapeutique.

Il ne faudrait pas croire que M. Séglas n'est que psychologue ; il est aussi clinicien, et ses descriptions de vésanies, où le délire est étudié longuement et avec une grande finesse, témoignent d'un merveilleux talent d'observateur. Je citerai seulement — pour appuyer cet éloge — les chapitres sur la mélancolie, le délire des négations et le délire des persécutions. Toutefois, le psychologue gêne parfois le médecin. C'est ainsi qu'il définit l'obsession comme « une sorte de dédoublement de la conscience ». Je ne sais pas si ce dédoublement existe, mais je sais bien avec tous les praticiens que le symptôme qui caractérise l'obsession, c'est l'état émotif qui accompagne l'idée fixe. M. Séglas a fini par perdre de vue le trouble morbide, qu'il caractérise par le mécanisme psychologique, cependant hypothétique. Ailleurs, dans le chapitre de l'examen morphologique des aliénés, il montre, au contraire, la part qu'il fait à l'examen objectif plus médical, à l'examen physique.

Les renseignements qu'il donne sur les déformations du crâne et les méthodes pour les mesurer ainsi que sur les altérations morphologiques des principales parties du corps, seront des plus utiles à tous les médecins peu familiarisés avec la clinique psychiatrique — bien qu'il manque à cette description une interprétation des anomalies dans ce que chacune peut signifier.

Enfin, une dernière critique qu'a prévue l'auteur est celle touchant la bibliographie. Elle est réduite à peu de chose, et bien des travaux importants ne sont pas signalés. Mais M. Séglas a voulu surtout faire œuvre originale, et il ne s'est pas embarrassé de citer ses confrères, bien qu'il les connaisse et les ait lus avec soin.

Les caractères et l'éducation morale (1), par Fréd. Queyrat, professeur au Collège de Mauriac.

L'étude des caractères est pleine de difficultés ; et il n'est pas facile d'arriver à des notions précises là-dessus. M. Queyrat a tenté de faire une systématisation des caractères, en se tenant principalement sur le terrain psychologique. L'auteur admet, tout d'abord, deux éléments constitutifs du caractère : l'*hérédité* et l'*habitude*, mais sans insister beaucoup sur chacun d'eux. Il en arrive à cette définition un peu amphigourique : le caractère est « une cristallisation d'habitudes autour d'un noyau central qui est le tempérament primitif ». M. Queyrat, se basant ensuite sur la division classique des facultés psychiques en sensibilité, intelligence et activité, classe les caractères selon qu'ils représentent une de ces facultés à l'état isolé (émotionnels, actifs, méditatifs ou intellectuels), ou bien la prédominance simultanée de deux facultés (actifs émotionnels ou passionnels, actifs méditatifs ou volontaires, méditatifs émotionnels ou sentimentaux), ou encore la pondération à une tonalité différente des trois facultés (équilibrés, amorphes et apathiques), enfin, l'exercice irrégulier et intermittent d'une ou des diverses tendances (instables, irrésolus, contrariants). M. Queyrat emprunte aux personnages historiques des exemples de ces principaux caractères et essaye la description des caractères morbides (hypocondrie, mélancolie, hystérie). Enfin, il termine par un chapitre sur l'éducation du caractère.

Je le répète, le livre est fait par un psychologue, qui s'est cantonné sur le terrain psychologique. Cela se voit de reste. La classification est tout artificielle, basée qu'elle est sur une conception classique par trop simpliste. Elle n'éclaire nullement le seul point intéressant de l'étude des caractères, à savoir la raison anatomo-physiologique qui fait que chacun a ses inclinations personnelles, — outre que les histoires de personnages historiques tiennent plus de la légende que de la véritable observation, et que les exemples de caractères morbides sont quelques peu fantaisistes et pris à des sources dont certaines sont bizarres. Or, ce sont là des défauts qui tiennent au manque de méthode scientifique et de connaissances médicales de l'auteur, qui, d'ailleurs, n'a pas prétendu faire œuvre de savant, ni de médecin, mais seulement une œuvre agréable à lire, de psychologue et de littérateur, ce à quoi il a parfaitement réussi, et pour quoi il mérite des compliments sincères. Mais j'attends encore le patient observateur qui, dans l'étude des caractères, les ramènera à des modes variés de fonctionnement physiologique, liés à des organisations anatomiques différentes, et se basera sur des faits de clinique vulgaire, plus exacts et moins enjolivés que les légendes illustrées des grands hommes.

E. Toulouse.

(1) In-18. Biblioth. de Philosophie contemp. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La deuxième épreuve du concours de médecins des hôpitaux est terminée. Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Florand, Jeanselme, Souques, Jacquet, Gallois, Lesage, Soupault, de Gennes, Triboulet et Parmentier.

MM. Claisse, Legry, Méry, de Grandmaison et Berbez ont été *ex æquo* avec les derniers admissibles.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Audureau (de Paris) et Pouvreau, ex-médecin de la marine.

— Le jury du concours de l'adjuvat est composé de MM. Panas, Mathias-Duval, Berger, Albarran et Poirier. MM. Thiéry et Walter, suppléants.

— *École de médecine de Reims.* — M. Henrot, professeur de pathologie médicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Luton, décédé.

— M. le docteur Rousset est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Saint-Etienne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Piedvache, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Jacques (Paris).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 556.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret, en date du 5 mai 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Schaumont, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Demonceaux, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité; Dionis du Séjour, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Guieu, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité; Bonhomme-Lacour, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Chassevant, dont la démission de sous-lieutenant de réserve est acceptée; Rave, Fiquet, Mary, Marie, Angirany, Nègre, Ranglaret, Joubin, Groll, Launay, Boutry, Roché, Maurin, Lefebvre, Vigneron, Durand, Maugard, Treheux, Guyon, Delearde, Teynac, Reverseau, Sarrot, Humbert, Faugère, Baigue, Ilubrecht, Ducerf, Nuyts, Saleur, Redhon et Baumelou.

— Mercredi 6 mai 1896, à dix heures, la commission de dépouillement et de recensement des votes pour les élections au Conseil supérieur de l'instruction publique a constaté que l'ensemble des opérations a donné les résultats suivants :

Facultés de médecine et Facultés mixtes. — Nombre des Facultés de médecine, 3; nombre des Facultés mixtes, 4; électeurs inscrits, 273; votants, 202; majorité absolue des suffrages exprimés, 102; nombre de membres à élire, 2.

MM. Pitres, élu, 197 voix; Brouardel, élu, 171 voix; Lannelongue, 17 voix; Labéda, 3 voix; Coyne, Laboulbène, Lépine, Potain et Rault, 1 voix.

— Le concours du clinicat médical de l'École de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. le docteur Sesquès.

— Le concours du clinicat chirurgical de l'École de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. le docteur Soulié.

— MM. les docteurs Galetti, Cure et Castelli sont nommés médecins du service de santé du port de Marseille.

M. le docteur Melquiond est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un concours pour la nomination de cinq internes en médecine s'ouvrira à l'hôpital-hospice de Versailles, le 10 juin 1896. Par autorisation de M. le recteur de l'Académie de Paris, les élèves de troisième et quatrième années d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions sera clos le vendredi 5 juin. — Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burgard, directeur de l'hôpital de Versailles, de huit heures du matin à deux heures du soir.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alfred Boiffin (de Nantes) et de M. le professeur Roberty, chirurgien honoraire des hôpitaux de Marseille.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour collectifs délivrés dans toutes les gares P.-L.-M. pour les villes d'eaux desservies par le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes, payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classe, valables 30 jours pour les stations thermales suivantes : Aix, Aix-les-Bains, Baume-les-Dames, Besançon, Bollène-la-Croisière, Bourbon-Lancy, Carpentras, Cette, Chambéry, Charbonnières, Clermont-Ferrand, Cluses, Coudes, Digne, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains, Genève, Goncelin-Allevard, Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, La Bastide-Saint-Laurent-les-Bains, Lépin-Lac-d'Aiguebelette, Le Vigan, Lons-le-Saunier, Manosque, Montélimar, Montpellier, Montrond, Moulins, Moutiers-Salins, Pougues, Rémilly, Riom, Roanne, Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers, Saint-Julien-de-Cassagnas, Saint-Martin-d'Estreaux, Salins, Santenay, Sauve, Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy, Villefort.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, c'est-à-dire que les trois premières personnes paient le plein tarif et que la quatrième et les suivantes paient le demi-tarif seulement.

— *Fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte.* — A l'occasion des fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés du 12 au 15 mai et du 23 au 26 mai 1896, seront respectivement valables jusqu'aux derniers trains des journées des 18 et 28 mai.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

REVUE GÉNÉRALE

La blennorragie ano-rectale (1).

Par P. MERMET,
Interne des hôpitaux de Paris.

VI

Anatomie pathologique. — Nous étudierons successivement dans ce chapitre : 1° les lésions principales ano-rectales; 2° les lésions secondaires ou consécutives.

LÉSIONS PRINCIPALES. — L'inflammation gonorrhéique du rectum ou de l'anus peut se présenter sous divers types anatomo-pathologiques. Suivant la marche de l'affection, on est conduit avec les auteurs à envisager séparément les lésions : 1° de la forme aiguë; 2° de la forme chronique.

1° *Blennorragie ano-rectale aiguë.* — Son étude anatomique est encore peu avancée en raison de sa bénignité et de l'absence presque complète d'autopsies dans cette affection. Néanmoins, l'examen de l'anus ou du rectum, soit directement, soit au spéculum, joint à une ou deux descriptions histologiques, permettent de reconstituer en partie l'anatomie pathologique de ce type morbide.

Il convient pour la commodité de cette étude d'étudier séparément la blennorragie anale proprement dite et celle du rectum.

a. Blennorragie anale. — Lésions macroscopiques. — Cette forme n'est pas très rare; c'est même elle qu'on a le plus souvent décrite comme spéciale aux pédérastes.

La muqueuse anale offre ici une rougeur qui varie du carmin au pourpre le plus foncé; elle est souvent ecchymotique, tuméfiée, boursouflée par places; dans d'autres endroits au contraire elle est amincie et a tendance à s'exfolier par lambeaux plus ou moins étendus.

Ce même processus de tuméfaction ou d'ulcération se retrouve au niveau des plis radiés de l'anus. Ces plis sont hypertrophiés, rouges, de consistance en général ferme, recouverts d'un muco-pus jaunâtre ou blanc verdâtre; entre les plis radiés serrés les uns contre les autres, on trouve des sillons d'autant plus profonds que l'hypertrophie des plis est plus marquée. Dans les sillons, le revêtement épithélial de l'anus est altéré; sur une surface d'étendue variable, il existe une fine desquamation; il se forme bientôt là de véritables fissures. Parfois, au lieu d'exulcérations, d'érosions fissuraires, on observe de vraies ulcérations à bords ordinairement taillés en pente douce, à surface lisse ou grumeleuse, recouvertes de muco-pus jaunâtre, saignant facilement lors du déplissement des plis circonvoisins.

La marge de l'anus présente des lésions variant du simple érythème à l'ulcération la plus typique. Le plus souvent on n'observe qu'une rougeur et une macération de l'épiderme baigné incessamment par l'écoulement ano-rectal. D'autres fois on a affaire à des érosions qui, comme le dit Jullien (2), « rappellent par leur contour, leur fond, leurs bords irrégulièrement arrondis, l'aspect de cartes géographiques ». Au point de vue objectif on ne saurait mieux comparer ces lésions péri-anales qu'à celles de la balano-posthite érosive circinée dont Berdal et Bataille (1) ont décrit le microbe pathogène. Plus rarement, l'exulcération se transforme en ulcération dont les caractères sont encore mal connus aujourd'hui.

Lésions histologiques. — Leur histoire est encore tout entière à faire. Ce n'est seulement que par induction et par analogie qu'on peut se rendre compte actuellement de ces lésions histologiques, tant au niveau de l'anus que dans la zone circonvoisine. Il est vraisemblable qu'ici comme au niveau des muqueuses dermo-papillaires, le processus gonorrhéique est le même : le gonocoque, en raison de la résistance de ces tissus, s'infiltre lentement entre les cellules épithéliales et dans leur intérieur, détermine ensuite une diapédèse et une hyperplasie cellulaire pouvant aboutir secondairement soit au type ulcéreux, soit au type hypertrophique.

β. Blennorragie rectale. — Lésions macroscopiques. — Le processus blennorragique ne reste pas toujours localisé à l'anus; le microbe remonte souvent plus haut et envahit le rectum par l'un ou l'autre des mécanismes que nous avons cités.

La muqueuse rectale offre alors un certain épaississement, une teinte rouge très marquée variable comme précédemment et comportant toute la gamme des nuances, depuis le rouge vif jusqu'à la coloration lie de vin; elle est tuméfiée, boursouflée et saigne facilement au moindre contact; la congestion de la muqueuse est parfois telle qu'on observe un véritable réseau vasculaire nettement dessiné. Ces altérations de l'épithélium sont en partie cachées par un pus verdâtre ou jaunâtre.

D'autres fois, le processus végétant cède la place au processus ulcéreux; on voit à la surface de la muqueuse rectale une ou plusieurs ulcérations superficielles, irrégulières, d'étendue inégale.

Lésions histologiques. — Elles sont connues depuis les recherches de Frisch. Cet auteur a trouvé, par l'examen histologique des fragments de la muqueuse excisés pendant la vie et après la mort dans les parties malades, des lambeaux d'épithélium cylindrique, la disparition d'une partie des glandes de Lieberkülm, une prolifération atypique des glandes avec néoplasie conjonctive provenant des bords de l'ulcération. Une très forte infiltration de cellules rondes à un seul noyau s'étendait jusque dans la tunique musculaire du rectum; par contre, l'immigration des gonocoques renfermés dans des cellules rondes polynucléaires ou libres, ne dépassait pas les couches superficielles de la muqueuse. Leur présence était limitée aux parties de la muqueuse portant l'épithélium cylindrique, tandis que l'infiltration de cellules rondes descendait jusque dans la région du sphincter externe.

Neuberger vient de confirmer les recherches de Frisch. Il a retrouvé notamment, au niveau des ulcérations, l'absence d'épithélium et de la couche des glandes de Lieberkülm, l'infiltration très marquée au voisinage de cellules rondes et des agglomérats de cellules plasmatiques, enfin une richesse extrême des vaisseaux.

2° *Blennorragie ano-rectale chronique.* — Si la gonorrhée ano-rectale s'installe pour un temps un peu prolongé, elle aboutit par l'un des deux processus propres aux inflamma-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 531.

(2) L. JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2e édit., 1886, p. 225.

(1) BERDAL et BATAILLE. La balano-posthite érosive circinée, *Méd. moderne*, 1891, t. II, p. 340, 380, 400 et 413.

tions gonococciques chroniques, à l'un ou l'autre des modes pathologiques suivants : α. Rectite fibreuse ou sténosante; β. Rectite proliférante.

Ces deux états ne sont pourtant pas spéciaux à la blennorragie ano-rectale chronique; ils reconnaissent d'autres causes, entre autres : la syphilis, la tuberculose, la dysenterie, des rectites de diverses natures encore mal classées. De plus, la limite entre ces deux états n'est pas toujours bien tranchée et l'on peut observer simultanément les deux types anatomiques : la sténose et les végétations.

Il est ainsi nécessaire de schématiser un peu dans cette description de la blennorragie chronique de l'anus et du rectum et de décrire séparément ces deux variétés de lésions.

α. *Rectite blennorragique sténosante.* — Au bout d'un temps plus ou moins long, et dans les blennorragies rectales tenaces en général, on voit survenir dans l'état du rectum les phénomènes suivants :

La muqueuse qui, dans la forme aiguë, était congestionnée, boursouflée, se tuméfie encore davantage. La coloration est moins rouge, devient plus pâle, mais inversement le gonflement de la muqueuse et de la sous-muqueuse augmente (Staub). En même temps, ce gonflement change de consistance, il devient dur; la muqueuse, en ce point, ne peut plus se mobiliser sur les tuniques sous-jacentes. Ce gonflement prend bientôt des proportions considérables ; en augmentant d'épaisseur, les tuniques rectales qui participent au processus forment un anneau ou un cylindre induré qui rétrécit plus ou moins le calibre du conduit (rectite sténosante).

Les tuniques sous-muqueuses sont surtout fortement atteintes par ce processus hyperplasique, puis sténosant, et les diverses lésions sont bien visibles sur une coupe longitudinale du rectum rétréci. La sous-muqueuse fait corps avec la tunique interne de l'intestin ; elle a pris des proportions extrêmes et s'offre sous l'aspect d'un anneau ou d'une bague enchâssée dans la paroi rectale ; cette hyperplasie est due à une prolifération abondante de cellules rondes. Les deux autres tuniques sont infiltrées et se continuent sans transition bien marquée avec les deux précédentes.

Ce que l'on observe, en somme, ici n'est autre chose, au bout d'un certain temps, que le rétrécissement classique ou fibreux du rectum ; nous n'aurions garde de le décrire plus longuement dans cet article. Il est cependant quelques considérations que nous voulons signaler ici, quitte à y revenir plus loin. Il nous faut, en effet, esquisser en quelques lignes la pathogénie de ce rétrécissement fibreux du rectum, telle qu'on l'envisage aujourd'hui.

La tendance actuelle est, comme nous le démontrerons tout à l'heure, d'admettre que le rétrécissement fibreux dit syphilitique du rectum suit la loi générale aux rétrécissements, à ceux de l'urèthre par exemple. Or cette loi montre que ceux-ci ont des origines multiples, qu'ils sont d'origine soit inflammatoire, soit cicatricielle. Les sténoses rectales de même pourront être divisées en inflammatoires (rectites diverses : traumatique, blennorragique, syphilitique, tuberculeuse) et cicatricielles (ulcérations rectales : chancre syphilitique, chancre mou, dysenterie). On voit par là que le grand « caput mortuum », intitulé jusqu'ici rétrécissement syphilitique du rectum, tend à se démembrer de jour en jour, qu'à côté de ce type primitif, il faut en créer d'autres dont il reste à chercher pour le plus grand nombre et les caractères anatomo-pathologiques et les symptômes cliniques ; la blennorragie, pour sa part, revendique bien des cas classés dans ce caput mortuum.

β. *Rectite blennorragique proliférante.* — Comme la rectite sténosante en général, la rectite proliférante constitue une forme nosologique dont l'étiologie est complexe et variée. Hamonic (1), Delbet et Mouchet (2) ont montré que toute cause irritative locale pouvait l'entraîner; aussi, avec Trélat et Hamonic, on doit diviser ces causes en deux groupes : les vénériennes et les non-vénériennes.

C'est dire assez que la rectite proliférante n'est pas l'apanage exclusif de la blennorragie chronique de l'anus et du rectum ; elle succède à toutes les inflammations suffisamment intenses et prolongées de ces parties et, à ce titre, elle se combine fréquemment avec la forme sténosante. En raison de cette non-spécificité, nous serons brefs dans notre description de cette rectite proliférante.

Débutant par une phase de rectite chronique et intense, dans laquelle la muqueuse est très rouge et granuleuse, en même temps que recouverte d'une couche puriforme ou glaireuse et teintée de sang, elle aboutit bientôt à la phase de prolifération ou de végétation.

La lésion dominante consiste alors dans la présence de tumeurs végétantes ou papillomateuses, sur l'un des points quelconque du tractus ano-rectal. Suivant que le maximum des lésions sera anal ou rectal, ou suivant le cas où le processus proliférant affectera exclusivement l'un ou l'autre de ces sièges, il importe de faire une division et d'étudier isolément la papillomatose vénérienne de l'anus et celle du rectum.

Les tumeurs papillomateuses de l'anus peuvent être péri-anales ou intra-sphinctériennes; elles s'insèrent alors dans le premier cas sur la marge de l'anus, dans le second sur la muqueuse qui tapisse la face interne du sphincter. Elles sont blanchâtres et grisâtres, roses ou rouges, suivant qu'elles s'attachent sur la peau ou sur la muqueuse de l'orifice anal. Tantôt sessiles, tantôt pédiculées, leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette. Leur forme générale est celle d'une massue ou d'une poire, d'une figue (condylomes, fics des anciens). Les tumeurs sessiles sont hémisphériques, analogues à de petits pois qu'on aurait encastrés dans la peau et la muqueuse (Hamonic). Elles sont ou bien renflées, pleines, tendues, ou bien flétries, vides, semblables à des grains de raisin dont on aurait enlevé le contenu (Duplay). Leur surface est ordinairement régulière et lisse, parfois elle est parsemée de bourgeons secondaires plus ou moins saillants, plus rarement elle est arborescente et les végétations peuvent prendre l'aspect des choux-fleurs.

Ces proliférations péri-anales, auxquelles s'adjoignent souvent des végétations vulvo-vaginales de même nature, ne sont habituellement qu'un fait accessoire dans la symptomatologie complète de la rectite proliférante. Les lésions de celle-ci sont à peu de chose près analogues aux précédentes, mais ici les végétations sont intra-rectales, siègent dans la partie basse de l'ampoule. Leur nombre est variable; souvent on n'en trouve qu'une ou deux dans l'extrémité inférieure du rectum (Neuberger); d'autres fois, leur nombre est très élevé, elles forment un véritable semis (Hamonic).

(1) P. Hamonic. *De la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne*, Th. de doct., Paris 1885.

(2) P. Delbet et A. Mouchet. Rectite hypertrophique proliférante et sténosante, *Arch. gén. de méd.*, 1893, t. II, p. 514 et 668.

Leur volume diffère également suivant les cas; les unes sont à peine comparables à des têtes d'épingle, d'autres sont grosses comme des grains de raisin, d'autres enfin présentent un volume encore plus considérable. Les unes sont molles, la plupart sont dures, irrégulières, bosselées. Quels que soient leur volume et leur forme, ces productions sont toujours plus ou moins pédiculées et polypeuses.

Leur structure histologique a été bien mise en évidence par Hamonic dans sa thèse. Toutes ces proliférations ou végétations sont de véritables papillomes entre lesquels la muqueuse ou la peau correspondantes sont absolument saines. Leur surface est recouverte par un épithélium analogue à celui de l'anus et du rectum. Les papilles y présentent des dimensions considérables, souvent colossales par endroits au niveau des nodosités superficielles des tumeurs; elles sont formées d'un substratum celluleux très délicat, riche en cellules embryonnaires. Leur masse est constituée par une prolifération fibro-embryonnaire; en certains points, on constate du tissu embryonnaire pur, et cela surtout au niveau des villosités qui parsèment leur surface, en d'autres points du tissu fibreux pur, disposé par zones assez bien limitées dans le centre de la végétation et à la périphérie dans les bourgeons secondaires; enfin un tissu mixte fibro-embryonnaire compose le reste, c'est-à-dire la plus grande partie de la tumeur. Le pédicule de ces proliférations se fait remarquer par sa richesse en vaisseaux, rares au contraire au centre des tumeurs; ces vaisseaux présentent d'ailleurs des lésions constantes et prononcées (périartérite et péri-phlébite).

A la suite de la description histologique précédente, Hamonic ajoute les deux remarques suivantes : « Nous avons noté, dit-il, une relation constante entre la tendance proliférante et la richesse de tissu embryonnaire. Les zones purement fibreuses semblaient dépourvues de la puissance végétante. Elles correspondaient aux points déprimés de la masse morbide. Enfin un détail nous a frappé : la partie libre de la tumeur et son pédicule pouvaient être opposés quant à la distribution des éléments fibreux et embryonnaires. Les premiers dominaient du côté du pédicule et les derniers abondaient vers la partie terminale et renflée. »

II. Lésions secondaires. — Nous insisterons peu sur les lésions secondaires de la rectite blennorragique; nous y reviendrons plus à propos au moment de la terminaison et des complications de cette maladie.

Nous dirons seulement que ces lésions secondaires doivent être groupées plus ou moins schématiquement en deux classes : 1° lésions infectieuses proprement dites; 2° lésions trophiques.

1° *Lésions infectieuses.* — Parmi celles-ci nous signalerons les phlegmasies et abcès ano-rectaux capables d'évoluer pendant le cours de l'affection et pouvant aboutir à la cellulite pelvienne avec toutes ses conséquences.

Les autres propagations de la gonorrhée ano-rectale sont rares. La vulve, le vagin et l'urèthre ne sauraient le plus souvent s'infecter, car, dans la majorité des cas, ils le sont déjà bien antérieurement et ont été même le point de départ des accidents que nous étudions.

L'infection générale, survenant dans le cours de cette localisation gonococcique, n'est point encore démontrée par les observations.

2° *Lésions trophiques.* — Les déformations secondaires de l'anus ou du rectum ne sauraient nous retenir ici.

Le rétrécissement du rectum d'origine blennorragique, que nous rangeons faute de meilleure place dans les lésions trophiques, trouvera ailleurs plus avantageusement sa description.

A sa suite, surviennent diverses modifications dans l'état du tractus ano-rectal; nous voulons parler de la dilatation de l'intestin au-dessus du rétrécissement, de sa coudure et de son ulcération en ce point, enfin de son aplatissement et de sa rétraction au-dessous de la sténose, de toutes les lésions secondaires en un mot consécutives au rétrécissement du rectum en général.

VII

Symptômes. — Nous envisagerons successivement ceux de la blennorragie ano-rectale aiguë et ceux de la forme chronique.

I. Blennorragie ano-rectale aigue. — Les symptômes de cette forme ont été bien exposés par Requin, Neumann et Neuberger.

Subjectivement ce sont ceux d'une rectite plus ou moins intense. Au début, vingt-quatre, quarante-huit heures après le coït (Martineau), trois à six jours après la contagion (Neumann), un à dix jours même d'après Tuttle, apparaissent des démangeaisons et de la chaleur de l'anus.

Cette sensation de prurit anal s'accroît bientôt. D'abord simplement désagréable, elle devient bientôt intolérable, continuelle, s'exagérant lors de la marche, de la défécation.

En même temps, la cuisson anale du début se transforme. C'est une brûlure plus ou moins vive, accompagnée de pesanteur, siégeant dans toute l'extrémité inférieure du tube digestif; elle irradie aux parties circonvoisines, le plus souvent le long du coccyx et du sacrum, sur le trajet de l'S iliaque et du côlon descendant (Frisch), plus rarement à la vessie ou à l'utérus, exceptionnellement enfin jusqu'aux lombes, dans les cuisses (Requin). Cette douleur rend la marche difficile et dans les cas graves même, la station assise devient extrêmement pénible et le sommeil impossible (Tuttle). Elle s'accroît encore et devient atroce au moment de la défécation, par suite de la contracture spasmodique du sphincter de l'anus et de la congestion simultanée de toute la portion inférieure du rectum (Neumann); elle s'accompagne de plus, fréquemment, d'une sensation de déchirement due aux fissures anales habituelles concomitantes.

Cette contraction spasmodique du sphincter nous explique le ténesme, les épreintes violentes, les faux besoins d'aller à la selle. Le ténesme est ici ce qu'est la strangurie dans l'uréthrite (Neumann). Quelquefois pendant ces épreintes et ces efforts de défécation, il y a, disent Requin et Neumann, chute plus ou moins étendue d'une portion de la muqueuse rectale, qui, en forme de bourrelet rouge et saignant, fait saillie au dehors de l'anus; ajoutons cependant que ce symptôme semble exceptionnel dans la rectite blennorragique, qui n'atteint pas de bien loin l'intensité des manifestations rectales de la dysenterie.

Dans les cas violents également, on peut observer de la dysurie par suite d'une congestion prostatique plus ou moins intense, de la spermatorrhée par spasme des vésicules séminales (Neumann).

L'écoulement anal est la règle; il constitue la rectorrhée des anciens. C'est un des éléments symptomatiques les

plus importants. Il apparaît deux ou trois jours après le début des accidents (Tuttle). Ses caractères sont un peu différents, suivant les périodes; en général, lors de son apparition, c'est un suintement laiteux, peu abondant, se produisant en dehors des selles ou ayant lieu à l'occasion de celles-ci; bientôt il s'exagère et devient plus abondant. Il est alors épais, franchement purulent, jaune verdâtre ou jaune brun, analogue à celui de la vaginite blennorragique (Martineau), rarement panaché de sang. Il est continuel et se fait en suintant, d'autres fois il sort de temps en temps en flots, soit au moment des selles, avant ou après la défécation, soit pendant l'exploration du sujet, quelquefois même pendant l'émission de l'urine (Vidal). L'âcreté de l'écoulement est un des caractères sur lequel les auteurs insistent volontiers; il rougit et excorie la peau du pourtour de l'anus, du périnée, du scrotum et des fesses. Il contient le gonocoque en plus ou moins grande quantité.

La défécation s'effectuant au milieu de souffrances extrêmes, il en résulte d'ordinaire une constipation tenace, accrue encore par la contraction réflexe du sphincter. Les matières sont alors dures, ovillées et recouvertes d'un muco-pus glaireux. Les débâcles et les alternatives de diarrhée et de constipation, signalées par les anciens auteurs, Baumès entre autres, semblent se rapporter surtout à la forme chronique. Nous devons, en finissant l'exposé de ces symptômes fonctionnels, faire remarquer que l'élément douleur, lors de la défécation, n'est pas constant; Neuberger en signale des exemples.

Dans quelques cas rares, il se produit des *troubles généraux*, sur lesquels Tuttle a insisté. Il survient en effet parfois, surtout au début, des phénomènes de réaction : malaise général, pouls petit, élévation de la température; la langue est saburrale et les premières voies digestives mauvaises.

D'ordinaire pourtant ces symptômes sont nuls; rien, sauf l'examen de la région ano-rectale et quelques troubles de ce côté, ne dénoterait alors l'affection.

Ce n'est pas à dire pour cela que les *phénomènes objectifs* soient infaillibles; bien au contraire, Neuberger s'appesantit sur leur inconstance et leur incertitude. Nous ne voulons pas les décrire longuement ici, ayant suffisamment insisté sur eux lors de l'anatomie pathologique.

L'inspection directe de l'anus, faite en ayant soin de déplisser les plis radiés, montrera la région de la marge érythémateuse, eczémateuse même. La peau y est rouge, suintante, macérée, très rarement exulcérée. Les plis radiés sont hypertrophiés, saillants, recouverts de muco-pus; entre eux, il existe des fissures plus ou moins profondes, des rhagades ou plus rarement de véritables ulcérations, comme dans un cas de Jullien. Rarement dans la variété aiguë de la blennorragie ano-rectale, on signale l'existence de condylomes; ceux-ci sont plus volontiers l'apanage de la forme chronique. La muqueuse anale est rouge, ecchymotique, boursouflée et plissée par places; dans d'autres points, elle peut être fissuraire ou érodée profondém[illegible]t.

Le toucher rectal n'est pas toujours facile; on devra y procéder prudemment. Le plus souvent, il est douloureux plus ou moins; dans quelques cas rares, comme ceux de Thiry, Neuberger, il pouvait être fait sans souffrance. Néanmoins, la contracture réflexe du sphincter anal augmente encore parfois cette douleur et cette difficulté d'exploration. Dans tous les cas où il sera pratiqué, il donnera de précieux renseignements pour le diagnostic. Il révélera tout d'abord, dans les rectites aiguës franches, la rigidité du sphincter contracturé; exceptionnellement dans cette forme, les sphincters sont amincis, dilatés, relâchés. Le toucher fera percevoir de plus une chaleur exagérée de la région ano-rectale, le boursouflement et la mollesse de la muqueuse, les ulcérations possibles. Dans certains cas, le pus s'écoulera le long du doigt, pour peu que l'on appuie sur un des côtés du sphincter, de façon à laisser ouverte la portion opposée de l'anus; l'écoulement ne sera même souvent perçu que de cette façon (Verchère). Un autre moyen, également recommandé par les auteurs (Martineau, Verchère), à propos de l'exploration digitale, consiste, pour apprécier l'écoulement, à presser circulairement l'anus de façon à exprimer, en quelque sorte, vers son centre, la gouttelette de pus qui peut se trouver cachée, étalée dans la couronne des plis radiés. Enfin, dans tous les cas, même les moins intenses, le doigt introduit dans le rectum reviendra toujours au dehors recouvert de muco-pus.

L'examen au spéculum aussi sera, pour les mêmes raisons que précédemment, d'ordinaire plus ou moins douloureux et délicat. Une fois l'instrnment en place, on aura soin, pour faciliter l'exploration, de procéder à un lavage de l'ampoule rectale avec une solution antiseptique faible; cela fait, on pourra plus avantageusement procéder à l'examen de la paroi rectale. Dans la majorité des cas, on verra, surtout dans la partie inférieure de l'ampoule, la muqueuse épaissie, tuméfiée, d'aspect granité (Baumès, Vidal), congestionnée, ecchymotique même, comme dans le cas de Thiry. Chez cette malade, elle était parsemée de petites plaques lenticulaires, d'un rouge vif, ressemblant à des piqûres de puces; ces taches, pour la plupart, étaient isolées et dépassaient le niveau muqueux; il y en avait d'autres réunies en groupes occupant des surfaces plus ou moins étendues; ces plaques isolées ou conglomérées laissaient suinter du sang lorsqu'on les frottait avec un tampon d'ouate. Rarement, on aura dans cet examen l'occasion de constater des lésions rectales ulcéreuses proprement dites.

Tels sont les symptômes de la forme aiguë de la blennorragie ano-rectale; nous verrons plus loin comment elle évolue.

II. Forme chronique. — Ici les *symptômes subjectifs* sont des plus inconstants. Les phénomènes douloureux disparaissent ou ne se reproduisent plus que lors de la défécation (Neuberger). Les malades se plaignent seulement de prurit et de ténesme avant ou après les selles (Neumann) et en dehors de celles-ci à peine existe-t-il une sensation de plénitude locale (Quénu et Hartmann). Tout au plus y a-t-il comme accident important des alternatives de diarrhée et de constipation, l'une ou l'autre l'emportant suivant les types, la dernière devenant le phénomène capital lorsque l'affection évolue vers la sténose rectale. L'écoulement, quand il existe, est moins abondant que dans la forme aiguë; il est plus clair, plus muqueux et filamenteux, moins franchement purulent et montre seulement çà et là des stries jaunâtres.

Les *symptômes généraux* sont nuls dans cette forme, sauf à une période avancée.

Aussi incertains et inconstants que les troubles fonctionnels sont les *signes physiques* de la blennorragie ano-rectale chronique (Neuberger).

L'inspection directe montre les lésions anales : l'érythème de la région interfessière, signe bien infidèle, les fissures,

les rhagades au niveau des plis anaux. En ce point on pourra constater un ou plusieurs condylomes, soit d'aspect papillomateux, soit plus rarement végétant; nous avons décrit plus haut leurs caractères. Ajoutons, cependant, que ces tumeurs sont parfois si volumineuses, qu'elles peuvent mettre obstacle à la défécation, et qu'elles n'ont rien de spécifique; elles sont absolument comparables à celles déterminées par d'autres processus, comme la dysenterie, le carcinome, la tuberculose, le décubitus ou des traumatismes (Neuberger); condylomes simples et condylomes acuminés des Allemands sont, en effet, des lésions qui évoluent pour leur propre compte, sur un terrain favorable toutefois.

Au toucher rectal, le sphincter est habituellement relaché; MM. Quénu et Hartmann, dans un de leurs cas ont, au contraire, noté la contracture de celui-ci. La paroi rectale donne au doigt une sensation variable; tantôt dans la forme sténosante la muqueuse est légèrement tuméfiée, la sous-muqueuse et les tissus sous-jacents sont très infiltrés (Staub); tantôt dans la forme proliférante, la surface de la muqueuse est granuleuse et on peut constater tous les intermédiaires entre les grosses et les petites végétations; plus rarement, enfin, dans certaines formes, qu'on a rarement l'occasion d'observer, le toucher laisse apprécier une ou plusieurs ulcérations, le plus souvent superficielles, saignant facilement, à fond rouge et vasculaire (Quénu et Hartmann).

L'examen au spéculum, en général, ne fournit pas grands renseignements, outre les inconvénients qu'il peut avoir et que nous avons signalés plus haut. Néanmoins, l'introduction d'une valve étroite ou du spéculum ani, peuvent parfois permettre de distinguer des lésions souvent trop haut situées, se traduisant, outre les saillies et les végétations de la muqueuse rectale, par une coloration rouge uniforme de celle-ci et une tuméfaction plus ou moins marquée, due en partie aux tuniques sous-jacentes.

VIII

Marche; durée; terminaisons. — La dénomination, que nous avons admise pour les formes de la blennorragie ano-rectale, indique assez quelle est leur marche.

I. La forme aigue ou subaiguë paraît comme marche analogue à celle de l'uréthrite aiguë; c'est, du moins, ce que démontrent les observations. Elle suit d'abord une marche progressivement croissante, puis reste quelques jours, rarement quelques semaines stationnaire, et régresse enfin, le plus souvent, sous l'influence d'un traitement convenable. En un mot, une blennorragie ano-rectale traitée suit une marche presque cyclique et a une durée qu'on peut évaluer assez approximativement.

Cette durée varie cependant dans de certaines limites d'après les auteurs, et à cet égard leurs avis divergent : Rollet disait qu'elle cédait vite aux agents thérapeutiques directs, Martineau reconnaît qu'elle évolue en dix ou quinze jours; d'un autre côté, Tuttle a trouvé chez ses trois malades une durée oscillant entre dix jours et quatre semaines, et Thiry une durée de vingt-quatre jours chez sa patiente. La moyenne semble donc être de deux à trois semaines.

La terminaison la plus ordinaire de la blennorragie ano-rectale aiguë est la résolution. Les auteurs sont à peu près tous d'accord pour reconnaître qu'elle ne passe à l'état chronique que « par défaut de traitement, chez les personnes sujettes aux constipations opiniâtres ou chez celles qui, redevables de la maladie à des rapports antiphysiques, continuent à se livrer à leurs habitudes dépravées » (Rollet).

II. La forme chronique a des allures beaucoup plus traîtresses. Elle est le plus souvent consécutive à la forme aiguë et est plus rare qu'elle.

Sa durée n'a absolument rien de fixe. Chez telle malade, comme chez celle de Frisch, la blennorragie ano-rectale persista pendant sept mois jusqu'à la mort; dans tel autre cas la durée peut être plus considérable encore, deux ans par exemple, comme dans un de ceux de Neuberger; enfin, il est des malades chez qui la rectite blennorragique s'installe définitivement avec toutes ses conséquences ultérieures.

C'est dire que la rectite chronique n'est guère sujette à la restitution *ad integrum*. Trop souvent, en effet, elle s'accompagne plus ou moins tardivement de modifications profondes dans la structure du rectum, qui aboutissent bientôt à la sténose, heureux quand le malade, affaibli, cachectique du fait de la maladie même, n'est pas emporté auparavant par des accidents généraux, de tuberculose entre autres, comme dans le cas cité par Frisch.

IX

Complications. — Les complications de la blennorragie ano-rectale assombrissent encore ce pronostic; leur nombre n'est peut-être pas très grand, mais il est singulièrement compensé par la triste célébrité et la gravité de l'une d'elles.

On peut les diviser, eu égard à leur date d'apparition, en complications précoces et en complications tardives.

I. Complications précoces. — Ce sont celles qui s'observent au cours d'une blennorragie ano-rectale en pleine évolution; rarement quelques-unes surviennent à une époque plus éloignée.

Le plus souvent elles sont simplement formées par l'exagération des symptômes fonctionnels; c'est ainsi que la *douleur*, le *ténesme rectal ou vésical* peuvent être de véritables complications et entraîner à eux seuls une thérapeutique toute spéciale.

Il en est de même de la prédominance de certaines lésions concomitantes comme de l'*érythème des fesses* et *condylomes ano-rectaux*, qui, sans être inhérents à l'affection même, peuvent nécessiter des interventions propres.

Les *phlegmons ano-rectaux* constituent une autre classe plus importante de complications. La pathogénie de cette cellulite pelvienne, dans le cours d'une rectite blennorragique, s'explique aisément, soit par la propagation immédiate de l'inflammation des parois rectales au tissu cellulaire avoisinant, soit par l'existence d'ulcérations du rectum aboutissant ou à la perforation ou à des abcès pariétaux qui peuvent s'ouvrir dans les fosses ischio-rectales. Ce dernier processus pathogénique est signalé par les classiques, mais sans preuves à l'appui; nous n'avons pu retrouver aucune observation se rapportant à lui. Ces phlegmons péri-rectaux se traduisent ici par tous les symptômes qui leur sont propres; nous n'avons pas à les décrire, leur histoire venant d'être d'ailleurs magistralement traitée par MM. Quénu et Hartmann.

Nous signalerons simplement comme leur faisant suite

les *fistules ano-rectales* qui ne paraissent pas très rares, témoins des cas de Staub, de Neuberger, et les *rétrécissements péri-rectaux*, dans l'origine desquels il faut sans doute chercher, plus souvent qu'on ne le croit, l'existence d'une rectite blennorragique antérieure.

II. Complications tardives. — Le *rétrécissement du rectum* est évidemment la grosse complication de la blennorragie ano-rectale.

Nous n'avons pas l'intention de développer longuement dans cette Revue la pathogénie du rétrécissement du rectum en général, il nous suffira de rappeler l'opinion des auteurs sur le rôle étiologique de la blennorragie dans les sténoses rectales. Nous verrons que, si les preuves anatomique et bactériologique de ce rétrécissement ne sont pas faites, la clinique a depuis longtemps témoigné en sa faveur; la blennorragie revendique une bonne part dans le démembrement du rétrécissement dit syphilitique.

On a, en effet, été depuis longtemps frappé par deux faits : 1° la fréquence des sténoses rectales chez la femme; 2° la structure de ces rétrécissements et leur aspect clinique. Le premier fait s'expliquait par la fréquence plus grande chez la femme de la pédérastie passive et par celle corrélative de la blennorragie ano-rectale; on en déduisit aisément que le rétrécissement du rectum devait avoir une cause identique. Le deuxième fait concordait avec ces idées; on en conclut en raisonnant par analogie que, de même qu'il existe des rétrécissements uréthraux blennorragiques, il devait exister, sans aucun doute, des rétrécissements rectaux de même nature. C'est cette origine blennorragique de la majorité des sténoses rectales, qu'un grand nombre d'auteurs ont essayé, jusqu'ici, de faire prévaloir, sans qu'aucun d'eux n'ait pu encore arriver à en donner une preuve évidente et complète. Nous citerons seulement quelques noms parmi ces auteurs. Un des premiers fut Gosselin qui s'exprime ainsi : « N'est-il pas possible que les lésions du rétrécissement du rectum soient des conséquences de la blennorragie et qu'elles aient alors une origine vénérienne mais non syphilitique? Rien de plus facile, en effet, chez la femme, que le contact du pus blennorragique, et je ne refuserais pas d'admettre que l'inflammation, développée de cette manière, peut se propager dans l'intérieur du rectum, y durer longtemps et amener finalement toutes les lésions que j'ai signalées; mais je n'ai aucun fait à l'appui de cette manière de voir. » Depuis Gosselin quelques auteurs ont répété ces paroles, entre autres Diday, Vidal, Rollet, Melchior Robert qui, pas plus que lui, ne sont arrivés à une démonstration ferme du fait. Dans ces derniers temps, un grand nombre de travaux, dus surtout à MM. Duplay, Reclus, Hamonic, Delbet et Mouchet, Quénu et Hartmann en France, à Pœlchen, Nickel, Lang, Neisser et enfin à Neuberger en Allemagne ont essayé de montrer à des points de vue différents ou incidemment que les sténoses rectales étaient presque toutes causées par des processus inflammatoires et le plus souvent blennorragiques. On trouvera tout au long l'exposé de ces théories et de ces vues pathogéniques dans le traité récent de MM. Quénu et Hartmann.

Dans cette Revue générale, nous sommes forcé de nous limiter et d'admettre comme acquis l'existence du rétrécissement blennorragique comme terme et aboutissant final de certains types de rectite gonorrhéique, en particulier des formes dites sténosantes.

X

Pronostic. — Le pronostic de cette affection se déduit facilement des complications que nous venons d'étudier.

La forme aiguë a des allures bénignes en général; elle guérit plus ou moins rapidement et sans complications dans la majorité des cas; les observations du genre de celle de Frisch paraissent d'une excessive rareté.

Malheureusement il est des formes chroniques soit d'emblée, soit secondaires à la précédente, et qui, contrairement à elle, ont un pronostic sombre. Nous avons suffisamment montré que la sténose rectale était le gros point noir de ce pronostic; il nous suffira d'ajouter, pour être édifiés à son sujet, qu'elle semble la conséquence des formes les plus torpides et que, par là même, elle est encore plus redoutable.

XI

Diagnostic. — 1° Éléments de diagnostic. — Les erreurs de diagnostic sont fréquentes sans l'examen bactériologique de l'écoulement. L'existence du gonocoque dans celui-ci est le seul signe pathognomonique; tous les autres symptômes n'ont qu'une valeur plus ou moins restreinte.

Nous devons rappeler cependant ici les éléments de ce diagnostic et faire remarquer qu'à cet égard on peut grouper ceux-ci sous trois chefs : éléments 1° de présomption, 2° de probabilité, 3° de certitude.

1° *Éléments de présomption.* — Sous ce titre, nous comprendrons les divers signes de la pédérastie passive, signes qu'on a l'habitude ordinairement de placer dans la symptomatologie même de la blennorragie ano-rectale. Or, ces symptômes sont tout à fait contingents; tout au plus peuvent-ils, par leur ensemble, faire soupçonner chez le sujet des habitudes de pédérastie.

Chez le sodomite passif d'occasion ou accidentel, les modifications ano-rectales peuvent être très minimes. S'il s'agit d'un adulte, elles seront le plus souvent nulles; s'il s'agit d'un enfant victime de manœuvres sodomites, et si l'examen n'est pas trop tardif, on pourra observer les traces d'une violente distension de l'anus, c'est-à-dire des excoriations, des déchirures superficielles siégeant sur la muqueuse et sur les plis rayonnés de la peau, la rougeur de l'orifice, une douleur que rendent beaucoup plus vive la marche et surtout la défécation [Vibert (1)]. Ces lésions entraînent souvent par voie réflexe la contracture du muscle releveur de l'anus, d'où la possibilité d'observer, après un seul acte de pédérastie, la dépression infundibuliforme de l'anus, longtemps caractéristique de la sodomie passive habituelle [Brouardel (2)].

Dans celle-ci on a souvent tout un ensemble symptomatique sur lequel insistent les auteurs. Nous ne nous arrêterons pas à décrire l'état psychique des pédérastes, leurs habitudes féminines, leurs penchants sexuels, nous retiendrons seulement ce qui peut nous mettre sur la voie du diagnostic, en particulier les déformations locales les plus fréquentes dans cette classe de la société.

1° Le développement anormal des fesses, qui deviennent proéminentes et larges, constitue un signe bien trompeur.

(1) Ch. Vibert. *Précis de médecine légale*, 2e édit., 1890, p. 331.

(2) P. Brouardel. Valeur des signes attribués à la pédérastie, Soc. de méd. légale, 9 février 1880.

2° La dépression de l'orifice anal ou disposition infundibuliforme de l'anus, que Tardieu (1) croyait pathognomonique de la pédérastie passive, puisqu'il la retrouvait 100 fois sur 170 cas, a souvent bien peu de valeur [Brouardel (2)].

3° Le relâchement du sphincter, joint à l'effacement des plis et au poli de l'orifice rectal, forme avec les symptômes précédents la grande triade des éléments de présomption, et compte aussi parmi les meilleurs de ceux-ci.

2° *Éléments de probabilité.* — A côté de ces symptômes, il existe des signes de probabilité, qui sont ceux que nous avons décrits à la symptomatologie.

Aucun d'eux pris isolément n'a beaucoup de poids; leur ensemble peut cependant, dans certains cas, permettre un diagnostic. Mais actuellement la clinique est plus exigeante, il lui faut l'examen bactériologique.

3° *Éléments de certitude.* — La recherche du gonocoque, selon les règles habituelles, et sa découverte sur la muqueuse ano-rectale ou dans l'écoulement, peut à elle seule permettre de conclure affirmativement.

II. Diagnostic différentiel. — En l'absence, toutefois, de cet examen, on pourrait être conduit à penser à d'autres affections; nous devons passer celles-ci rapidement en revue.

La forme aiguë de la rectite blennorragique peut simuler, jusqu'à un certain point, les autres rectites aiguës.

Tout d'abord la *rectite par corps étrangers* (corps étrangers, vers intestinaux), ou *traumatique* (traumatismes, lavements, pédérastie), a-t-elle des caractères bien tranchés? Des opinions diverses et même contradictoires ont été soutenues par les auteurs, les uns affirmant la possibilité du diagnostic, les autres niant le fait. Kelsey, dont on connaît la compétence en pareille matière, déclare que le diagnostic est possible. Les symptômes de la rectite simple, par pédérastie, non à gonocoques sont, d'après lui, une sensation de chaleur et de poids dans le rectum, une envie fréquente d'aller à la selle et un écoulement séro-purulent lors des garde-robes; on doit y ajouter l'absence de symptômes généraux, et localement une élévation de température et de la rougeur de la muqueuse rectale. Il faut avouer que les éléments de diagnostic indiqués par Kelsey laissent à désirer, et que celui-ci serait souvent impossible sans l'examen microbiologique.

La *rectite dysentérique* pourrait-elle être confondue? On se rappellera qu'indépendamment des conditions de climats et de régions, la fréquence de selles, l'aspect des matières, l'abondance des hémorragies sont en faveur de cette affection.

Un *chancre ano-rectal* (soit simple, soit syphilitique) sera révélé aisément par l'examen direct. Il en est de même d'une *fissure*, qui, comme le chancre, ne donne pas lieu, à beaucoup près, à un écoulement anal aussi considérable.

Les formes chroniques prêtent plus à confusion.

La *fistule anale* qui d'ailleurs, peut accompagner la rectite chronique, est capable, surtout lorsqu'elle est borgne interne, d'induire en une profonde erreur. Celle-ci, en effet, paraît avoir été fréquente, tels les deux cas adressés à Wolff avec le diagnostic fistules anales. On se souviendra que dans la fistule borgne interne, l'écoulement se produit rarement en dehors des selles. L'examen attentif de l'anus et le toucher rectal permettront de reconnaître un orifice caractéristique plus ou moins haut situé dans l'ampoule.

Les *hémorroïdes*, et surtout leur état désigné sous le nom de marisques, pourraient être facilement prises pour des condylomes de la rectite proliférante. Mais là encore le toucher rectal, indépendamment des autres signes, nous montrera que les lésions ne sont pas exclusivement limitées à la région sphinctérienne et qu'elles remontent, dans la blennorragie, à une hauteur variable dans le conduit rectal.

Un *polype*, des *végétations cancéreuses* ano-rectales seront rapidement éliminés.

Seul le *rétrécissement du rectum* sera difficile à distinguer surtout des vieilles rectites blennorragiques à forme sténosante. Ces dernières constituent en réalité des types mixtes, véritables faits de passage de la blennorragie à la sténose rectale. La confusion n'aurait de plus pas grande importance pratique, car la thérapeutique de ces deux affections est à peu près la même.

XII

Traitement. — I. Traitement prophylactique. — Il consiste essentiellement à surveiller les sujets atteints d'une manifestation blennorragique génito-urinaire, les femmes notamment, afin soit d'éviter le transport du pus de la vulve ou du vagin vers l'orifice anal, soit de prévenir l'ouverture dans le rectum, chez la femme, d'une bartholinite, chez l'homme, d'une prostatite à gonocoques.

On parviendra à ce but par tous les moyens mis à notre disposition contre le microbe de Neisser : on arrivera ainsi plus ou moins rapidement à enrayer le ou les premières localisations de celui-ci, et par la suite à empêcher sa migration.

II. Traitement curatif. — Il variera suivant les périodes et suivant les formes de l'affection.

1° Dans la *blennorragie anale simple*, le traitement sera relativement aisé. Des soins de propreté avec quelques lotions antiseptiques, suffisent parfois pour amener la guérison.

Dans les cas plus intenses, des lavages avec une solution de sublimé au 1/100 ou de permanganate de potasse à 1/4000, rendront les plus grands services. Dans l'intervalle des lavages on saupoudrera les parties malades d'un corps isolant (iodoforme, aristol, oxyde de zinc, etc.).

2° Dans la *rectite blennorragique aiguë*, il est nécessaire de calmer les accidents douloureux et de couper court à la fois au processus inflammatoire. Des suppositoires cocaïnés, des lavements laudanisés ou émollients, les calmants sous diverses formes seront employés pour réaliser la première indication, et combattront avantageusement les épreintes, le ténesme et la contracture sphinctérienne.

En second lieu, des lavements antiseptiques au début (borate de soude à 2 p. 100, sublimé à 1/2000), astringents plus tard (tannin ou alun à 1 p. 100, extrait de Saturne ou de ratanhia), des applications de mèches imbibées de vaseline boriquée ou autre, ainsi qu'un tamponnement à la gaze boriquée ou salolée sont conseillés par les auteurs. On se servira avantageusement pour les irrigations rectales d'une canule spéciale, plus ou moins analogue à celle de Tuttle.

(1) A. Tardieu. *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 6e édit., 1872.

(2) P. Brouardel. Signes de la pédérastie passive, *Gaz. des hôpit.*, 1887, t. LX, p. 532 et 637.

3° Dans la *rectite proliférante*, le traitement médical simple perd de sa valeur. Au début, on pourra essayer les cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 20 ou 30 p. 100 et dans l'intervalle les pommades siccatives au tannin, à l'oxyde de zinc préconisées par Rollet.

Plus tard, si ce traitement échoue, l'ablation des tumeurs ano-rectales s'impose. Elle sera faite le plus souvent au thermocautère, après dilatation préalable de l'anus, suivant la méthode de Trélat.

4° Dans la *forme sténosante*, outre qu'on aura à lutter contre la constipation opiniâtre par les purgatifs répétés, contre le ténesme par la belladone ou les opiacés, le point important à surveiller ici est le rétrécissement du rectum en voie d'évolution.

C'est surtout dans ces cas mixtes, ceux dans lesquels la blennorragie ano-rectale va se compliquer de sténose, qu'une thérapeutique énergique est de rigueur; or, à ce stade, celle-ci se confond avec celle du rétrécissement du rectum en général et elle comporte les diverses méthodes (dilatation, extirpation) préconisées contre lui.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à l'étude de l'éclampsie. — Gottschalk (de Berlin) communique l'observation d'une femme chez qui il fut obligé de pratiquer l'opération césarienne au cours d'une attaque d'éclampsie; à ce propos, il cherche à se rendre compte du rôle que joue la compression des uretères dans l'étiologie de cette affection.

Quand il eut à se prononcer sur le cas de cette femme, il n'y avait plus trace de contraction utérine depuis plusieurs heures, le col ne se dilatait pas; l'enfant était mort : l'opération césarienne s'imposait.

Au cours de l'opération, Gottschalk tomba sur un myome de la grosseur d'une tête d'enfant, en grande partie sous-muqueux, siégeant dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus; les uretères cheminaient de chaque côté, à la surface de la tumeur, dans l'épaisseur de la capsule. Le myome enlevé, la paroi fut recousue. Huit heures après l'opération, la malade succombait.

A l'autopsie, on trouvait une dilatation de l'uretère droit, une hydronéphrose légère du même côté, de la néphrite parenchymateuse des deux reins : dilatation et hypertrophie du cœur, hyperhémie et œdème pulmonaires, causes de la mort. Hépatite parenchymateuse hémorragique (foie éclamptique type). A noter aussi un processus inflammatoire des glomérules et des points de nécrobiose disséminés au niveau des canaux urinifères dans les reins du fœtus, lésions attestant l'action nocive exercée par le poison urémique sur ces organes.

Gottschalk pense que, dans ce cas, la double néphrite parenchymateuse observée doit être rapportée à la pression prolongée exercée sur les uretères par la tumeur; la compression de l'uretère gauche, surajoutée au cours de l'accouchement, a dû agir en provoquant un réflexe sur le rein gauche; d'où ischémie de ce rein et anurie complète de vingt-quatre heures (s'expliquant par ce fait que l'uretère droit était obstrué depuis longtemps déjà, ainsi qu'en témoigne l'autopsie). Ainsi s'expliquerait la crise d'éclampsie.

Après avoir rapporté cette observation, Gottschalk se demande s'il n'y aurait pas lieu de rechercher, dans bien des cas, à côté de l'intoxication du sang, une compression surajoutée des uretères, amenant par réflexe une ischémie rénale; double action que Virchow, se basant sur des recherches anatomo-pathologiques, considère comme nécessaire pour expliquer l'ensemble symptomatique de l'éclampsie.

Tout en faisant jouer un rôle important dans l'étiologie de l'éclampsie à la compression des uretères, Gottschalk est bien loin d'étendre cette explication à tous les cas. A côté de l'éclampsie ischémique et toxique, il admet une éclampsie de nature purement nerveuse. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 12, 1896.)

Recherches expérimentales sur le tétanos. — Bien que le rôle tutélaire du sérum sanguin d'animaux immunisés artificiellement ait été mis en lumière par Behring et ses élèves à propos du tétanos et que ses observations aient servi de base aux recherches relatives à la sérothérapie de la diphtérie, les résultats attendus du traitement antitoxique du tétanos ne se sont pas réalisés jusqu'ici. Si un certain nombre d'auteurs ont pu faire valoir l'amélioration obtenue par le sérum dans quelques cas, étant donné les difficultés qui existent pour se faire une opinion exacte de la gravité de ces cas, il est bien difficile d'en attribuer l'heureux résultat au sérum, au dire de Beck; une seconde erreur consiste, selon cet auteur, à tirer des arguments de l'emploi du sérum chez des animaux tétanisés au préalable avec des poisons fabriqués artificiellement.

Dans ses expériences, Beck s'attache au contraire à provoquer l'infection en se rapprochant le plus possible du mode naturel d'infection; il se sert, dans ce but, d'éclats de bois imprégnés de spores tétaniques, analogues à ceux mis en œuvre par Kitasato.

Inoculant, par ce moyen, le tétanos à des cobayes, animaux très sensibles à cet agent virulent, il leur injecte ensuite, à des intervalles de temps bien déterminés, 5 centimètres cubes d'un sérum dont le pouvoir immunisant est de 4 millions (autrement dit 20 millions d'unités immunisantes) et il constate que, tandis que chez les cobayes non traités par le sérum, les premiers symptômes tétaniques apparaissent de seize à vingt heures après l'infection, des animaux de même poids, qui, dans l'intervalle de temps écoulé entre la seizième et la vingtième heure, avaient reçu le sérum, mouraient de tétanos. Quant aux cobayes, traités par le sérum de deux à seize heures après l'infection, ils avaient le tétanos et mouraient par infiltration pneumonique (à la suite de paralysies de l'arrière-train qui, par suite des troubles de la motilité qu'elles entraînent à leur suite, mettaient les animaux dans l'impossibilité de survivre).

Les recherches de Beck démontrent, semble-t-il, que malgré le haut degré de pouvoir immunisant du sérum, il est insuffisant à maîtriser le tétanos dès que les moindres signes de cette affection se sont montrés; mais que, cependant, avant leur manifestation, l'injection de sérum peut empêcher la dissémination du poison dans une mesure suffisante pour écarter la mort au moins directement liée à l'infection. (*Centralb. f. chir.*, n° 13, 1896.) PAUL VIOLLET.

Manuel de pathologie des voies urinaires, par le docteur J.-M. LAVAUX, ancien interne des hôpitaux, professeur libre de pathologie des voies urinaires à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. Tome III : *Maladies de la vessie* (2e partie), *Maladies des voies urinaires supérieures* (1re partie). — Prix : 5 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 56. — MARDI 12 MAI 1896.

69e ANNÉE.

MARDI 12 MAI 1896. — Nº 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mai 1896, M. le docteur Brunswic est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décision ministérielle en date du 8 mai 1896, M. Amat, médecin-major de deuxième classe au 30e bataillon de chasseurs à pied, a été désigné pour le 36e d'infanterie, par permutation avec M. Jannot, médecin-major de deuxième classe.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 13 mai : Suite de la discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire. — Communications : M. Berger. Sur les fistules vésico-vaginales. — M. Chaput. Traitement de l'anus contre-nature.

— Un concours est ouvert, en 1896, entre les internes titulaires ou provisoires des hôpitaux de Paris, pour l'attribution du prix biennal de 1000 francs, fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 décembre 1896, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

— Un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires s'ouvrira le 29 juin prochain à l'hôpital Saint-Joseph, 5, rue Pierre-Larousse, à Paris. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Tison ou aux autres chefs de service.

— A la dernière séance de l'Académie des inscriptions et belles-lettres (8 mai), M. Delisle a signalé le travail de M. E. Le Mire intitulé : « A propos du centenaire de Mme de Sévigné », comme un curieux exemple de la façon dont une légende peut se créer en plein dix-neuvième siècle et arriver, en moins de cinquante ans, à trouver place, non seulement dans les livres de vulgarisation, mais encore dans des ouvrages qui passent à bon droit pour des modèles d'érudition et de critique. Il est généralement admis aujourd'hui que Mme de Sévigné est morte de la petite vérole et qu'elle a été précipitamment enterrée, non dans le caveau de la famille Adhémar, mais dans une fosse qu'on recouvrit d'un massif de maçonnerie, de sorte que les restes de la marquise purent échapper à la violation de la sépulture des seigneurs de Grignan, en 1793.

M. Le Mire a établi que Mme de Sévigné succomba à des accès de fièvre continue. M. de Saint-Surin est le premier biographe qui ait parlé d'une petite vérole et il l'a fait uniquement parce qu'il a attribué à la marquise de Sévigné ce que le médecin Chambon avait dit en 1714 de la dernière maladie de la comtesse de Grignan, très exactement désignée par les mots « Mme de Sévigné, comtesse de Grignan ». Ce n'est pas tout. Il est parfaitement démontré que la marquise de Sévigné a été enterrée dans le tombeau de la famille de Grignan et que ses restes, reconnus en 1793 par les violateurs du tombeau, ont alors été l'objet de la plus indiscrète curiosité. Mais au moment de la Restauration, les habitants de Grignan jugèrent qu'ils avaient intérêt à faire croire que la sépulture de Mme de Sévigné avait été épargnée. C'est alors que fut imaginée la fable de l'inhumation précipitée en dehors du caveau de la famille ; et ce qui acheva de donner crédit à cette fable, c'est qu'une enquête administrative, prescrite en 1816, par le ministre de l'Intérieur, aboutit à un procès-verbal de notoriété qui consacrait la légende. La contre-enquête que M. Le Mire a dirigée avec beaucoup de perspicacité a rétabli la vérité sur tous les points. (J.-B. Mispoulet.)

— Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs. — Billets individuels et billets collectifs.* — Il est délivré, pendant toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets individuels et des billets de famille, à prix très réduits, pour effectuer, sur ce réseau, des voyages circulaires à itinéraires établis par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Ces billets sont valables pendant 30, 45 ou 60 jours, suivant l'importance du parcours. Cette validité peut être prolongée, une ou plusieurs fois, d'une durée égale à celle de la durée primitive, moyennant le paiement, chaque fois, d'un supplément de 10 p. 100 du prix des billets. Arrêts facultatifs.

Les billets de famille ou collectifs sont délivrés aux familles d'au moins 4 personnes payant place entière et voyageant ensemble. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 3 billets de voyages circulaires à itinéraires facultatifs ordinaires, la moitié du prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, sans, toutefois, que ce prix puisse descendre au-dessous de 50 p. 100 du tarif général appliqué à l'ensemble des membres de la famille.

Les demandes de billets doivent être faites 5 jours au moins à l'avance et être accompagnées d'une consignation de 10 francs.

Paris, le 11 mai 1896.

Il est toujours intéressant de parcourir les rapports présentés par les doyens des différentes Facultés au Conseil académique. On y découvre de nombreux documents, puisés aux sources les plus officielles, sur la scolarité, le nombre des étudiants inscrits, la proportion croissante des élèves étrangers, les équivalences données aux lieu et place de baccalauréat, le nombre d'examens subis, et la proportion des échecs. On y voit la progression et la régularisation des études des chirurgiens dentistes. On y trouve les courbes si suggestives que nous avons pu, il y a quelque temps déjà, présenter à nos lecteurs, où l'augmentation du nombre des étudiants s'accuse par une ligne d'une verticalité inquiétante. Bref, le recueil est plein de renseignements des plus curieux et des plus utiles.

C'est ainsi qu'au bas de la page 39, on lit :

Ont pris la première inscription :

Du 15 octobre au 6 novembre. . . .	136
Du 6 au 15 novembre.	83
Du 15 au 30 novembre.	80
Du 1er au 30 décembre.	21
Du 1er au 15 janvier	22
	342

Ce qui, en bon français, veut dire : la majeure partie des inscriptions est prise (206 contre 136), lorsque le registre est légalement fermé. Alors que signifient les multiples affiches apposées à la Faculté et dans les hôpitaux et aussitôt reproduites par la presse médicale dans le but de renseigner ses lecteurs? Cette date officielle de la fermeture est donc trompeuse? A moins que le registre, fermé pour les bons naïfs, pour ceux qui croient encore à la légalité, ne soit ouvert pour les privilégiés, nés malins, qui savent à quoi s'en tenir sur la fameuse rigueur des lois et règlements. Il serait curieux de connaître la liste de ces favorisés qui entrent à la Faculté quand la porte est fermée. Gageons que les étrangers y comptent pour une bonne part!

On crie partout à l'encombrement de la Faculté; ses bancs sont pleins, bondés d'étudiants, alors qu'il y a un moyen si simple et si peu bruyant de laisser la porte fermée lorsqu'elle est régulièrement fermée, de déclarer clos le registre d'inscriptions lorsqu'il est régulièrement clos.

Ce n'est pas la Faculté qui doit être accusée de cet état de choses, il est probable que si les Facultés étaient autonomes de pareils faits ne se passeraient guère. Car comment distribuer ces retardataires dans les pavillons de dissection, comment les inscrire aux travaux pratiques, alors que tout est commencé et que tout est déjà plein? Au-dessus de la Faculté il y a les bureaux du ministère, et quand une inscription a été refusée à l'École, comme demandée trop tardivement, on l'accorde au ministère quand elle est demandée par voie politique ou diplomatique. Ce petit fait perdu dans le bas d'une page méritait d'être relevé, il jette une nouvelle lueur sur les beautés des administrations d'État.

La question des étudiants étrangers est toujours retenue au ministère. Elle y sommeille paisiblement, attendant la bonne solution, du moins nous l'espérons. Toujours est-il que depuis que l'un des premiers nous attirions, chiffres à l'appui, l'attention du corps médical sur l'encombrement de la profession, les demandes de dispenses restent en souffrance et ne sont plus accordées au ministère, du moins si nous en jugeons par les doléances que nous faisait hier un médecin étranger qui se désespérait du silence fait autour de ses demandes réitérées. Plusieurs de ses compatriotes étaient, disait-il, dans le même cas. Le ministère se tient donc encore sur la défensive, mais en réalité il n'a encore répondu ni oui ni non. Aussi, ne faut-il pas désarmer et laisser l'oubli se faire autour de cette question qui nous a tous passionnés. C'est pourquoi nous accueillons et enregistrons avec plaisir cette pétition des internes en exercice des hôpitaux de Paris :

Les internes français en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique de Paris ont signé, à la presque unanimité, par 218 signatures contre 11 oppositions, la pétition suivante :

I. Tout étranger pourra prendre ses inscriptions dans une Faculté de médecine, mais le diplôme de docteur ne lui sera donné qu'à titre étranger, sans lui conférer aucun droit à l'exercice, en France.

II. Nul étranger ne pourra exercer la médecine, en France, s'il n'est naturalisé, s'il n'a fait son service militaire, s'il n'est bachelier.

Cette pétition, comme nous l'avons toujours demandé, sépare nettement l'étude de la médecine, dans nos Facultés, étude qui doit rester largement ouverte aux étrangers, de l'exercice de la médecine, pour lequel une réglementation sévère s'impose.

Les géants sont-ils des malades? Telle est la question que pose de nouveau M. Brissaud à la Société médicale des hôpitaux (8 mai). Pour lui et son collaborateur, M. Meige, les géants sont des acromégaliques qui ont poussé en longueur; chez les acromégaliques communs, l'accroissement excessif se serait fait surtout dans les autres sens, dans le sens cubique, suivant la pittoresque expression de M. Marie. Si les géants sont des acromégaliques dans le sens vertical, c'est que la maladie les a atteints dans l'adolescence, ou plutôt qu'en vertu d'une force inconnue, l'accroissement de leurs os ne s'est pas arrêté au moment voulu, il a dépassé la mesure prévue pour l'espèce. Plus tard, les cartilages qui réunissent l'épiphyse et la diaphyse ayant disparu, les os longs ne peuvent plus se développer en longueur, ils se développent surtout en largeur.

La plupart des géants qui s'exhibent comme phénomènes dans les foires ou ailleurs présentent des caractères évidents d'acromégalie : pieds et mains énormes, mâchoire inférieure saillante, lèvre inférieure tombante, dos voûté, lenteur des mouvements, apathie intellectuelle, etc.

Geoffroy-Saint-Hilaire faisait déjà des géants un tableau peu flatteur, dans lequel il notait le lymphatisme, l'inintelligence, l'esprit borné et lent. Que ceux de nos lecteurs qui sont de forte taille se rassurent, on peut être un homme grand, sans être un géant, et, quelques-uns l'ont bien prouvé et le prouvent encore tous les jours, sans être précisément un imbécile.

L'étiologie du nanisme est très complexe : la syphilis héréditaire, le rachitisme, le myxœdème, d'autres affections encore y figurent. Pour le gigantisme, la chose est beaucoup plus simple, on est un géant non pas par arrêt de développement, mais par absence d'arrêt de développement.

En somme, on serait un géant parce qu'on a trop grandi et on a trop grandi parce qu'on est acromégalique.

Les carabiniers, les cent-gardes, étaient-ils donc des acromégaliques? Pas tous probablement. Alors pour M. Brissaud, ils n'étaient pas des géants? Mais où finit l'homme grand pour commencer le géant? Si c'est l'acromégalie qui marque la différence, on arriverait à cette conséquence singulière que, sur deux hommes de la même taille, un seul est un géant.

C'est, en somme, affaire de définition : pour MM. Brissaud et Meige, un géant est un acromégalique de grande taille. Un homme de grande taille, s'il n'est pas acromégalique, n'est qu'un homme grand : il échappe au tableau assez sombre de Geoffroy-Saint-Hilaire; il peut être un grand homme.

M. Appert, interne des hôpitaux, présente à la Société la statistique des scarlatineux soignés à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1895. 239 cas de scarlatine vraie n'ont donné que 14 décès : à peu près 6 p. 100.

Nous ne reproduirons pas toutes les données qu'a recueillies M. Appert en étudiant ces nombreux cas de scarlatine; nous nous bornerons à relever dans sa communication les points qui présentent un intérêt immédiat pour la pratique.

La néphrite scarlatineuse s'est montrée 15 fois, soit 6 p. 100; 9 fois elle présenta une réelle gravité. Il est à remarquer qu'il s'agissait d'enfants non soignés dans le service pendant la période éruptive de la maladie. Parvenus à la convalescence, ils étaient sortis, avaient joué, s'étaient alimentés sans précaution. Au contraire, la scarlatine s'est montrée rare et bénigne chez les enfants soignés dans le service, et cela parce qu'on leur donnait exclusivement du lait comme alimentation et qu'on évitait de les laisser s'exposer au froid.

A noter la fréquence des otites suppurées (20 p. 100). M. Le Gendre déclare à ce propos qu'il a cru pouvoir attribuer la fréquence de l'otite suppurée aux irrigations pharyngées mal faites. Pour M. Rendu, il y aurait une certaine influence épidémique, il a vu l'an dernier cette complication survenir un nombre de fois relativement élevé chez des malades de la ville atteints de rougeole, de scarlatine ou de grippe.

La scarlatine a été plus grave chez les enfants jeunes; au-dessus de neuf ans, il n'y a eu aucun décès. M. Le Gendre, qui a soigné 450 scarlatineux à Aubervilliers, n'a eu que 9 décès (2 p. 100).

M. Marfan insiste sur la valeur de ces statistiques comme terme de comparaison, lorsqu'on voudra déterminer la valeur de tel ou tel traitement. Malheureusement, la gravité de la scarlatine varie avec les épidémies.

L'inoculation par le sérum de Marmorek ne serait pas encore le traitement idéal. Au dire de M. Comby, pendant le trimestre qui a précédé le moment où il a pris la direction du service des scarlatineux à l'hôpital Trousseau, M. Marmorek avait injecté son sérum à 96 enfants scarlatineux : la mortalité a été de 8 p. 100; ce traitement supprimé, elle est tombée à 5 p. 100. Le sérum anti-streptococcique n'a pas empêché l'apparition de complications dues au streptocoque. Ses résultats n'ont donc guère été plus brillants pour la scarlatine que pour les affections puerpérales. Il semble destiné à aller rejoindre la tuberculine de Koch, dans un oubli mérité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1896. — Présidence de M. Monod.

DISCUSSION SUR LA LITHIASE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

M. Michaux fait une communication sur le traitement chirurgical de cette affection. Établissant un parallèle entre la cholécystostomie et la cholécystectomie, M. Michaux se déclare partisan plutôt de l'ablation que de la simple ouverture de la vésicule biliaire. On a dit que la cholécystostomie donnait une mortalité inférieure à celle de la cholécystectomie. D'après des recherches à ce sujet, M. Michaux ne croit pas qu'on puisse dire que l'une donne une mortalité plus considérable que l'autre. Laquelle de ces deux opérations est la plus radicale? C'est incontestablement la cholécystectomie. En supprimant la vésicule, on supprime toute espèce de douleur. M. Michaux a des malades opérés depuis plus de quatre ans. Ils n'ont plus jamais souffert et ils ont engraissé. Les résultats définitifs de cette opération sont certainement beaucoup plus satisfaisants que ceux de la cholécystostomie. C'est surtout sur les résultats éloignés qu'il faut se baser pour porter un jugement exact. Or, s'il y a des cas dans lesquels la cholécystostomie a donné de très bons résultats éloignés, il en est d'autres aussi où l'on a vu des fistules biliaires persister un temps fort long. M. Michaux a vu de ces fistules persister après deux, trois et six mois, après deux ans et même davantage. C'est là incontestablement une complication redoutable de la cholécystostomie.

Bien que, dans la grande majorité des cas, la cholécystectomie ne s'accompagne pas de cette complication, il y a cependant eu quelques cas dans lesquels une fistule biliaire s'est établie consécutivement à cette opération. Pour l'éviter, M. Michaux s'applique à lier aussi sûrement que possible le pédicule. Il met un double et même un triple fil de soie et y ajoute encore un fil de catgut. Malgré toutes ces précautions, une fistule biliaire peut encore se former et persister très longtemps.

Tout en ayant une préférence marquée pour la cholécystectomie, M. Michaux n'entend pas dire que l'on doive exclusivement y recourir. Il reconnaît qu'il existe des cas dans lesquels il vaut mieux avoir recours à la cholécystostomie. Mais chaque fois que la cholécystectomie est possible et facile, il ne faut pas hésiter à la préférer.

M. Broca a recueilli trois observations fort analogues à celles dont M. Tuffier a récemment entretenu la Société de chirurgie. L'une d'elles, en particulier, concerne une femme chez laquelle la tumeur due à la vésicule ressemblait à un rein mobile : le diagnostic exact fut porté par son ami Hartmann qui, après avoir fait refouler par un aide la tumeur en haut et à gauche, put sentir par le ballottement l'extrémité inférieure du rein droit; le liquide, eau de roche, fut analysé par M. Winter, qui n'y trouva pas de pigments biliaires. Dans un autre cas, qui remonte à 1890 et est relaté dans la thèse de Calot, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suppurée, que certains cliniciens avaient prise pour un kyste hydatique du foie.

M. Broca admet donc, avec M. Tuffier, que le diagnostic de la lithiase limitée à la vésicule n'est pas toujours très facile. Il signalerait encore la possibilité d'une erreur avec certaines cholécystites non calculeuses, ayant causé des adhérences de la vésicule au côlon : récemment il a opéré

une dame de quarante-cinq ans, chez laquelle, après avoir libéré ces adhérences, il n'a pas trouvé trace de calculs. L'opération, aujourd'hui guérie, est trop récente pour qu'il puisse parler de résultat thérapeutique.

Chez cette malade, M. Broca n'a pas ouvert la vésicule. Chez les trois autres, après avoir senti un calcul obstruant le col, il a pratiqué la cholécystectomie et a eu trois résultats excellents à longue échéance : aujourd'hui, il voit encore de temps à autre la malade qu'il a opérée en septembre 1893 et elle n'a plus jamais souffert. Par la cholécystectomie, même dans un cas où le bactérium coli infectait la vésicule suppurée, il n'a eu aucun revers, et lorsque, après laparatomie, elle paraît aisée à pratiquer, il croit que c'est la méthode de choix, car elle met sûrement à l'abri de la récidive.

COMMUNICATION

Luxation traumatique de la hanche. — M. DELORME communique une observation de luxation traumatique irréductible de la hanche. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Fracture transversale de la rotule. — M. DELORME présente un enfant de troupe atteint d'une fracture transversale de la rotule et chez lequel le procédé de Cecci n'a pas donné un résultat favorable. La fracture datait d'août 1895 et la suture fut pratiquée en janvier 1896. L'écartement inter-fragmentaire était de 6 centimètres dans l'extension et, par des tractions énergiques exercées sur le fragment supérieur, on ne diminuait qu'à peine cet écartement. M. Delorme eut recours au procédé de Cecci dans lequel, comme l'on sait, le fil métallique traverse en diagonale les deux fragments et embrasse d'une anse le bord supérieur du fragment supérieur, et l'angle inférieur de l'inférieur. M. Delorme employa ici ce procédé parce qu'il donne grande prise sur le fragment supérieur. Or, dans ce cas, malgré les tractions les plus énergiques exercées sur les fils, il resta entre les fragments un écartement de 3 centimètres environ. La section sous-cutanée d'une partie des fibres tendineuses du tendon du droit antérieur tendu n'ayant permis qu'un rapprochement de 5 millimètres environ, la section partielle du tendon rotulien et des sections latérales n'ayant fourni encore qu'un rapprochement de quelques millimètres, il ne restait que deux alternatives : ou détacher l'épine tibiale antérieure, ou se contenter du résultat obtenu et considérer les fils comme un tendon analogue, mais bien plus solide que le tissu fibreux interfragmentaire qu'on constate dans les fractures traitées par d'autres modes que la suture. C'est à cette dernière alternative que M. Delorme s'arrêta. Mais quand le vingtième jour il voulut obtenir par la gymnastique articulaire plus que l'angle droit, le fil se rompit, et actuellement l'écartement observé est identique à celui qui existait avant l'opération, et la fracture rotulienne est compliquée par la présence d'un fil inutile qu'il faudra peut-être enlever. Hydarthrose légère. Extension active, grâce à la valeur du triceps.

DISCUSSION

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne s'étonne pas du résultat défavorable obtenu chez ce malade avec un fil insuffisamment fort. Pourquoi chercher d'autres procédés de suture que le procédé ordinaire, qui lui a toujours permis d'obtenir un rapprochement complet, même chez une femme chez laquelle le fragment supérieur était séparé de 14 centimètres du fragment inférieur? Enfin, si on laisse les malades marcher dès que leur plaie est guérie, on n'a pas à craindre l'ankylose et les mouvements se rétablissent toujours ultérieurement. Quant à l'incision, elle doit être courbe et sous-rotulienne, les autres modes ne valent rien.

M. QUÉNU cite un fait dans lequel le rapprochement n'a pu être obtenu complètement et directement; le fragment supérieur n'a répondu à l'inférieur que par un angle.

M. DELORME répond qu'il s'est servi d'un fil de la force de ceux qu'emploie M. Championnière et, encore une fois, malgré l'énergie de la traction exercée et les sections tendineuses, il n'a pu rapprocher. Il ne pense pas, comme M. L. Championnière, que les mouvements se rétablissent seuls, en totalité, quand on abandonne le malade à lui-même. On arrive assez vite à l'angle droit, mais on n'est pas sûr que le malade ira plus loin. En tous cas, dans la pratique de la chirurgie militaire, il est nécessaire d'aller vite dans le rétablissement des mouvements. Il cite un cas dans lequel le malade abandonné à lui-même a guéri avec raideur articulaire. M. Delorme ne tient pas, au delà de la mesure, à l'incision antérieure. Il croit aussi l'incision courbe, en général, préférable, mais dans le cas particulier, l'incision axile a semblé utile à cause de l'éloignement considérable du fragment supérieur qui eût imposé la formation d'un trop grand lambeau.

LECTURE

Endométrite fétide des femmes âgées. — M. G. MAURANGE, pour la quatrième fois en six ans, a eu l'occasion d'observer un cas d'endométrite fétide, chez une femme ayant dépassé la ménopause. L'affection, survenue six mois auparavant, en pleine santé, chez une multipare de soixante-deux ans, ayant eu, à quarante-sept ans, une ménopause régulière, était caractérisée par un écoulement purulent d'une horrible fétidité, se faisant à intervalles irréguliers, par de véritables décharges, précédées d'une période plus ou moins prolongée de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins. En même temps, il y avait de l'amaigrissement, une diminution générale des forces, un aspect cachectique.

Au toucher, on trouvait le col boursouflé, volumineux et mobile, le corps augmenté de volume et douloureux à la pression, les culs-de-sac libres, le vagin très enflammé. Au spéculum on constate que la muqueuse vaginale est d'une coloration rouge foncé, et comme granuleuse. L'introduction de l'hystéromètre, très douloureuse, donne une profondeur de 8 centimètres et demi : en le retirant il s'écoule par le museau de tanche un pus sanieux, d'une horrible fétidité.

Il s'agissait là, bien évidemment, de l'un de ces cas d'endométrite fétide, dont il a donné la description clinique et anatomo-pathologique dans deux mémoires antérieurs (1). Un traitement simple fut institué : dilatation de l'orifice du col, désinfection de l'endomètre à la glycérine créosotée, tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin, et après quelques pansements, la malade a recouvré son état de santé antérieur.

L'intérêt de ces faits est de mettre en garde contre une erreur possible de diagnostic avec le cancer utérin, erreur qui a été commise par des gynécologistes éprouvés. Il existe, en effet, des cas — et M. Maurange en a cité — où il ne manque rien au tableau clinique du cancer, pas même l'hémorragie, et dans lesquels seuls l'examen histologique peut conduire à un diagnostic exact.

Il paraît donc nécessaire de faire désormais le diagnostic différentiel du cancer utérin — qui n'est, du reste, pas si fréquent après la ménopause — avec l'endométrite sénile et spécialement avec la variété qu'il a proposé d'appeler endométrite fétide des femmes âgées.

La séance est levée.

(1)

VARIÉTÉS

Éloge d'Alphonse Guérin (1).

Par M. Paul Reclus,

Secrétaire général de la Société de chirurgie.

I

Alphonse-François-Marie Guérin naquit le 9 août 1816 à Ploërmel, petite ville du Morbihan. Il était fils de Pierre-Marie Guérin et de dame Thérèse-Julie-Perrine Orrieulx. Origine assez humble, car si sa mère, Orrieulx de Laporte, sortait de souche noble, son grand-père, Joseph Guérin, était huissier audiencier de la sénéchaussée royale de Ploërmel, où son père occupa une même charge. Il ne l'exerça pas longtemps et mourut, en 1822, dans sa trente-huitième année, laissant sa jeune femme à peu près sans ressources avec ses deux fils, Frédéric, âgé de sept ans, et Alphonse, qui en avait à peine six. Mais Mme Guérin était une de ces vaillantes femmes, comme on en signale souvent au seuil des fortes familles qu'elles enfantent et qu'elles disciplinent. En matière d'éducation, les exemples valent mieux que les préceptes, et les actes que les paroles. A voir leur mère travailler sans repos ni trêve, pour les nourrir d'abord et les instruire ensuite; à la sentir ardente et joyeuse dans son dévouement et prête, pour eux, à tous les sacrifices, ses fils n'avaient plus à apprendre de quels inflexibles devoirs se tisse la trame de la vie.

La modeste famille vécut d'abord près des Halles, au centre de la ville, dans la petite maison où les deux enfants étaient nés; ils la quittèrent bientôt pour « les Fossés », habitation plus vaste, au pied des vieux remparts, et qui s'ouvrait sur la campagne; les deux frères purent s'en donner à cœur joie de jeux et d'école buissonnière. Dans ce milieu breton, au seuil de la Bretagne la plus bretonnante, la haine entre bleus et blancs était toute chaude encore. Le petit Alphonse engageait ou soutenait de terribles batailles; aussi, le soir, rapportait-il au logis, avec autant de coups qu'il en avait donné, blouse et culotte en assez mauvais point, force accrocs à repriser par la mère. Souvent, le combat était précédé d'un défi; on provoquait un adversaire et l'on se mesurait sous les yeux des juges de camp. Un jour, dans une de ces rencontres, Frédéric faiblissait sous l'étreinte d'un ennemi plus fort. Alphonse assistait à la lutte et s'écriait haletant : « Courage, mon frère, ou l'honneur des Guérin est perdu. »

A cette vie libre, à travers les rues du vieux Ploërmel ou dans la vague étendue des landes environnantes, le développement physique de l'enfant devint remarquable, mais son instruction restait rudimentaire et il s'était acquis la réputation d'un très médiocre écolier. Son oncle maternel, homme charmant et bon, de ceux qui, par leur gaîté, leur énergie et leur dévouement, exercent une grande influence sur la jeunesse, prit un jour son neveu à part : il était temps de se mettre au travail; leur mère ne pourrait toujours coudre et broder pour augmenter les ressources du ménage; ce serait à ses fils de la nourrir à leur tour. La résolution d'Alphonse Guérin fut bientôt prise; mais son instinct l'avertissait que, dans un milieu nouveau, il se plierait plus aisément aux exigences d'une vie nouvelle. Il demanda à quitter Ploërmel et sa modeste école pour quelque ville moins mal partagée. L'idée fut trouvée bonne; la mère et les deux enfants partirent à pied, suivis d'une voiture portant les malles et les meubles; ce fut à Vannes qu'on s'arrêta.

Les héroïques résolutions prises par Alphonse Guérin ne faiblirent pas, ainsi qu'en témoigne une notice très intéressante publiée par le docteur Mauricet sur le collège de Vannes. Fondé en 1328, ce collège, au XVIIIe siècle, eut jusqu'à 1200 élèves; il jouissait en Bretagne d'une grande réputation. Le poète Brizeux en sortait en 1831, à l'époque où le recteur demandait l'exemption de rétribution pour cinq élèves, remarquables par leurs succès et leur conduite; parmi eux, se trouvaient Jules Simon et les deux Guérin.

Depuis les batailles de son enfance, les combats livrés aux « blancs » de Ploërmel, Alphonse Guérin voulait être soldat, soldat de terre ou de mer. L'heure sonnait — il avait quinze ans — où une décision devenait nécessaire; il songeait à l'École navale, et, pour s'y préparer, il résolut de se rendre à Lorient chez M. Dinel, son parent et son premier instituteur, celui qui, jadis à Ploërmel, en lui apprenant à lire, plaçait à côté du livre un fouet dont il cinglait souvent et cruellement son élève. A Lorient, ce n'était plus un fouet, mais un biniou qu'il embouchait parfois en donnant sa leçon. Au bout de six mois, Alphonse se présentait au concours, où il ne fut qu'admissible; une autre année de préparation s'imposait; il comptait, s'il éprouvait un échec définitif, se tourner vers l'École polytechnique. Son oncle, celui qui avait pris auprès d'eux la place du père mort, intervint à nouveau et lui conseilla d'accepter une place d'interne en médecine que lui proposait une cousine de sa mère, Mme O'Neil, tante du général et de l'amiral actuels et religieuse, tenant la pharmacie à l'hôpital civil et militaire de Bourbon-Vendée.

La lutte fut douloureuse. Accepter, c'était rompre avec ses goûts les plus chers, et briser ses rêves d'avenir. Peut-être, dans sa première enfance, quand il organisait contre ses camarades d'école la défense de sa forteresse — une vieille diligence échouée dans un coin des Halles — peut-être avait-il entrevu, comme dans un lointain éclair, la statue que ses concitoyens, ses amis et ses élèves vont lui élever sur une place de Ploërmel; mais, le chapeau à plumes devait ombrager sa tête et sa main s'appuyer sur un sabre ou sur l'affût d'un canon... Le regret de cette vie de soldat le hanta toujours, et, en 1870, pendant l'invasion prussienne, il disait à un ami de son cœur : « J'ai cinquante-six ans; à cet âge on est général et, si je l'étais, je suis Breton, persévérant et tenace, je l'aurais tant désiré, tant voulu, que je l'aurais peut-être gagnée, la bataille! » Après tout, pourquoi pas? N'en gagnait-il pas une à ce même moment, et contre l'infection purulente, ce terrible ennemi qui avait défié les plus grands de notre profession?

Alphonse Guérin se résigna et partit pour Bourbon-Vendée. Il entrait bien jeune dans la voie, à dix-sept ans, mais par une si petite porte! Il n'eut, à l'hôpital, d'autre maître que sa cousine, Mme O'Neil. Combien de fois n'a-t-il pas raconté la première et mémorable leçon qu'il en reçut, le jour même de son arrivée : « Il te faut pourtant, lui dit-elle, connaître ton métier : prends une lancette et saigne-moi », et elle lui tend son bras droit. Alphonse Guérin pique au pli du coude, mais sans résultat. — « Ça, c'est une saignée blanche; recommence à côté! » Il obéit et, cette fois, ouvre la veine. — « C'est bien, mais la saignée est plus difficile du côté gauche! » et elle présente l'autre bras. Il plonge sa lancette et le sang jaillit de nouveau : — « Va! dit la religieuse en bandant sa plaie, fais ton service; tu sais ton métier! »

II

Ce n'était pas dans cet hospice, à pratiquer des saignées et à panser quelques ulcères, qu'il apprendrait vraiment son métier; il fut vite à le comprendre, car il avait à cœur d'être mieux qu'un infirmier instruit. Profitant d'une maladie qui éloignait Mme O'Neil de Bourbon-Vendée, il demanda à partir pour Paris; il avait déjà le grade de bachelier et

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 538.

put entrer à notre Faculté. Sa vie y fut celle de tous les étudiants laborieux. Il se mit au travail avec une véritable fougue; il passait ses matinées à l'hôpital, déjeunait à peine, puis gagnait l'amphithéâtre et n'interrompait la dissection que pour assister à quelques cours. Le soir, dans sa chambre ou à la bibliothèque, il rédigeait les notes prises aux leçons ou se plongeait dans des livres d'anatomie et de pathologie. Chaque semaine, le samedi soir, il allait chez des amis, à la campagne, et n'en revenait que le lundi matin. Mais il emportait avec lui quelque débris dérobé à l'amphithéâtre et l'étudiait, à la grande indignation de ses hôtes : « Traiter ainsi de la chair de chrétien ! »

A ce dur labeur, il conquit bientôt son titre d'externe, puis, en 1840, celui d'interne des hôpitaux : vingtième sur une liste où nous relevons les noms de Houel, de Delpech et de Bergeron. Dès ce moment, la vie matérielle lui devint facile : à la modeste rétribution de l'Assistance publique s'ajoutait l'argent que lui donnaient ses élèves particuliers. En 1843, à vingt-sept ans, il était aide d'anatomie de la Faculté et, en 1849, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux; sa mère pouvait abandonner les travaux d'aiguille auxquels la vaillante femme avait demandé un supplément de ressources pour elle et ses fils : Alphonse Guérin et son frère Frédéric, qui devait un jour être premier président, puis conseiller à la cour suprême, étaient maintenant à même de subvenir à tous les besoins. Et ce fut une joie profonde, dont nous trouvons la trace dans quelques-unes de leurs lettres. En 1847, Alphonse était docteur et se préparait à devenir, à son tour, un maître.

En effet, le 5 avril de la même année s'ouvrait le concours d'agrégation : Velpeau présidait; Roux, Gerdy, Marjolin, Cazeaux, Marchal et Blandin étaient juges. Parmi les candidats, on comptait Boinet, Depaul, Després, Deville, Désormeaux, Lacroix, Jamain, Rendu, Jarjavay, Boyer, Richet, Morel-Lavallée, Sappey et Alphonse Guérin. Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur la valeur de la composition écrite : « Anatomie et physiologie du crâne. Ses fractures. » La *Gazette des hôpitaux* qui, d'ordinaire, envoyait un de ses rédacteurs aux séances pour renseigner ses lecteurs, était tout entière à la célèbre discussion sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Cette discussion passionnait la France d'alors. Un collège électoral était devenu vacant à Paris; Malgaigne en fut nommé député. On croyait que sa parole incisive saurait défendre la cause des concours, malmenés vivement par Cousin. Mais, à la stupéfaction générale, Malgaigne, si brillant à l'Académie de médecine, n'obtint aucun succès à la tribune de la Chambre.

La *Gazette des hôpitaux* donne quelques détails sur les leçons des candidats; nous y lisons que celle de Morel-Lavallée, sur la fracture du péroné, fut substantielle; le débit de l'orateur est accentué, mais trop rapide. Celle de Sappey, sur le même sujet, fut méthodique, la phrase sort lentement, mesurée, mais peut-être un peu froide. Alphonse Guérin eut à traiter des fractures de la clavicule. « Il parle, dit le rédacteur, de l'École grecque, de l'École arabe, de l'École moderne; il cite Aristote et Platon, d'après Malgaigne. Sa leçon est assez remplie; l'organe est sonore; la parole est lente et quelque peu uniforme. » Boyer, Richet, Lacroix, Morel-Lavallée, Jarjavay, Depaul, Deville et Guérin furent admissibles; en définitive, on nomma Richet, Jarjavay et Sappey pour la chirurgie, Depaul pour les accouchements. Malgré une thèse intéressante que Gerdy, certainement, avait mise dans l'urne : *De l'influence de la pesanteur sur le développement et sur le traitement des maladies chirurgicales*, malgré une soutenance très remarquée, Alphonse Guérin fut écarté. Il ne devait plus se présenter au concours d'agrégation.

En 1850, Alphonse Guérin se trouvait au vrai tournant de notre carrière, celui où se pose le menaçant problème : Être ou n'être pas. Je veux parler du concours du bureau central. A cette époque, les candidats étaient nombreux et les places rares : on s'en disputait une tous les trois ans. Malgré la redoutable compétition de Depaul, Deville, Follin et Sappey, Guérin fut élu par cinq voix contre quatre, dont deux données à Depaul, et deux obtenues par Deville. Cazenave était du jury, et, c'est grâce à son appui, que Guérin put être nommé. Il lui en conserva une gratitude qu'il eut l'occasion de prouver dans de nombreuses et tristes circonstances.

Désormais, Alphonse Guérin était chirurgien des hôpitaux; il avait conquis la position la plus enviable, celle qui nous met à même de montrer si vraiment nous avons l'étoffe d'un maître.

III

Pendant cette période, la France changeait de gouvernement : la révolution de 1848 avait renversé Louis-Philippe, et proclamé la République. Alphonse Guérin était de ceux qui saluèrent son avénement comme l'aube d'une ère nouvelle. Ainsi qu'en 1870, la plupart d'entre nous, il croyait que la République n'est pas une simple forme de gouvernement, mais un ensemble de vertus souveraines, qu'elle engendre et qu'elle développe : elle devait être, elle serait le désintéressement et la justice, ou mieux, comme le dit magnifiquement sa devise, la Liberté, l'Égalité, la Fraternité. Hélas! à l'épreuve, il allait bien voir qu'elle vaut seulement ce que valent les hommes qui la dirigent, et qu'elle peut être, à ses heures, arbitraire, autoritaire, violente, oppressive et vénale. Mais, cette désillusion cruelle ne lui fit point briser son idole : on nous dit que, par réaction, la jeunesse actuelle, effrayée ou désabusée, rêve d'un bâillon et d'un sabre. Alphonse Guérin, lui, fut fidèle à son idéal de liberté.

Il était républicain, il resta républicain. Son frère, Frédéric, qui, à la fin du règne de Louis-Philippe, dirigeait un journal avancé, avait été nommé commissaire du gouvernement à Vannes. Il partageait cette fonction avec le docteur Guépin (de Nantes), lui aussi, d'une droiture absolue, mais d'un caractère parfois difficile. Leur entente fut bientôt troublée; Frédéric Guérin donna sa démission, et voulut exposer sa conduite dans une réunion publique. Alphonse accourut de Paris pour lui prêter l'appui de sa parole; devant les Vannetais rassemblés, il prononça un vibrant discours que, seuls, les applaudissements interrompirent, et, comme au temps des batailles de leur enfance, l'honneur des Guérin en sortit victorieux. Au coup d'État, lorsque la police de Louis Napoléon traquait les représentants du peuple, il recueillit chez lui et cacha Joigneaux, Marc Dufraisse, Ribeyrolle et peut-être Proudhon. A une époque plus cruelle encore, après la Commune, il devait protéger les blessés que la guerre civile accumulait à l'hôpital Saint-Louis; la police allait envahir ses salles, il en barra résolument la porte. — « Si vous approchez de leur lit, vous les tuez! Au nom de l'humanité, je vous somme de vous retirer! » Et la police se retira.

IV

L'empire vint, la politique se tut. En 1853, Alphonse Guérin quittait l'amphithéâtre de Clamart. En 1858, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine qu'il ne quitta qu'en 1862. Il y commença, sur les maladies des femmes, des études d'où devaient sortir deux remarquables volumes; les problèmes les plus délicats de la syphiligraphie y étaient discutés. En 1863, il allait à Saint-Louis. En 1872, il entrait à l'Hôtel-Dieu, dont il occupa un des services jusqu'à l'heure de la retraite. C'est en 1868 qu'il lut, à l'Académie de médecine, son important mémoire sur les *Fractures du maxillaire*

supérieur; il donnait, pour les reconnaître, un signe nouveau et d'une valeur indiscutable : la douleur, que l'on produit en portant le doigt sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde.

Nommé, en 1863, membre de notre Société, il y lisait un mémoire très remarqué et bien souvent cité, sur les *rétrécissements de l'urèthre*, dont il étudiait, avec le plus grand soin, l'anatomie pathologique. Une communication sur la rupture de tous les tissus d'un membre luxé depuis trois mois, tendait à prouver que la compression du plexus brachial, par la tête déplacée de l'humérus, peut produire une dégénérescence musculaire assez profonde pour contre-indiquer les tentatives de réduction. Et de fait, dans un cas de luxation sous-coracoïdienne, le bras du patient, cédant à une force très inférieure à celle qu'on déploie d'habitude en pareille occurrence, resta entre les mains des quatre élèves qui opéraient l'extension. Un rapport sur la luxation de l'avant-bras en avant, un autre sur les rétrécissements syphilitiques de la trachée, lui acquirent ici une réelle autorité.

Certains de ses mémoires sont signés Alphonse Guérin, de Vannes. Pourquoi pas de Ploërmel? Éclaircissons ce point pour les historiographes futurs. Il voulait que son nom ne fût pas submergé dans l'innombrable et banale tribu des Guérin : mais comment s'y prendre pour éviter des confusions regrettables? L'Académie de médecine avait déjà un Guérin avec lequel le nôtre ne sympathisait guère. Il essaya d'abord de Guérin de Ploërmel, mais n'était-ce point paraître s'anoblir? Ploërmel, alors inconnu, ne devait être popularisé en France que par l'opéra-comique de Meyerbeer. Or, Alphonse Guérin aurait pu s'exposer aux ironies que soulevaient parfois, à cette époque, les sonores vocables adoptés par Vidal de Cassis, Marchal de Calvi et surtout Jobert de Lamballe. Vannes, préfecture importante, ne prêtait pas à l'équivoque, comme l'eût fait Ploërmel. Remarquons, en passant, qu'il jouait de malheur avec son nom de famille et son nom de baptême : le théâtre, avec *Monsieur Alphonse*, allait déshonorer celui-ci, et le roman, avec le *Cas de Monsieur Guérin*, ridiculiser celui-là.

Le mariage d'Alphonse Guérin fut un aimable roman : Mme Guérin, la mère, avait pour amie d'enfance Mme de Pommereul, dont la beauté est restée célèbre en Bretagne. Elle habitait le château du Frêne, peu distant de Ploërmel, et parfois, aux vacances, Mme Guérin y passait quelques jours avec ses deux enfants. Mme de Pommereul avait une fille charmante et Alphonse Guérin s'en éprit. Mais il savait trop la distance qui éloignait de la jeune châtelaine le fils encore inconnu d'un huissier, pour laisser même soupçonner cet amour. Il partit, et la séparation parut d'autant plus définitive, que, peu de temps après, Mlle de Pommereul épousait un baron du voisinage. Le baron, beaucoup plus âgé que sa femme, vint à mourir, sa veuve tomba malade, et, pour la soigner, on eut recours à l'ami d'enfance, dont la réputation de grand médecin s'était propagée au pays. L'ancien amour se réveilla et fut assez fort, chez elle, pour briser l'esprit de caste, plus étroit en Bretagne qu'ailleurs, chez lui, pour lui donner le courage d'affronter un monde qui peut-être ferait mine de dédaigner sa roture. Mais il n'était pas de ceux qu'on raille et cette union fut parfaitement heureuse.

V

La publication du *Traité de chirurgie opératoire* avait consacré la renommée du jeune maître. Ce livre, dont les éditions se multipliaient, était, avec celui de Malgaigne, dans les mains de tous les élèves et il y resta, à titre d'ouvrage classique, jusqu'au jour où parut le merveilleux traité de Farabeuf. Aussi, en 1868, l'Académie de médecine ouvrit-elle ses portes à Alphonse Guérin. Nommé par 51 voix sur 68 votants, le premier d'une liste où étaient inscrits Verneuil, Le Fort, Voillemier, Perrin et Giraldès, il fut très fier de ce succès, mais certains épisodes lui laissèrent au cœur de vifs ressentiments; il vit que la parole donnée peut être parfois retirée, et il en conçut, contre quelques-uns de ses collègues, une vigoureuse rancune. Le secrétaire perpétuel Dubois (d'Amiens) jouit, à cet égard, du privilège des adversaires les plus favorisés; son nom revient souvent dans les lettres d'Alphonse Guérin, qui ne voulut jamais accepter comme péché véniel le manquement aux engagements pris. Elle n'est pas de lui, cette phrase célèbre : « En matière d'élections académiques, les promesses n'engagent à rien. »

La clientèle était venue, nombreuse et choisie. Il fut même appelé par le pape. Pie IX, depuis de longues années, souffrait d'une affection rebelle des jambes, d'ulcères variqueux, peut-être, que ses médecins ordinaires n'avaient pu guérir. Le maître français fut plus heureux. Son malade lui en marqua une reconnaissance profonde; il le couvrit de titres et de croix : « Vous êtes le plus grand médecin du monde! » lui dit-il, et Guérin de répondre, d'une voix spirituellement ironique : « Je dois vous croire : Sa Sainteté n'est-elle pas infaillible? » Et, un jour que Guérin l'avait ausculté : — « Je me garderai bien de dire à mes compatriotes que ma tête s'est appuyée sur votre poitrine : je connais mes Bretons, ils me couperaient les oreilles pour s'en faire une relique! »

Comme opérateur, Alphonse Guérin avait la main très sûre : à la précision de son couteau, on reconnaissait le prosecteur qui, pendant plus de neuf ans, avait professé à l'École pratique et à l'amphithéâtre de Clamart; mais il était agité et nerveux, au cours des interventions graves, et manifestait son émotion par une brusquerie quasi-professionnelle chez les chirurgiens d'avant l'anesthésie. Ne fallait-il pas, pour éviter au patient de trop longues souffrances, abattre un membre en quelques secondes? Malheur alors à l'aide négligent, malheur même à l'assistant adroit, si le maître commettait quelque bévue! En une semblable occasion, Jobert (de Lamballe) apostropha durement son interne, Alphonse Guérin. Fier et peu endurant, nous le savons déjà, celui-ci jette son tablier aux pieds de son maître : « Voici ma démission, et maintenant je suis libre et je vous demande raison de l'injure que vous venez de me faire... — Sacré Breton, mauvaise tête, s'écria Jobert, il ne sait donc pas que je l'aime! Puisque le mot que je viens de prononcer vous blesse, effaçons-le et venez, ce soir, dîner avec moi. » — Trente ans plus tard, une scène analogue se passait à Saint-Louis, mais, cette fois, Guérin était le chef, et c'est à lui qu'on rendit le tablier. Le dénouement fut le même, d'ailleurs, et maître et élève firent la paix. Aujourd'hui que le sommeil anesthésique livre les malades, inertes, à nos opérations les plus délicates, où notre merveilleux arsenal de l'hémostase supprime l'écoulement sanguin, avant même qu'il se déclare, de pareilles vivacités seraient sans excuse, et le chirurgien « brutal » est un type à jamais disparu.

VI

Sa valeur professionnelle, cette série d'écrits, pour remarquables qu'ils soient, ces succès dans la clientèle n'auraient cependant pas tiré Alphonse Guérin hors de pair, et nombre de ses collègues pouvaient en revendiquer tout autant. Mais, ici commence son œuvre vraiment originale et qui sauvera son nom de l'oubli. Ses travaux sur l'infection purulente et sur son traitement n'ont pas été improvisés en un jour, et ses premières recherches datent de 1847. Dans sa thèse inaugurale, il combat déjà les opinions de Velpeau et de Dance qui font, de « la fièvre purulente, une phlébite dont la plaie opératoire ou accidentelle est le point de départ ». Pour lui, la fièvre purulente est un empoisonnement consécutif à la pénétration dans la plaie d'une sub-

stance « septique », un miasme que l'auteur comparait à celui qui provoque la peste, la fièvre jaune et la malaria.

C'était la vraie doctrine, celle qu'adopta plus tard M. Tarnier dans ses recherches sur la fièvre des maternités. Alphonse Guérin la professa toujours; il y revint sans cesse : en 1868, il inspira la thèse de Dibos où, déjà, il s'autorise des travaux de Pasteur sur les fermentations, pour étayer son hypothèse d'un contage transmis par le milieu ambiant dans les salles de nos hôpitaux. En 1869, il prononce à l'Académie de médecine un discours où il essaie de tirer de cette doctrine étiologique une thérapeutique rationnelle; et, comme il assimile l'infection purulente à la fièvre paludéenne, il préconise le sulfate de quinine à haute dose. En 1871, deuxième discours, où il confesse encore sa foi et accuse, à nouveau, le milieu ambiant de l'inoculation septique des plaies. Enfin, quelques mois plus tard, dans un troisième discours, il confirme l'excellence de sa théorie, en annonçant la découverte qu'elle lui avait inspirée, l'emploi du pansement ouaté dans le traitement des plaies.

Et c'était la révolution pour la chirurgie, l'aurore d'une ère triomphante, l'avènement de la méthode antiseptique en France. Il faut croire que l'heure en avait sonné à l'horloge du Temps, car Lister, de son côté, menait déjà la bataille en Écosse; déjà, comme Alphonse Guérin, Lister croyait que les septicémies nosocomiales ont pour origine les infiniment petits dont Pasteur dévoilait la puissance. Pasteur, après avoir montré leur rôle dans la fermentation, les suivait jusque dans les organismes vivants et prouvait le parasitisme dans la maladie des vers à soie; chez l'homme lui-même, la bactéridie charbonneuse était déclarée la cause de la pustule maligne. Donc, on connaissait maintenant l'ennemi, non pas qu'on l'eût vu directement dans les maladies qui compliquaient les plaies, mais on le dépistait à ses allures; on chercha des armes contre lui, et, pour le combattre, nous eûmes à la fois la méthode antiseptique de Lister, que Championnière nous apportait d'outre-Manche, et le pansement ouaté de Guérin.

Je me rappelle cette époque et notre stupeur indicible lorsque le bruit courut dans les hôpitaux que, dans son service de Saint-Louis, Alphonse Guérin avait obtenu 19 guérisons sur 34 opérés pansés à la ouate. Quoi! plus de la moitié auraient échappé à la mort! Mais c'était impossible! L'infection purulente était devenue pour nous une maladie fatale, nécessaire, attachée comme par un décret divin à tout acte chirurgical important. Pendant la guerre, après la Commune, elle frappait avec une telle rudesse que nos maîtres épouvantés arrivaient à douter de leur art. Trélat fuyait l'hôpital Saint-Louis après y avoir perdu tous ses blessés; Gosselin, Verneuil et Nélaton fermaient leurs salles; Broca déposait son bistouri. Et c'était à cette heure, si meurtrière que jamais on n'en avait vu de plus sombre, c'était à ce moment qu'Alphonse Guérin prétendait guérir des amputés de cuisse?

Et il les guérissait vraiment. Et, sous ce pansement merveilleux, nous pouvions voir cette chose mémorable : des réunions primitives, des cicatrisations de plaies sans inflammation et sans pus! Et pourtant, aujourd'hui, en évoquant cette époque avec nos connaissances actuelles et à la clarté de notre asepsie à peu près impeccable, nous nous étonnons parfois des succès obtenus alors par Alphonse Guérin : la théorie du pansement ouaté, telle que nous la trouvons exposée dans les remarquables travaux de son interne Hervey, repose, en effet, sur une idée en partie contestable. Pour Alphonse Guérin, les germes qui infectent les plaies proviennent de l'atmosphère; la ouate filtrerait l'air qui, purifié de ses micro-organismes, deviendrait alors sans action nocive sur les tissus ouverts. Mais nous savons, à cette heure, que l'air est à peu près innocent des méfaits, dont, avec Pasteur, le chargeaient Lister et Guérin, tandis que les instruments du chirurgien, ses mains, les pièces du pansement, la peau du blessé, dont on ne se défiait pas, sont les agents ordinaires des inoculations septiques. Or, leur nécessaire stérilisation n'est même pas mentionnée à l'origine de la méthode de Guérin.

Comment donc ce pansement, malgré ses lacunes, fut-il d'une telle efficacité? Pour plusieurs raisons de valeur inégale. En premier lieu, la ouate, d'un prix assez élevé, ne traînait pas sur les tables des amphithéâtres comme l'odieuse charpie toujours exposée dans une corbeille banale. Puis, ce pansement est un pansement sec, où les germes se développent moins facilement que dans les milieux humides; c'est aussi un pansement rare, et, comme tel, beaucoup moins exposé aux inoculations secondaires, si par bonheur la plaie, au moment de l'opération, avait échappé à l'infection primitive. Enfin, et surtout, c'est un pansement compressif; les lames ouatées entourant le membre, sont étroitement tassées par d'énergiques tours de bande, qui appliquent de force les tissus les uns contre les autres, comblent les anfractuosités et les dépressions, effacent les lacunes, les « espaces morts » où s'accumulent le sang et la sérosité, si favorables à la pullulation des microbes. Les germes, déposés dans les tissus par les mains et les instruments, sont dévorés par les phagocytes et, quand, au bout de trois semaines, on enlève le pansement, la cicatrisation est obtenue. Telles me paraissent les causes des merveilleux résultats de la méthode d'Alphonse Guérin.

VII

C'est à l'apogée de sa gloire, lorsque la valeur de son pansement était proclamée partout, que nous avons eu l'honneur de connaître Alphonse Guérin. Il fut, en 1878, le juge délégué par l'Académie de médecine à notre premier concours d'agrégation. C'était un homme vigoureux, un peu trapu peut-être, mais souple, malgré ses soixante-cinq ans. La chasse et les armes avaient conservé à ses muscles l'agilité et l'endurance. Sa figure rose, grasse et sans barbe, aurait semblé un peu enfantine, si elle n'eût été vivement relevée par un nez spirituel, aux ailes frémissantes, un menton volontaire, une bouche aux lèvres minces, toujours entr'ouvertes par un sourire ironique, des yeux d'un bleu profond, vagues et froids au premier abord, mais qui s'allumaient soudain et pétillaient de malice et de bonté. Ajoutons qu'il était chauve depuis sa jeunesse, et chauve à un rare degré. Il savait en rire au besoin. Un jour qu'il rencontrait son ami Gérôme, le grand artiste dont la France s'honore, il s'avance, se campe devant lui en indiquant d'un geste bref les cheveux du peintre qui, drus et rebelles, ont de la peine à ne pas envahir le front... « Eh quoi? Monsieur, serait-ce une critique? »

Son accueil était ouvert et charmant. Dans la conversation, sa parole, rapide et enjouée, semblait plus facile qu'à l'Académie, où sa phrase sortait toujours correcte, mais souvent un peu pénible; sa plume, au contraire, était alerte, élégante, ainsi qu'en témoigne sa notice sur Desault et ses éloges de Vidal de Cassis et d'Ulysse Trélat. Chatouilleux à l'excès sur le point d'honneur, il se battit maintes fois en duel. A moins de vingt ans, un jour, sur la place de Vannes, il lui sembla qu'un inconnu le toisait d'une façon inconvenante; il le souffleta comme entrée de jeu et lui remit sa carte; mais, étranger à la ville, cet adversaire ne connaissait personne, et ce fut Alphonse Guérin qui se chargea de lui procurer un témoin. Une fois sur le terrain, le souffleté fait des excuses au souffleteur, on se réconcilie et c'est encore Alphonse Guérin qui paie une place dans la diligence à son nouveau protégé, désireux de quitter Vannes. En 1878, pendant ses orageuses discussions avec Léon Le Fort sur l'infection purulente, on crut, à plusieurs reprises, que le colloque allait se terminer sur le pré.

Son cœur resta jeune et chaud. Son amour pour les bêtes était proverbial; dans ses lettres, il donne ou demande souvent, avec une touchante sollicitude, des nouvelles de ses chiens. Au retour de la chasse, après des journées trop fatigantes, il lui arriva de les charger sur ses épaules. Matta et Santé, que peignit Detaille, étaient presque de la famille, et un jour que Santé fut roulée par un chien aux allures douteuses, Alphonse Guérin ne craignit pas de l'amener à son ami Pasteur. La réponse du savant fut cruelle : « Le meilleur moyen de se garantir d'un chien mordu par une bête enragée, c'est encore de l'abattre. »

Le charmant écrivain, le romancier exquis, Gyp, qu'Alphonse Guérin a vu naître et qu'il chérissait d'une affection paternelle, nous en a tracé, dans une lettre inédite, un portrait qu'il y aurait forfaiture à ne pas reproduire ici : « C'est de tous mes amis, écrit-elle, celui que j'ai le plus aimé; il était, dans son enveloppe bourrue, le plus doux, le plus exquis des êtres et aussi le plus varié. Croyant comme un Breton et sceptique comme un Parisien, il n'aimait réellement que les enfants et les animaux; mais profondément humain et pitoyable, il savait être pour les hommes d'une bonté et d'une indulgence infinies. Jamais la pensée ne lui vint de se venger du mal qu'on lui faisait : il le pardonnait sans effort. Politiquement, il n'a jamais varié : républicain sous l'empire, il l'est resté sous la République, ce qui montre une conviction tenace. Depuis ces dernières années, sa nuance, jadis très modérée, se colorait un peu. Un jour, il m'a dit en riant : — « Vous finirez par me rendre anarchiste. » Je lui ai répondu : « Vous le seriez déjà si vous n'aviez pas peur de faire de la peine à votre ami Jules Simon. » Et c'était presque vrai, » ajoute la spirituelle comtesse de Martel de Mirabeau-Riquetti, à qui je laisse la responsabilité de ce hasardeux paradoxe.

Il aimait passionnément sa Bretagne et passait, chaque année, ses vacances dans son château du Frêne; il nous a raconté que là, il parlait souvent d'un voyage à Paris à un brave fermier, un ancien compagnon de jeux : « Toi, je t'emmène avec moi; je veux te montrer la capitale! » Ils partent, Alphonse Guérin loge son vieil ami chez lui, et, dès le lendemain, le conduit à la place de la Concorde; i voulait, du premier coup, éblouir son camarade par cette vue unique au monde : devant soi, les fontaines jaillissantes, les quais de la Seine et les palais qui la bordent, les ruines de la Cour des comptes, et le dôme étincelant des Invalides; à gauche, la masse imposante du Louvre, à peine voilée par les arbres des Tuileries; à droite, la superbe avenue des Champs-Élysées que couronne, au loin, l'Arc de Triomphe de l'Étoile, comme une apothéose dans la lumière ardente du couchant. Alphonse Guérin épiait la physionomie du fermier : celui-ci se retourne de tous côtés, regarde, regarde encore, et dit enfin, sans essayer de dissimuler l'étendue de sa déception : « Ah, c'est ça, Paris? Eh ben alors, si je nous coulions dans un café! »

Malgré les efforts de ses compatriotes pour l'y pousser, Alphonse Guérin ne voulut jamais entrer dans la politique militante. Pendant sa courte apparition au conseil général du Morbihan, où il représentait le canton de Mauron, ses amis le crurent dans l'engrenage et lui proposèrent une candidature au Sénat ou à la Chambre des députés. Alphonse Guérin ne céda point à leurs instances. Il lui semblait difficile de rester inflexiblement droit dans ce milieu parlementaire où les devoirs envers son parti voilent souvent le devoir envers sa conscience. Ces compromis où la délicatesse s'émousse dans une casuistique trop savante, répugnaient à son caractère entier; il ne voulait pas, même en spectateur, assister à ces luttes mesquines, à cette guerre de groupe à groupe, où l'on ne craint pas de recourir au dénigrement systématique, voire à la calomnie. Mais, il cueillit tous les honneurs que notre profession peut donner; il fut président de la Société de chirurgie, président de l'Académie de médecine, président désigné par le Congrès des chirurgiens français; il fut successivement promu aux grades de chevalier, d'officier et de commandeur de la Légion d'honneur; ses collègues le nommèrent, à plusieurs reprises, leur représentant au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Alphonse Guérin avait acquis une fortune importante, et, comme il était sans enfant, il en usa pour secourir bien des détresses. Vers la fin de sa vie, elle lui fut enlevée presque tout entière dans deux entreprises, dirigées, l'une et l'autre, par des hommes auxquels il était profondément attaché. Malgré la rudesse du coup, il ne laissa jamais entamer sa confiance en l'honnêteté de ses amis, qu'il défendit en toute occasion contre les clameurs de la foule. Réduire ses dépenses personnelles lui fut chose facile, car le luxe au milieu duquel il vivait, il le subit plutôt qu'il ne le désira. Mais il lui fallut parfois fermer sa main, jadis toujours ouverte, et, parmi ces nécessités douloureuses, une des plus cruelles fut de supprimer l'allocation que, depuis de longues années, il attribuait au maintien d'une chaire occupée par un ami dans une école de médecine de province.

Au demeurant, il supporta ce choc avec une admirable sérénité et sans paraître y rien perdre de sa vigueur intellectuelle et physique. Il resta vaillant, alerte et gai, et, lorsque, à cet âge de soixante-dix-huit ans, le sort le désigna comme juge de l'internat, ce concours si lassant qui, cette année-là, dura près de six mois, avec ses trois séances par semaine, de trois heures chacune, il accepta. — Un jour de février, en plein hiver, après une course à Vanves où il était allé voir un ami malade, il se rendit à l'Assistance publique; pour rentrer chez lui, il monta, peut-être par économie, sur l'impériale d'un omnibus. Il y prit une fluxion de poitrine sérieuse, dont ses amis espéraient pourtant le voir triompher. Mais un jour que les souffrances étaient trop vives, il voulut se pratiquer lui-même une piqûre de morphine : la dose était trop forte... il fut terrassé. Il quittait la vie sans regret, car, moins d'un mois avant, il écrivait à un ami de Vannes : « Ordinairement, on redoute la mort, moi je pense, avec un singulier sentiment de bonheur, que mon corps sera bientôt porté sous la lande du Cerisier où je dormirai du bon, de l'éternel sommeil, en terre de Bretagne! »

VIII

Tel fut Alphonse Guérin, telle fut sa vie simple, droite, généreuse et fière, et que marqua une découverte de génie. On se méfie avec raison du jugement des panégyristes. Ils ne se gênent guère pour promettre, à ceux dont ils sont chargés de raconter l'histoire, une immortalité qui ne leur coûte pas. Mais, aux poètes seuls, la postérité a donné le droit de parler en son nom, et nos arrêts risquent souvent d'être cassés. Ici, nous tentons hardiment l'aventure et j'ose le dire : Lorsque, à travers les temps, les historiens futurs écriront cette révolution prodigieuse qui fit, de la chirurgie meurtrière de jadis, la merveilleuse science d'aujourd'hui, ils auront à réunir, dans leur admiration et dans leur reconnaissance, ces trois noms pour nous à jamais inséparables : Pasteur, Lister et Alphonse Guérin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — JEUDI 14 ET SAMEDI 16 MAI 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 14 ET SAMEDI 16 MAI 1896. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La clinique et le bacille de Koch.

Par le docteur LERAY,
Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Parasitaire par nature, la tuberculose ne se développe, qu'autant que l'agent pathogène a rencontré une porte d'entrée (muqueuse respiratoire, digestive, génito-urinaire, surface cutanée), et aussi un milieu favorable à sa nutrition.

Envisageant d'une façon un peu générale cette question d'un intérêt si vaste, nous chercherons surtout à mettre en évidence la possibilité de faire un diagnostic suffisamment précoce, pour permettre d'instituer un traitement hâtif et, par là même, réellement efficace.

Nous diviserons ce travail en quatre paragraphes :

Dans le premier, établissant un parallèle entre la contagion et l'hérédité, nous voyons ressortir la prééminence du rôle de la contagion;

Dans le deuxième, nous voyons, d'après des statistiques, la fréquence de la tuberculose augmenter des campagnes dans les villes; augmenter dans les villes proportionnellement à la densité de la population, arrivant à causer chaque semaine, à Paris, de 250 à 300 décès, c'est-à-dire de 12 à 15000 morts chaque année.

Le troisième paragraphe est consacré à montrer, que, malgré ce grand nombre de décès, la tuberculose est parfaitement, et même, pourrait-on presque dire, facilement curable.

Dans le quatrième enfin, nous insistons sur ce fait, que la cause primordiale du succès réside surtout dans une intervention en temps utile, qu'on ne doit en conséquence ne négliger aucun moyen pour faire un diagnostic précoce. A la première atteinte du mal, alors que la maladie est encore latente, se dissimulant parfois sous des affections variées, deux symptômes permettent déjà de déceler l'affection : 1° la présence, dans les crachats, du bacille de Koch; ce qui constitue, sauf les cas où l'expectoration fait défaut, le meilleur et le plus précis des signes; 2° la rudesse de la respiration (symptômes pouvant se manifester indépendamment l'un de l'autre, et que l'on doit rechercher avec le même soin).

I

a. CONTAGION. — Les anciens, déjà, avaient admis la contagiosité de la phtisie. Galien, Morton, Valsalva, Franck, Van Swieten, Morgagni y croyaient à ce point qu'ils évitaient les autopsies des phtisiques, comme dangereuses et pouvant transmettre la maladie (1). Cette tradition séculaire fut presque universellement abandonnée, surtout sous l'impulsion du courant anti-contagionniste créé par Broussais, qui, à un moment donné, mettait même en doute la transmissibilité de la syphilis.

Laënnec, quoique peu favorable à la contagion, se prononce, cependant, à cet égard, avec sa prudence habituelle et recommande de prendre des précautions, « car, dit-il, il peut arriver qu'une maladie qui n'est pas habituellement contagieuse le devienne dans certaines circonstances ».

Andral partage à cet égard l'opinion de Laënnec.

Guéneau de Mussy, Michel Lévy, Gubler, Tholozan, croyaient à la contagiosité.

Villemin, enfin, vint démontrer qu'elle devait être contagieuse, puisqu'elle était infectieuse, transmissible par inoculation aux animaux.

Ce n'est qu'à dater de ce moment, que la question fut étudiée sérieusement : Hardy, Hérard, Hip. Martin, Daremberg, apportent des faits établissant la contagion.

« Y a-t-il, dit Musgrave Claye (2), une période de la maladie où celle-ci soit particulièrement transmissible à un individu sain? On peut répondre sans crainte d'être démenti par les faits, que dans la majorité des cas, c'est à une période avancée, que la contagiosité produit ses redoutables effets : on voit, en effet, dans presque toutes les observations, que c'est, ou pendant les derniers temps de la vie du malade, ou peu après sa mort, que le sujet primitivement sain commence à présenter des signes de tuberculisation. Mais cette règle n'est pas absolue : dans plusieurs cas, on a vu un individu, présentant uniquement des signes de début, communiquer néanmoins la maladie. »

La découverte du bacille par Koch, en 1882, vint donner une impulsion nouvelle aux investigations cliniques destinées à mettre en évidence la contagiosité de la maladie.

Debove (3) s'appliqua à mettre en évidence que la tuber-

(1) STRAUS. *La tuberculose et son bacille*, p. 141.
(2) Musgrave CLAYE. *Étude sur la contagiosité de la phtisie pulmonaire*, Th. de Paris, 1879, p. 99.
(3) DEBOVE. *Leçons sur la tuberculose pulmonaire*, 1884, p. 22.

culose est toujours contagieuse et parasitaire, et que nul ne devient tuberculeux, s'il ne reçoit de l'extérieur le germe de la maladie. Il insiste sur ce point que le séjour dans les hôpitaux, à cause du grand nombre de phtisiques qui existent dans les salles, est dangereux, et fait remarquer combien est grande la mortalité par phtisie chez les infirmiers. Trousseau, Charcot, Peter avaient déjà signalé la phtisie, comme maladie terminale chez les ataxiques, les épileptiques, les paraplégiques, les rhumatisants chroniques, condamnés à un séjour prolongé dans les hôpitaux. Laveran dans les hôpitaux militaires, Ollivier dans les hôpitaux d'enfants, Lombard, Cornet dans les couvents ont remarqué la fréquence des cas de contagion.

Des sociétés de médecine ouvrirent des enquêtes, sur cette question.

En 1883, l'Association médicale britannique conclut que, si la phtisie est une maladie transmissible, elle ne l'est qu'à la suite de rapports personnels extrêmement étroits, tels que ceux qui s'observent entre des sujets couchant dans le même lit, ou habitant la même pièce, ou vivant ensemble en grand nombre, dans un endroit fermé et mal ventilé (Straus).

L'année suivante, la Société de médecine de Berlin ouvrit une enquête analogue, et formula les mêmes conclusions.

La Société médicale des hôpitaux de Paris, sur 439 cas, relate 213 cas de contagion.

Ces faits, comme le dit justement Vallin (1), « peuvent prouver que la tuberculose n'est pas très contagieuse, mais on n'en peut nullement conclure que la contagion n'existe pas... Ce n'est pas par les faits négatifs que l'on peut espérer dissiper les doutes qui existent sur la réalité d'une contagion. Combien ne pourrait-on pas citer de personnes, qui ont été en contact, parfois intime, avec un enfant atteint de diphtérie et qui n'ont pas cependant contracté la maladie? Ce grand nombre de cas négatifs empêche-t-il d'affirmer la transmissibilité de la diphtérie? »

Jaccoud, au sujet de faits analogues, où la transmission, malgré des conditions en apparence favorables, ne s'était pas effectuée, s'exprimait dans le même sens : « Sans doute, dt-il, la transmission n'est pas constante, mais qu'importe ; est-il une maladie infectieuse qui soit constamment transmise, lorsque les conditions de transmissibilité sont présentes? Il n'en est pas une seule, et pourquoi exiger plus de l'infection tuberculeuse que de toute autre? La raison de cette inconstance dans les résultats, n'a rien de mystérieux, ni d'insaisissable ; c'est la diversité de l'état organique de l'individu contaminé. Je ne pense donc pas que les faits négatifs puissent prévaloir contre les faits positifs, qui tirent d'ailleurs de leur nombre, de leur netteté, de leur multiplicité, de leur origine, une incontestable valeur (2). »

Depuis que nous savons que la tuberculose est due à un bacille, il n'est pas douteux, dit Straus (3), que la maladie ne naisse constamment par le fait d'une infection extérieure, d'une contagion, en laissant de côté les tuberculoses congénitales, qui, du reste, appartiennent, elles aussi, à un mode spécial de contagion. Il s'en faut cependant, en ce qui concerne la pathologie humaine, que cette contagion puisse

(1) Vallin. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1886, p. 118.
(2) Jaccoud. *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris 1881, p. 94.
(3) Straus. Loc. cit., p. 464.

être mise en évidence, dans un grand nombre de cas, avec cette netteté schématique que certains pathologistes ont introduite un peu artificiellement dans ce problème éminemment complexe.

Ces difficultés tiennent à plusieurs raisons : d'abord, l'extrême fréquence de la maladie qui frappe le quart, et tue le sixième de l'espèce humaine, il en résulte que la filiation d'un cas donné est toujours difficile à établir ; puis, la longue durée de l'incubation de la phtisie pulmonaire, qui constitue aussi un élément gênant pour la filiation d'un cas donné.

Tout porte à croire que, contrairement à ce qui se passe dans les maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, choléra, diphtérie, fièvre éruptive), de longs mois peuvent s'écouler entre le moment où le bacille pénètre dans le poumon et celui où les premiers symptômes se manifestent. De sorte que, lorsque la phtisie vient à éclater, on se trouve en présence d'une infection, se perdant très loin dans le passé, et dont les conditions, par cela même, deviennent très difficiles à préciser.

b. Hérédité. — L'hérédité joue un grand rôle dans la question de la tuberculose. Laënnec (1) écrivait : « Si la question de la contagion peut être regardée comme fort douteuse relativement aux tubercules, il n'en est pas de même de celle de la prédisposition héréditaire. Une expérience trop habituelle prouve à tous les praticiens, que les enfants des phtisiques sont plus fréquemment attaqués de cette maladie, que les autres sujets. Cependant, il est à cet égard de nombreuses exceptions : on voit assez souvent des familles dans lesquelles un ou deux enfants seulement deviennent tuberculeux à chaque génération.

Les anciens, et Arétée en particulier, ont décrit avec soin cette constitution qui se reconnaît à la blancheur éclatante de la peau, à la rougeur vive des pommettes, à l'étroitesse de la poitrine, d'où la saillie des omoplates en forme d'ailes, et à la gracilité des membres et du tronc, quoique ces sujets aient un certain degré d'embonpoint graisseux et lymphatique. Mais il est certain que les sujets ainsi constitués ne forment que le plus petit nombre des phtisiques et que cette terrible maladie emporte fréquemment les hommes les plus robustes et les mieux constitués. »

Hérard, Cornil et Hanot considèrent comme héréditaire la phtisie frappant plusieurs frères et sœurs, alors que les parents avaient continué à se bien porter, ou avaient succombé à une autre affection. Ils pensent que, dans ces cas, « le fait du développement de la phtisie, chez plusieurs enfants de la même famille, placés souvent dans des conditions hygiéniques fort différentes, était l'indice à peu près certain d'une disposition semblable apportée en naissant, et transmise très probablement par les grands-parents, peut-être même par le père dont la diathèse était restée latente ». Comme le fait remarquer Straus (2), si on étend ainsi la notion de l'hérédité non seulement aux ascendants directs, mais aux grands-parents, et aux collatéraux, on s'expose à rencontrer l'hérédité presque dans tous les cas, alors qu'il s'agit d'une maladie aussi répandue que l'est la tuberculose.

Vallin, dans son rapport sur l'enquête ouverte par l'initiative de la Société médicale des hôpitaux, remarque que la

(1) Laennec. *Traité de l'auscultation médiate*, édit. de la Faculté de Paris, 1879, p. 425.
(2) Straus. Loc. cit., p. 501.

plupart des médecins, qui ont répondu, assignent un rôle prépondérant à l'hérédité dans l'étiologie de la tuberculose. Toutefois il pense, que ce que l'on impute à l'hérédité, n'est souvent que l'expression de la fréquence de la tuberculose, et parfois le fait de la contagion familiale.

Pour lui « la tuberculose héréditaire est d'ordinaire précoce, elle apparaît dans l'enfance, ou dans la jeunesse; la tuberculose tardive est le plus souvent acquise et le fait de la contagion ».

Virchow considère la tuberculose, comme une maladie de la vie extra-utérine, et si elle est héréditaire, ce qui ne peut pas être révoqué en doute, elle n'est pourtant pas congénitale. Elle n'est pas héréditaire en tant que maladie, mais en tant que disposition.

Villemin se demande si bon nombre de faits mis à l'actif de l'hérédité ne trouvent pas leur explication plus naturelle par la contagion. « Ces cas de tuberculose, observés sur plusieurs membres d'une même famille, semblent établir l'existence d'une aptitude morbide commune à ces membres, mais ils sont loin d'en fournir la preuve irrécusable. Ne faut-il compter pour rien la cohabitation, l'identité de circonstances de toutes sortes, et si l'idée de contagion a quelque fondement, la transmission plus ou moins directe du germe morbide d'un membre à un autre? En résumé, conclut-il, on ne peut faire jouer à l'hérédité, dans la phtisie, le même rôle que dans la syphilis. »

Étant donné, dit Cohneim, les cas positifs de tuberculose fœtale, on ne peut nier que la tuberculose ne puisse être héréditaire, mais pour lui, cette hérédité est une éventualité rare, et de toute façon, au point de vue étiologique, on doit la reléguer au deuxième plan, comparativement à l'infection extra-utérine.

Lorsque enfin le virus tuberculeux se trouva matérialisé sous la forme du bacille de Koch, l'interprétation de l'hérédité tuberculeuse entra dans une nouvelle phase. On était désormais armé pour l'étude précise et expérimentale de cette grave question, et l'on pouvait serrer de près le problème : l'hérédité, celle que l'on observe en clinique, consiste-t-elle dans la transmission du germe morbide, du microbe pathogène, des parents au fœtus, ou n'est-elle que la simple transmission d'une prédisposition à contracter la maladie, pouvant se manifester plus ou moins longtemps après la naissance?

Dans la pensée de Koch, l'hérédité de la tuberculose s'explique de la façon la plus simple, si l'on admet que ce n'est pas le germe infectieux lui-même, qui est transmis héréditairement, mais certaines particularités qui favorisent le développement du germe, mis ultérieurement en contact avec le corps du nouveau-né.

Ainsi donc l'on voit que les trois principaux fondateurs de la doctrine parasitaire de la tuberculose, Villemin, Cohneim, Koch, n'expliquent pas l'hérédité tuberculeuse par la transmission au fœtus du germe tuberculeux, émanant du père ou de la mère, comme cela s'observe pour le virus syphilitique, par exemple, dans la syphilis héréditaire. Selon Villemin et Cohneim, si la tuberculose s'observe plus fréquemment parmi les sujets issus de tuberculeux, que parmi les enfants de famille non tuberculeuse, cela tient simplement à ce que les premiers sont soumis à des occasions plus fréquentes d'infections.

Koch, avec de nombreux auteurs, admet qu'en plus, on doit attribuer une part importante à l'ensemble d'attributs anatomiques, chimiques et dynamiques transmis par hérédité, c'est ce qu'on a appelé l'hérédité de terrain, l'hérédo-prédisposition (Straus).

Avec Baumgarten, une seconde opinion entre en scène, qui s'efforce de faire rentrer l'hérédité tuberculeuse dans le cadre des infections congénitales; le bacille infecterait l'ovule directement avant la conception, ou au moment de la fécondation par le sperme du père, ou bien encore, et le plus souvent, il serait transmis de la mère au fœtus, par l'intermédiaire du sang maternel à travers le placenta. C'est la théorie de l'hérédité du germe lui-même, de l'hérédo-contagion.

Pour Baumgarten, la tuberculose héréditaire doit être assimilée à la syphilis héréditaire, qui, il est vrai, est le plus souvent congénitale, mais qui se manifeste aussi parfois longtemps après la naissance, sous la forme de syphilis héréditaire tardive.

Baumgarten a même singulièrement élargi la signification de la tuberculose congénitale, en ce sens qu'il la considère comme la cause de beaucoup la plus fréquente de la tuberculose en général, même des tuberculoses universellement considérées comme acquises. Pour lui, on a exagéré le rôle joué par les crachats desséchés, et la prédominance si grande de la localisation pulmonaire de la tuberculose ne démontrerait pas que le poumon soit, dans ce cas, la porte d'entrée de la maladie; elle prouverait seulement que le poumon est un organe de prédilection pour le développement du bacille. Vu le grand nombre de phtisiques et la profusion des crachats desséchés, tout le monde devrait devenir phtisique... Il nie la prédisposition.

La possibilité du long sommeil des germes tuberculeux dans un organisme infecté avant la naissance, le microbisme latent de Verneuil est un postulatum qui sert de base à la théorie de Baumgarten (Straus).

Il admet que les tissus des jeunes enfants présentent une plus grande résistance à l'infection que les tissus adultes.

Arloing, Cornevin et Thomas, Straus, Chamberland, Perroncito, Firket, etc., ont montré la possibilité du passage à travers le filtre placentaire pour un certain nombre de microbes; ceux du charbon symptomatique, du charbon, du vibrion septique, du choléra des poules.

Mais les cas de tuberculose congénitale non soumis à contrôle, sont bien rares dans la science : Rayer constate l'extrême rareté des lésions tuberculeuses chez le fœtus et le nouveau-né; Charrin, Berti, Merkel, Jacobi, Sabouraud, Lannelongue, Rindfleisch, etc., ont rapporté quelques cas isolés de tuberculose congénitale.

Il résulte de l'ensemble des données statistiques que la tuberculose est exceptionnellement rare dans les premiers mois (les trois premiers mois surtout), qui suivent la naissance, mais qu'elle est d'une fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le croyait communément dans la première enfance (de trois mois à deux ans), sans que cette période de la vie constitue celle où la mortalité par tuberculose atteigne son maximum. Et, ce qui prouve bien que bon nombre de ces tuberculoses, de la toute première enfance, ne sont pas d'origine congénitale, mais sont acquises, c'est qu'elles s'observent également chez des enfants issus de parents sains.

Expérimentalement, Landouzy et Hip. Martin, Koubassof ont constaté la tuberculisation de fœtus dans le sein de leur mère; ces faits doivent être considérés comme exceptionnels, car de nombreux auteurs, Grancher, Straus, Nocard,

Leyden, Wolff, Gartner, Sanchez Toledo, Vignal, etc., ayant répété ces expériences, n'ont obtenu que des résultats négatifs. Aussi adoptons-nous ces conclusions de Straus (1) : « L'infection fœtale, incontestable, mais tout à fait exceptionnelle, ne saurait être invoquée comme donnant la solution univoque du problème si complexe de l'hérédité de la phtisie ; encore moins peut-on revendiquer la part du lion dans l'étiologie entière de la maladie et considérer la plupart des cas de tuberculose, à quelque moment de la vie qu'ils se développent, comme étant, non pas des phtisies acquises, mais des phtisies congénitales tardives. L'infection pendant la vie extra-utérine est le mode ordinaire de beaucoup le plus fréquent, d'après lequel la maladie se propage et se perpétue. »

II

Fréquence de la tuberculose. Quelques statistiques. — La tuberculose règne actuellement dans presque toutes les régions du globe ; il n'existe pas d'immunité géographique pour cette maladie. Elle est de tous les climats, de toutes les latitudes, de toutes les altitudes.

Ce sont les conditions sociales, professionnelles et hygiéniques, qui interviennent surtout pour l'étiologie et la fréquence de la phtisie. Elle prédomine, là où il y a agglomération d'un nombre considérable d'habitants, sur un espace restreint ; cela ressort des différences existant au point de vue de la fréquence de la maladie, entre les populations nomades et les populations sédentaires, entre les grandes et les petites villes, entre les villes et les campagnes : en un mot, elle est proportionnelle à la densité de la population (Straus).

Tout le monde sait que ce sont surtout les ateliers encombrés, ceux notamment où s'exercent des professions n'exigeant qu'un faible exercice musculaire, qui fournissent le plus grand nombre de phtisiques.

Quant à l'exercice musculaire, il suffit, pour se convaincre de son importance, de voir, dans un même milieu, les ravages de la phtisie parmi les personnes qui exercent des professions sédentaires, et l'espèce d'immunité dont jouissent celles qui vivent au grand air, dans un mouvement presque continuel.

La race, au contraire, influe peu : tous les peuples vivant de la vie sauvage, de quelque race qu'ils soient, connaissent peu la phtisie, et si à notre contact ils sont plus exposés que nous, cela tient uniquement au changement d'habitudes, aux excès commis, à une position inférieure. La phtisie est donc une maladie de la civilisation.

La civilisation intervient, en effet, dans cette propagation toujours croissante de la tuberculose, de différentes manières : en favorisant les grandes agglomérations humaines et les rapports des hommes entre eux, elle aide à la dissémination des germes infectieux et multiplie les occasions de contagion ; en créant des industries malsaines et sédentaires dans des espaces confinés, loin du soleil et du grand air, elle rend les individus plus vulnérables et plus accessibles à la pénétration et au développement des bacilles ; les excès, l'alcoolisme, le surmenage agissent dans le même sens.

La civilisation, sans doute, intervient encore d'une autre façon : en permettant, à force de soins et de précautions, la survie à un grand nombre de sujets nés chétifs et de constitution faible, elle pratique ce que l'on a appelé une sélection à rebours, et élève des générations débilitées qui sont une proie toute prête pour la maladie (Straus).

(1) Straus. Loc. cit., p. 528.

Si l'on étudie la distribution géographique de la tuberculose à la surface de la terre, on trouvera d'abord cette première notion, que l'existence et la fréquence de la maladie sont indépendantes des climats.

« La répartition de la phtisie à la surface du globe, dit Hirsch, n'est, en somme, influencée que d'une manière tout à fait secondaire par les conditions climatériques. La maladie, toutes choses égales d'ailleurs sévit avec la même fréquence sous toutes les latitudes géographiques ; les pays équatoriaux et sous-tropicaux ne sont pas moins ravagés par la phtisie que les climats tempérés ou les climats arctiques... La fréquence variable de la maladie, dans des régions dont le climat est à peu près identique, tient à des conditions particulières qu'il est possible de déterminer.

L'opinion encore assez répandue de la prédominance de la phtisie dans les latitudes élevées, est aussi erronée que l'opinion inverse, émise plus récemment, d'après laquelle la phtisie serait surtout fréquente dans les climats chauds ou torrides. »

D'après Straus, l'immunité des pays d'altitudes élevées est plus apparente que réelle et tient bien plus au fait de la faible densité de la population que de l'altitude proprement dite. « Si l'on examine les statistiques de la mortalité par phtisie, recueillies par Muller pour la Suisse et par Corval dans le grand-duché de Bade, statistiques sans cesse invoquées comme probantes pour l'influence des altitudes, on s'assurera sans doute que, d'une façon générale, la phtisie devient plus rare dans les pays d'altitude ; mais, l'étude de la courbe de la mortalité par phtisie montre qu'elle se modèle complètement sur celle de la densité de la population et non pas sur celle de l'altitude. Les altitudes obéissent à la loi générale et on doit bien s'attendre à ce que la phtisie soit très rare dans une population très peu nombreuse, respirant un air pur et où les germes de la maladie font entièrement défaut, comme elle l'est également pour les nomades, les Kabyles, les Bédouins, quoique le steppe et le désert soient loin d'être des pays d'altitude (1). »

Comme le dit Germain Sée, quand les habitants des contrées élevées se trouvent agglomérés dans des espaces confinés, dans des ateliers comme à Youx, à la Chaux-de-Fonds, dans le Jura suisse, à 1100 mètres d'altitude, le nombre de phtisiques y est aussi considérable que dans les agglomérations ouvrières des plaines ; ces villes sont peuplées d'ouvriers horlogers qui travaillent dans des chambres étroites ou dans des ateliers.

L'augmentation de la phtisie dans les pays civilisés coïncide avec l'irrésistible mouvement qui, de plus en plus, entraîne la population des campagnes vers les villes ; d'où il résulte que les professions sédentaires se substituent aux professions agricoles s'exerçant en plein air.

Le relevé des causes de mort ne se fait pas encore d'une façon régulière dans nos campagnes ; mais, depuis quelques années, il se fait de plus en plus pour les localités urbaines de France. La statistique sanitaire pour l'année 1891 donne l'indication des décès par phtisie et autres manifestations

(1) Straus. Loc. cit., p. 477.

tuberculeuses, pour 662 de nos villes, statistiques que Lagneau a réunies dans le tableau suivant :

	POPULATION	NOMBRES ABSOLUS			NOMBRES PROPORTIONNELS sur 1 000 habit.		
		Décès par phtisie.	Décès par d'autres tuberculoses.	Décès par affections tuberculeuses.	Décès par phtisie.	Décès par d'autres tuberculoses	Décès par affections tuberculeuses.
Paris.	2424705	10287	1608	11895	4.24	0.66	4.90
11 villes ayant de 430000 à 100000 habitants.	2143380	6262	1535	7798	2.92	0.71	3.63
46 villes ayant de 100000 à 30000 habitants. .	2361244	5474	1764	7238	2.31	0.74	3.05
50 villes ayant de 30000 à 20000 habitants. .	1120019	2595	935	3530	2.12	0.76	2.88
127 villes ayant de 20000 à 10000 habitants. .	1799443	3682	1219	4701	2.04	0.67	2.71
332 villes ayant de 10000 à 5000 habitants. .	2274757	3773	1164	4937	1.65	0.51	2.16
95 ch.-l. d'arrond. ayant moins de 5000 habit.	330802	493	107	500	1.49	0.32	1.81

On voit, par ce tableau, que le chiffre des décès par tuberculose diminue dans les différents groupes de villes, proportionnellement à la diminution de la population, ayant son maximum à Paris, où sur 1000 habitants on constate 4,90 décès par tuberculose ; tandis qu'à l'autre extrémité du tableau, dans les chefs-lieux de moins de 5000 âmes, la mortalité annuelle par affection tuberculeuse n'est plus que de 1,81 p. 1000 habitants.

A Paris, d'après les statistiques de J. Bertillon, la fréquence moyenne des décès par phtisie pulmonaire est de 460 par 100000 habitants.

Ce chiffre est plus élevé qu'à Londres et dans beaucoup de capitales.

Il existe pour Paris, entre les divers arrondissements, des différences considérables, qui dépendent surtout du degré d'aisance des habitants. Ainsi le VIII[e] arrondissement (Élysée) ne compte que 173 décès annuels par phtisie sur 100000 vivants ; le IX[e] (Opéra), 263 ; le XVI[e] (Passy), 288, et ces chiffres relativement si faibles se retrouvent à peu près à toutes les périodes étudiées.

Au contraire, le XX[e] arrondissement (Ménilmontant), qui est le plus pauvre de Paris, compte 598 décès annuels par phtisie pour 100000 vivants, c'est-à-dire trois fois plus que l'Élysée ; le XI[e] (Popincourt), quartier ouvrier et très industriel, compte 542 décès ; le XIV[e] (Observatoire), 629 (Straus).

Marc d'Épine, à Genève, avait déjà constaté que la mortalité par phtisie entrait dans la proportion de 23 p. 100 dans la mortalité générale, pour la classe pauvre ; tandis qu'elle ne s'élevait qu'à 6,8 p. 100, pour la classe aisée.

Drysdale avait déjà fait la même constatation pour la ville de Londres.

A Paris, en plus de ces 10000 décès annuels par phtisie pulmonaire, on compte une moyenne de 2000 décès par affection tuberculeuse siégeant en dehors du poumon.

III

Curabilité de la phtisie. — Comme le dit de Backer (1), « si les journaux annonçaient aujourd'hui que pendant la semaine qui vient de s'écouler le choléra a emporté 250 personnes, la terreur se répandrait partout et des flots de liquides antiseptiques inonderaient la capitale. Or la statistique municipale accuse régulièrement chaque semaine, pour Paris, ces 250 morts par la tuberculose, et nul ne s'en effraie, nul ne fait un effort suprême pour enrayer cette épouvantable contagion, qui fait chaque année plus de ravages que le choléra et la peste en leurs retours périodiques, après trente ou quarante ans.

Il y a là une accoutumance lamentable à un fléau permanent, une incurie, qui nous fait marcher rapidement à la dépopulation, ce mal national qui menace la patrie française dans son essence même. »

Cependant, tout le monde le sait aujourd'hui, la tuberculose pulmonaire, ce fléau terrible, est parfaitement guérissable ; prise à son début, l'on peut dire que souvent, l'on pourrait dire même le plus souvent peut-être, elle guérit facilement.

Le développement de la maladie ne se fait, sauf exception, que très lentement et par poussées séparées par de longues périodes d'immobilité et de calme.

Laënnec, déjà, admettait qu'on ne meurt pas d'une première atteinte de phtisie et l'on connaît la fréquence des tubercules guéris observés dans les autopsies de vieillards (Déjerine) et dans les autopsies judiciaires (Brouardel).

Pour Grancher, la tuberculose à la première période guérit facilement, alors qu'au contraire des éclosions successives conduisent directement à la phtisie et à la mort.

Peter (1) distinguait la tuberculisation de la phtisie. Le tubercule est le produit et le témoignage d'une déchéance de l'organisme, la tuberculisation, le mode d'évolution de ce produit ; la phtisie est le résultat général et plus ou moins prochain de la tuberculisation, une sorte de cachexie organique, dont nous pouvons, dans un grand nombre de cas, retarder l'apparition et les progrès, alors que nous ne pouvons absolument rien contre le tubercule.

Pour lui, on ne devient pas malade, parce qu'on est tuberculeux, on devient tuberculeux, parce qu'on est déjà malade. La tuberculisation est possible quand la nutrition est viciée ; toute maladie qui épuise peut conduire à la tuberculose.

Il constate la lenteur de la marche de la tuberculose chez les vieillards.

« Que de gens du monde, dit-il, tuberculeux, mais non phtisiques, qui vivent indéfiniment, en effet, avec leurs tubercules et sont tenus seulement pour valétudinaires ou des personnes délicates !

Les formes observées en ville sont, d'une façon générale, moins graves que celles étudiées dans les hôpitaux et qui ont servi de type à la maladie ; les premières sont parfaitement curables en veillant à l'intégrité des fonctions digestives et en combattant les incidents fébriles possibles. »

Et comme conclusion : « En fait, dit-il, et ceci n'est pas un paradoxe, le tubercule a une tendance naturelle à guérir sur place : 1° il guérit par ramollissement et expulsion, mais dans ce cas, il y a dommage pour le poumon qui est troué, mais peut se cicatriser ; 2° par passage à l'état fibreux ; 3° par passage à l'état crétacé ; et dans chacun de ces deux derniers états, il reste inerte pour le poumon qu'il est désormais dans l'impuissance d'offenser. »

(1) De Backer. *Institution des sanatoria de France pour la cure des phtisiques*, Paris 1895.

(1) Peter. *Tuberculeux et phtisiques*, Paris 1879.

Grancher (1) a bien montré la double tendance du tubercule : d'une part la tendance au ramollissement, à la caséification, c'est l'extension de la maladie, la formation de cavernes, la marche à peu près fatale vers la phtisie et la mort ; d'autre part, le passage à l'état fibreux, c'est la cicatrisation, la guérison.

« De la prédominance du travail de sclérose sur le travail de caséification dépend l'avenir de la phtisie. Si la sclérose l'emporte, la tuberculose reste locale et peut être arrêtée définitivement dans sa marche. C'est ainsi que les choses se passent souvent dans les phases initiales de la tuberculose pulmonaire et les autopsies démontrent surabondamment la possibilité de cet arrêt dans l'infection bacillaire. Le processus curateur a d'autant plus de chances d'amener le retour de l'organe atteint à son intégrité fonctionnelle, qu'il apparaît plus près du début du mal et qu'il porte sur des lésions moins étendues, mais le malade peut encore bénéficier de ce travail réparateur à des périodes plus avancées.

Plus on avance dans la phtisie, plus l'arrêt devient précaire, moins le rétablissement de la fonction est parfait et moins la guérison est complète. Si les tubercules à la période de germination ou de conglomération deviennent souvent fibreux ou fibro-crétacés, incapables de nuire, les tubercules en voie de ramollissement guérissent beaucoup plus difficilement. Les craquements humides marquent en général une étape nouvelle dans l'évolution de la phtisie. La lésion, malgré les chances qu'elle a pour s'étendre, peut encore se limiter. Elle s'entoure alors d'une zone scléreuse, véritable barrière cicatricielle qui protège le poumon et l'organisme contre de nouvelles invasions bacillaires. Dans ces conditions, le malade peut vivre avec des lésions guéries ou mises hors d'état de nuire, tant que d'autres foyers ne se forment pas à côté du premier et ne propagent pas l'infection tuberculeuse. Ce travail d'isolement et de protection se produit même autour des cavernes. On voit des sujets qui vivent un temps très long avec une caverne, sans que cette excavation révèle son existence par aucun signe de consomption ; il est des cavernes qui se rétractent, qui se comblent et qui finissent par disparaître presque complètement sous l'influence de l'évolution fibreuse du tissu ambiant.

C'est là une guérison rare, mais possible, dont les auteurs ont cité des exemples absolument probants. Les tubercules pulmonaires peuvent donc guérir à toutes les périodes de leur évolution ; il n'est pas dans leur essence d'être irrévocablement et fatalement mortels ; leur gravité ne dépend que de la facilité avec laquelle les bacilles, une fois qu'ils ont pris pied dans les tissus, se propagent aux parties voisines et de l'insuffisance des moyens de protection que l'organisme oppose à leur invasion. »

Nous voyons, à propos de l'hémoptysie dans la tuberculose, combien le professeur Germain Sée (2) considère comme fréquente la guérison de la phtisie à son début.

« Si l'hémoptysie chez l'homme, dit-il, est synonyme de phtisie, comme l'ont établi Louis et Grisolle, il n'en est pas moins vrai, et nous considérons cette vérité comme absolue, comme constante en même temps, que toute tuberculeuse qu'elle est, l'hémoptysie, et par conséquent la phtisie hémoptoïque, non seulement peut s'arrêter, mais se guérit bien souvent, plus souvent même qu'on ne pense.

(1) Grancher. *Maladies des voies respiratoires*, 1890.
(2) G. Sée. *Phtisie bacillaire*, 1884.

Qui de nous ne connaît des condisciples ou des clients, qui ont dans leur jeunesse, craché le sang à pleine cuvette à plusieurs reprises, pendant des mois et des années, et qui se trouvent au bout de vingt, trente et même quarante ans, complètement et j'ajouterai définitivement guéris ? Il y a de cette donnée qu'on peut appeler humanitaire une double raison : les tubercules, au lieu de progresser vers la caséification, subissent la transformation fibreuse dès le début, c'est-à-dire quand ils ne sont encore qu'à l'état granuleux ; cette métamorphose, c'est la guérison.

D'autre part, le bacille se localise plus souvent qu'on ne pense, il s'entoure de néoplasmes qui ne peuvent pas infecter l'économie, tant qu'il n'y a pas une multiplication réitérée persistante des parasites. Si donc nous constatons les bacilles dans ces cas, et nous les retrouvons presque toujours, ce qui prouve la nature parasitaire et par conséquent tuberculeuse de l'hémoptysie, ce ne sera pas une condamnation : le mal, c'est-à-dire le bacille, s'arrête dans son évolution. Aussi, de ce que les malades guérissent de l'hémoptysie, je ne vois là aucun argument plausible pour la baptiser du nom d'arthritique ; que le crachement de sang arrive chez un goutteux ou chez un individu de race pure, il n'en est pas moins bacillaire et pas moins curable. C'est cette curabilité fréquente et absolue qui avait trompé Andral, Hérard, Cornil et, en dernier lieu, Huchard, qui rejettent l'origine tuberculeuse de ces hémoptysies. »

Daremberg distingue la guérison apparente de la guérison absolue. « Nous n'attacherons aucune importance à la guérison apparente. Si un malade, malgré un excellent état général, malgré un parfait état local, rend encore de temps en temps un ou deux crachats renfermant de très rares bacilles et cela pendant plusieurs années, il n'est pas guéri, il est à la merci d'une imprudence, d'un excès de fatigue, d'un effort violent qui amène une hémoptysie, une rechute.

Je crois qu'on peut déclarer guéri un ancien tuberculeux qui, pendant dix ans, a repris ses occupations sans avoir un crachement de sang, un accès de fièvre imputable à une poussée tuberculeuse, un crachement bacillaire.

S'il a résisté pendant dix ans à quelques bacilles perdus dans son poumon et probablement morts, car, comme l'ont démontré Straus et Gamaleïa, les bacilles même morts sont encore capables de déterminer des lésions tuberculeuses, il n'y a aucune raison pour qu'il redevienne phtisique s'il ne se replace pas dans les conditions où il a subi la première atteinte.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le bacille tuberculeux est incapable d'infecter tous les organismes humains, que l'homme est relativement réfractaire à l'infection tuberculeuse, qu'il importe de considérer la virulence comme l'expression des modalités diverses de la vie des microbes, sans cesse influencées par les qualités physico-chimiques essentiellement changeantes des milieux organiques.

Le médecin sait que le bacille tuberculeux ne prospère que sur les terrains qui lui sont favorables, qu'il ne suffit pas d'un microbe pour faire un tuberculeux, et qu'à côté des maladies, il y a des malades qui moulent la matière morbide, suivant leurs dispositions héréditaires ou acquises.

La phtisie est curable par la nature ; l'art du médecin doit donc agir dans le sens de la nature et l'aider quand elle marche dans la voie de la guérison. »

Malgré tout, ces guérisons, pour beaucoup d'auteurs, passent encore pour rares ; aussi ne sommes-nous pas surpris de

lire dans le *Dictionnaire Dechambre*, à l'article PHTISIE : « Si l'incurabilité de la phtisie est démentie par l'anatomie pathologique, il n'en reste pas moins absolument vrai pour les cliniciens, que la phtisie qui guérit est l'exception, tandis que celle qui tue est la règle. »

A quoi tient cette prétendue rareté des guérisons, sinon à ce que le diagnostic n'est fait malheureusement que tardivement, alors que les lésions sont déjà assez avancées pour que, du fait même de leur étendue, elles agissent sur l'économie entière ?

S'il est vrai, en effet, que le plus souvent on ne devienne tuberculeux que parce que l'on est déjà malade, il faut reconnaître qu'une fois que les lésions ont pris un certain développement, elles deviennent une cause réelle de dépérissement, tant par les toxines sécrétées que par la gêne qu'elles apportent au fonctionnement des divers systèmes, diminuant le champ de l'hématose, gênant la circulation générale.

IV

DIAGNOSTIC PRÉCOCE : a. *Symptômes cliniques*. — Aussi, un diagnostic précoce est-il le but vers lequel tendra le médecin, c'est la condition la plus sûre de salut; l'intervention devant être, en général, d'autant plus efficace qu'elle sera plus hâtive [Hanot (1)].

La lumière n'est faite par le médecin le plus souvent qu'à l'apparition des craquements. Comme le dit Grancher, beaucoup de médecins les attendent, les guettent l'arme au pied, pendant des semaines et des mois. Il est bien temps, en vérité, de commencer le traitement, car s'il est vrai que les guérisons sont fréquentes lorsque les lésions sont très limitées, à la première période classique, à l'apparition des craquements, le malade a déjà au moins la moitié du lobe supérieur du poumon envahi par les tubercules.

Laissons de côté les tuberculoses pulmonaires qui se développent au cours des maladies chroniques : ataxie locomotrice, sclérose en plaques, paralysie agitante, rhumatisme noueux progressif, cancer de l'estomac, diabète, rétrécissement mitral, etc., et qui ne sont que l'incident de clôture, le petit coup qui précipite l'effondrement final.

Nous nous occuperons seulement de la phtisie pulmonaire commune, celle qui entre d'ordinaire en scène sans s'être annoncée bruyamment, en pleine santé apparente. Il faut souvent fouiller l'organisme d'un œil exercé et méfiant, pour la distinguer s'avançant petit à petit ou se glissant parfois sous le masque d'une autre maladie. C'est le moment où il est encore possible d'empêcher le processus d'aller plus loin.

Avant la découverte du bacille de Koch, le diagnostic ferme du début de la phtisie était encore plus difficile, parce qu'il était subordonné soit uniquement à des signes locaux, quelquefois à peu près imperceptibles, soit à ces signes combinés à d'autres physiques ou fonctionnels irrégulièrement éparpillés à distance, moins directs.

On s'en référait donc aux seuls signes physiques et fonctionnels. Or les premières constatations de cet ordre sont, la plupart, peu précises ou obscures, cachées ou déguisées; il faut regarder de très près et ramasser tous les détails.

Après enquête sur les antécédents, tant héréditaires que personnels, on interrogera les symptômes physiques.

Le rapport entre les signes physiques, donnant la mesure plus ou moins exacte de l'étendue et de la profondeur des lésions, et les signes subjectifs ou fonctionnels, offrent constamment des désaccords très déconcertants. Les particularités de cette discordance, qui se manifeste, d'ailleurs, pendant tout le cours de la phtisie, mais jamais peut-être au même degré qu'au commencement, se résument dans les deux propositions suivantes :

1° Tantôt, à peu de lésions ou du moins à peu de signes objectifs, correspondent beaucoup de réactions symptomatiques subjectives ou fonctionnelles;

2° Tantôt, à beaucoup de lésions correspondent peu de réactions symptomatiques subjectives ou fonctionnelles (Hanot).

Dès le début, dit Grisolle, l'amaigrissement peut être extrême, il devient comparable à celui produit par le cancer de l'estomac et doit toujours donner l'éveil au médecin.

Les troubles fonctionnels exprimés alors par le système nerveux ne sont pas moins dissemblables : ici nuls ou presque nuls, là diffus et profonds.

A côté du brisement des membres, des douleurs de la nuque déjà connues d'Arétée, des sensations pénibles dans les muscles du thorax, réveillées par la percussion, on note de véritables névralgies intercostales (Beau), des névralgies sciatiques (Peter); on note aussi de la dyspnée, quelquefois pseudo-asthmatique, indépendante de lésions suffisantes pour l'expliquer et des palpitations qui ne se rattachent pas à une anémie concomitante (Hanot).

L'accélération du pouls est habituelle; subordonnée d'ordinaire à l'état fébrile, elle en serait parfois, pour certains auteurs, complètement indépendante et devrait être considérée comme un accident de nature réflexe au même titre que les palpitations.

D'ordinaire, la toux du début est peu marquée, sans caractère particulier. Quelques malades semblent ne pas s'en apercevoir et disent ne pas tousser. On dirait aussi que vaguement inquiets, ils redoutent de reconnaître ce symptôme menaçant, le dissimulent et finissent même, en se suggestionnant ainsi en quelque sorte, par l'oublier.

Chez les individus nerveux, la toux est incessante, spasmodique, coqueluchoïde, en dehors de toute adénopathie trachéo-bronchique. Il arrive qu'elle s'accompagne de vomissements à chaque effort de toux, comme Bourdon l'a signalé le premier, il y a longtemps; la toux est émétisante, suivant l'expression de Pidoux.

L'intelligence se modifie elle-même : Morel et Marie ont observé alors l'hypocondrie, la mélancolie. La neurasthénie est fréquente; chez les femmes, éclot même une véritable hystérie, hystérie infectieuse qui rend compte des anesthésies et de ces hyperesthésies que l'on constate à la percussion des parois thoraciques.

Daremberg a constaté des troubles intellectuels, sans explication apparente, chez des individus qui sont devenus plus tard tuberculeux; dans ces cas, la tuberculose s'est rapidement accompagnée de tuberculose encéphalique méningée.

Chez les jeunes femmes et jeunes filles, l'on remarque un état d'affaiblissement particulier, en disproportion apparente avec l'état local, caractérisé non plus par une fébricachexie, une diathèse nerveuse, mais par une pseudo-chlorose qui diffère de la vraie chlorose par l'absence du bruit de diable dans les vaisseaux du cou et aussi par le chiffre de

(1) HANOT. Début de la phtisie pulmonaire, *Semaine méd.*, oct. 1895, p. 430 et suiv.

l'hémoglobine qui, dans la chlorose vraie, tombe à 7 et 4 p. 100, tandis qu'il ne s'abaisse pas au-dessous de 9 p. 100 dans la chloro-anémie tuberculeuse.

Selon le professeur Hayem, dans l'anémie tuberculeuse, la valeur globulaire baisse, mais beaucoup moins que dans la chlorose; elle est, en moyenne, chez la femme, de 0,75 au lieu de 0,50 qu'on trouve dans cette dernière maladie; chez l'homme, elle est encore plus élevée. De plus, la tuberculose en voie d'évolution s'accompagne toujours d'une certaine leucocytose, qui est nulle dans la chlorose.

Espinosa y Capo décrit également cette anémie tuberculeuse : pour lui, semblable à la phase prodromique des maladies aiguës, elle peut, dans un temps suffisamment antérieur aux premiers phénomènes, reconnus par tous comme particuliers aux tubercules, mettre sur la voie d'un diagnostic précoce et permettre de tenter, avec un succès presque certain, un traitement plus ou moins pathogénique, par lequel on évitera les conséquences d'une tuberculose déclarée.

La suppression des règles chez la femme est aussi un symptôme fréquemment constaté.

Quelquefois, ce sont des troubles gastriques qui paraissent les premiers, précédant de longtemps les troubles respiratoires; quelquefois la maladie débute par une pleurésie (Landouzy).

Mais de tous les accidents précurseurs qui éclatent en pleine santé, le plus fréquent et le plus significatif est l'hémoptysie (Hanot). Certes toute hémoptysie n'est pas tuberculeuse, mais l'on ne devra l'attribuer à une cause étrangère à la tuberculose, que dans le cas où l'examen bactériologique du sang ou des crachats muco-sanguinolents qui suivent aura été négatif.

Les hémoptysies ayant une origine étrangère à la tuberculose, sont si rares, si exceptionnelles, beaucoup d'entre elles sont elles-mêmes si suspectes d'origine néoplasique, qu'en thèse générale il est permis de dire que la plupart des hémoptysies tant soit peu abondantes et durables se rattachent plus ou moins immédiatement à la tuberculose (Widal).

Pour Peter, étant donné une hémoptysie qui n'est pas supplémentaire ou hémophilique, le problème est de savoir si elle dérive de la tuberculisation pulmonaire ou d'une affection du cœur. Or, s'il n'existe aucun souffle organique au cœur, et bien qu'on n'entende rien d'anormal au poumon, l'hémoptysie est vraisemblablement d'origine tuberculeuse. Les hémoptysies arthritiques de M. Huchard ne semblent pas suffisamment démontrées, les caractères qu'invoque cet auteur (apparition brusque, abondance de l'hémoptysie, conservation de la santé générale) ne semblent pas d'une bien grande valeur, car il est quantité d'hémoptysies tuberculeuses présentant ces caractères, qui ne font pas maigrir non plus les malades, et qui guérissent temporairement ou même définitivement parce que le tubercule qui leur a donné naissance a avorté ou s'est transformé en tissu inoffensif (Widal).

G. Sée partage aussi cette opinion : si les malades guérissent de l'hémoptysie, il ne voit aucun argument plausible pour baptiser cette hémoptysie du nom d'arthritique.

Pour Grancher, hémoptysie et bacilles ne sont pas en général des symptômes précoces; pour lui, la sonorité diminuée, la submatité et l'accroissement des vibrations, précèdent les bacilles dans les crachats; et il insiste d'une façon toute particulière sur le caractère *rude et grave* que revêt la respiration au début de la tuberculose pulmonaire; ce symptôme ne revêtant de l'importance qu'autant qu'il est localisé en un point du poumon, particulièrement au sommet; c'est une congestion pulmonaire ou une bronchite localisée, ce qui est rare en dehors de la tuberculose.

b. *Les bacilles dans les crachats.* — Nous venons de voir une bien longue énumération de symptômes, pouvant marquer le début de la phtisie : leur grand nombre et la valeur toute relative que l'on doit accorder à chacun d'eux, montrent combien le diagnostic du début de la phtisie est difficile à poser; combien ces signes locaux, quelquefois à peu près imperceptibles, seuls ou combinés à d'autres signes physiques ou fonctionnels, irrégulièrement éparpillés à distance, doivent permettre rarement d'affirmer le début du mal.

Aussi, quand parut, en avril 1882, la fameuse communication où Koch établissait que chez tous les tuberculeux se retrouvait le bacille, qu'il décrivait comme caractéristique de l'affection, de nombreux chercheurs se mirent à l'œuvre, et l'on put croire un instant que la vieille clinique avait vécu, que la découverte de Koch supprimait celle de Laënnec, que le microscope remplacerait les autres modes d'investigation.

Les premiers résultats publiés ne furent pas absolument concordants : les uns avec Pribame, Guttman, annonçaient qu'on ne rencontrait pas toujours les bacilles dans des cas où cependant l'affection n'était pas douteuse; et que dans les cas douteux, où des lésions pulmonaires, autres que celles de la tuberculose, marquaient les signes de cette affection, on ne trouvait pas non plus les bacilles. Les autres, et ce fut la majorité, Balmer et Fraentzel, Ziehl, Detwiller et Meissen, Lichteim trouvaient toujours le bacille dans les cas de tuberculose confirmée et concluaient avec Wobly, que « la découverte des bacilles dans les crachats est une preuve certaine de phtisie, même si les signes objectifs manquent; que l'absence des bacilles ne prouve pas l'absence de tuberculose, et que le nombre des bacilles n'a aucune signification pronostique ».

Du reste, Koch eut facilement raison de ses quelques détracteurs, et dans une note restée célèbre par sa vivacité, il démontra que, s'ils n'avaient pas trouvé les bacilles, c'est qu'ils n'avaient pas su les chercher.

En 1883, Hiller publiait trois observations, où l'on avait constaté la présence des bacilles, alors qu'aucun signe ne pouvait faire prévoir la tuberculose.

Dans sa thèse (1883), Sauvage préconise l'avantage de cette méthode pour le diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire, et cite un certain nombre d'observations où il put constater la présence des bacilles, dès la première période de l'affection.

Cochez, en 1884, constate la présence de bacilles dans des crachats purulents succédant à l'hémoptysie, alors qu'aucun autre symptôme clinique n'indiquait la véritable cause de l'hémoptysie.

Le professeur G. Sée présente des observations de malades, ayant eu des hémoptysies, sans symptômes auscultatoires, et chez lesquels, quelques jours plus tard, on put reconnaître la présence des bacilles.

Il cite encore quelques observations où les bacilles furent trouvés, sans symptômes pulmonaires : ainsi dans un cas de simple dépérissement avec fièvre, et plusieurs cas de bronchites considérées comme vulgaires et reconnues bacillaires; aussi conclut-il également à la supériorité de cette

méthode, qui, dit-il, ne se contente pas du modeste rôle de compléter le diagnostic, ce qui n'est rien, mais qui permet d'établir le diagnostic d'une manière immédiate, ce qui est toute la préoccupation du médecin, tout l'avenir du malade.

Morault (1893) relate quelques cas d'hémoptysie, pour lesquels ce fut le microscope qui décida de la nature; puis l'observation d'une jeune fille, anémique, sans symptômes pulmonaires, ne rendant que quelques très rares crachats. Bien qu'examinée par les premiers praticiens de Paris, le diagnostic était resté douteux; nous eûmes l'occasion d'analyser les crachats très difficilement obtenus, et nous y trouvâmes des bacilles en très grande quantité : du reste, la maladie fit de rapides progrès et la mort survint huit ou dix mois après cette constatation.

Dans la thèse de Taburet (1894), nous relevons des observations d'hémoptysie, pour lesquelles la présence des bacilles dans les crachats fut décelée avant l'apparition des symptômes cliniques.

Le professeur Grancher cite également des cas dans lesquels il put trouver des bacilles, en même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes cliniques, c'est-à-dire la rudesse et la diminution du murmure respiratoire.

Dans une clinique publiée en octobre 1895, le professeur Hanot (1) relate quelques observations dont il nous avait confié l'analyse bactériologique, où ce fut le microscope qui permit de révéler la nature vraie de l'affection.

C'est d'abord le cas d'une jeune femme de vingt ans, sans hérédité tuberculeuse, grande, fortement musclée, haute en couleur, entrée à l'hôpital avec les symptômes de spléno-pneumonie. Dans les premiers examens des crachats, nous n'avions trouvé que des pneumocoques, streptocoques et staphylocoques; six semaines après le début brusque de l'affection, les signes physiques, la fièvre, l'expectoration étaient restés sensiblement les mêmes, seulement la malade avait notablement pâli et maigri. Le professeur Hanot suspectant la tuberculose, nous fîmes de nouveau l'examen des crachats et nous y trouvâmes des bacilles de Koch. La maladie, du reste, suivit une marche rapide; après quelques mois passés à la campagne chez elle, la malade revint à l'hôpital, vieillie, décharnée, et mourait six mois après sa première entrée.

C'est encore l'histoire d'un étudiant préparant l'internat, enrhumé, dit-il, depuis un mois, qui se sent faible et a maigri, qui nous demande d'examiner avec lui ses crachats. Nous y trouvons des bacilles. L'examen de la poitrine, fait par le professeur Hanot, reste négatif; néanmoins on conseille le séjour et le repos à la campagne, et environ trois semaines après cette constatation, deux ou trois hémoptysies viennent confirmer le diagnostic fait par le microscope.

Dans la même clinique, nous voyons aussi cité le cas d'un alcoolique de quarante ans, entré pour une hémoptysie assez abondante, chez lequel nous rencontrons des bacilles, alors que le malade ne présentait qu'une légère submatité sur la clavicule.

La prétendue rareté d'observations semblables, qui démontrent pourtant de quelle aide puissante serait souvent l'emploi du microscope, ne tient, à notre avis, qu'à ce fait que trop rarement les recherches sont poussées dans cette direction, et que, comme le disait Koch, souvent l'on a affaire à des observateurs inexpérimentés.

(1) Hanot. Loc. cit., p. 440 et suiv.

Voyons, en effet, ce qu'en pensent les auteurs les plus autorisés en la question.

Pour Grancher, la tuberculose pulmonaire est toujours très difficile à diagnostiquer dans sa période initiale : dans la forme pneumonique, à ramollissement très rapide, on peut trouver des bacilles, lorsque le diagnostic fondé sur les signes physiques est encore douteux. Il en est de même quand la tuberculose débute par une hémoptysie ou se cache sous les traits d'une bronchite diffuse, avec ou sans emphysème. Alors la présence des bacilles est le meilleur de tous les signes.

D'autre part, nous lisons dans Mackenzie (1) : « Koch, en découvrant le microbe pathogène de la tuberculose, dans l'expectoration, a rendu l'examen des crachats indispensable au médecin. Cette analyse prend rang dans la clinique à côté de la percussion et de l'auscultation. Elle est certainement plus importante que les signes physiques seuls; ces derniers ne fournissent que des présomptions, ils peuvent induire en erreur. S'ils ne sont pas contrôlés par le microscope, ils n'offrent pas la précision qu'on doit attendre de la médecine clinique.

Les auteurs admettent, avec une telle unanimité, qu'on ne trouve pas dans les crachats le bacille de Koch en dehors de la tuberculose, que ce fait est érigé en axiome.

Les résultats négatifs, même entourés de certaines restrictions, sont très démonstratifs, mais en revanche très difficiles à obtenir. Pour tirer une conclusion exacte d'une observation négative, il faut que les examens aient été répétés par des observateurs soigneux et expérimentés.

On peut ne pas trouver de bacilles parce qu'ils n'existent pas, mais aussi parce que les préparations ont été défectueuses, ou bien encore parce qu'on n'est pas familiarisé avec les règles qui régissent la présence des bacilles dans les crachats. Il est rare, lorsque les poumons renferment des bacilles, qu'avec des examens bien faits et répétés, on n'arrive pas à en trouver dans les crachats. C'est là un fait d'observation qui ne souffre guère d'observation que dans la phtisie fibreuse.

L'absence des bacilles permet d'établir le diagnostic des maladies non tuberculeuses, résultat auquel, dans la plupart des cas, il eût été impossible d'arriver à l'aide des symptômes et des signes physiques seuls.

En résumé, dans toute maladie pulmonaire non tuberculeuse, l'expectoration ne contient jamais de bacilles, c'est là une règle sans exception; de même que les bacilles existent toujours dans la phtisie au début. Il ne faut pas perdre de vue, cependant, que, dans certains cas, il sera impossible de fixer la date de l'apparition des bacilles, c'est lorsque l'expectoration manque : l'examen clinique ne pourra alors les déceler, bien qu'ils existent dans les poumons. »

Aussi, il conclut que le bacille apparaît dans les crachats à des périodes où il est le plus sûr et presque le seul élément de diagnostic; de plus, il est le critérium de la tuberculose.

Nous avons vu que G. Sée considère ce moyen comme tellement précieux, que pour lui il précède souvent l'apparition des autres symptômes de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Dans certains cas, il est certain que cette recherche sera délicate et difficile; mais l'auscultation ne présente-t-elle

(1) Hunter, Mackenzie. *Le crachat*, traduit de l'anglais par L.-H. Petit, Paris 1888.

pas sa bonne part de difficultés, et quand il s'agit de signes d'une aussi excessive finesse, le praticien risquera souvent de passer à côté.

C'est ainsi que nous lisons dans Grancher (1) : « L'auscultation est chose délicate et difficile », et il relate un certain nombre d'observations de malades, amenés à lui par des confrères, et pour lesquels le diagnostic n'avait pas été fait en temps utile.

« La recherche par l'auscultation de l'état du parenchyme lui-même est parfois négative pour beaucoup d'entre nous, à cause de la ténuité des signes à percevoir, et aussi parce qu'elle est gênée par la présence de râles sibilants et ronflants, et par des signes d'emphysème aigu vicariant » (Hanot).

Quant aux recherches du bacille, voyons ce qu'en pense le maître si éminent en cette question, le professeur Straus : « Il est bien entendu que cette recherche est faite en pleine connaissance de cause par une personne habituée à ces sortes d'examens et qui ne soit pas exposée, d'une part, à prendre pour des bacilles de la tuberculose, des objets (bacilles étrangers, cristaux de matière colorante, etc.), qui les simulent plus ou moins grossièrement; et d'autre part, à laisser passer inaperçus les bacilles tuberculeux qui pourraient exister, même en très petit nombre, dans les préparations. Il arrive souvent que des commençants méconnaissent la présence des bacilles dans les crachats qui, colorés et examinés par un observateur exercé, se révèlent au contraire riches en bacilles. La première des conditions requises est donc la connaissance technique de celui qui se livre à ces investigations et qui ne s'acquièrent pleinement qu'au bout d'un certain temps (2). »

Les quelques divergences que nous avons rencontrées, ne tiennent-elles pas à ce fait que l'on devrait distinguer, dans une certaine limite, la phtisie évoluant dans la classe aisée ou riche, de celle qui évolue dans la classe ouvrière et pauvre?

Ainsi que l'ont fait remarquer Hérard-Cornil, Hanot, Huchard, Peter, etc., la phtisie affecte une forme différente, suivant qu'elle frappe l'une ou l'autre des deux classes de la société, ayant une tendance marquée pour les formations fibreuses, c'est-à-dire à évolution extrêmement lente, ou même curable dans la classe riche, tandis que la tendance au ramollissement, à la caséification prédomine dans la clientèle d'hôpital.

Dans les phtisies fibreuses, accompagnées d'emphysème, par une sorte de privilège, le malade est prévenu de l'attaque de la tuberculose, par une ou plusieurs hémoptysies, d'abondance extrêmement variable, et qui constitue quelquefois le seul symptôme. Aussi, certains auteurs ont-ils voulu même en faire une variété d'hémoptysie, décrite avec le nom d'hémoptysie arthritique par M. Huchard.

Mais, de ce qu'elle guérit ou qu'elle évolue sur un terrain arthritique, nous ne la considérerons pas moins comme de nature tuberculeuse, comme le prouve dans nombre de cas l'examen des crachats muco-sanguinolents qui la suivent.

Si tout s'arrête là, c'est que nous nous trouvons en face de gens qui, par leur position sociale, par un changement inopiné dans leur genre de vie, ont fait un traitement fortuit de la maladie qui les menaçait.

(1) Grancher. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 27 juin 1895.
(2) Straus. Loc. cit., p. 675.

Cette forme de tuberculose, cette phtisie arthritique, si elle guérit souvent, cela ne tient-il pas à ce que les personnes qui y sont sujettes, font inconsciemment le traitement préconisé par le professeur Debove, c'est-à-dire la suralimentation à l'état continu? Car il est bien reconnu que, le plus souvent, la nourriture ingérée est supérieure comme quantité à la dose nécessaire à l'entretien du corps.

Dans ces formes de phtisie très lente, souvent accompagnées d'emphysème, l'on voit survenir parfois ces phtisies aiguës ou suraiguës, emportant brusquement le malade en quelques mois ou quelques semaines.

En résumé, étant donné ces notions fondamentales que, contagieuse par essence, la tuberculose est une affection très souvent reconnaissable, tout à fait au début; que, prise à ce moment, elle est parfaitement guérissable; que le diagnostic aussi précoce permettrait non seulement de guérir ceux qui en sont atteints, mais permettrait, à ceux qui les entourent, d'éviter une contagion funeste, nous admettons que, selon toute probabilité, on arriverait, en diagnostiquant cette maladie plus hâtivement qu'on ne le fait en pratique, à diminuer d'une façon très notable l'effrayante mortalité par phtisie. Et nous conclurons avec Hanot (1) : « Si avec Grancher on peut dire que la diminution et la rudesse du murmure vésiculaire est un des symptômes les plus précoces, on ne devra pas oublier, que la présence dans les crachats du bacille de Koch n'a pas une moindre importance, et qu'en pratique, on devra rechercher ces deux indices du début de la phtisie avec le même soin. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Lyot et Arrou.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Germain Sée. Les obsèques auront lieu dimanche 17 mai, à dix heures très précises; on se réunira à la maison mortuaire, 53, avenue Montaigne. L'inhumation aura lieu au cimetière Montparnasse.

— A l'occasion de la XXII[e] fête fédérale de gymnastique et des visites faites par le ministre de l'Instruction publique aux établissements scolaires de l'Algérie, ont été nommés :

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Martin, directeur de la section de tir d'Alger; Stéphann, médecin-adjoint au lycée d'Alger; Thiébaud, directeur du dispensaire pour les maladies des yeux, à Alger.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 mai 1896, un concours s'ouvrira le 12 novembre 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

---

(1) Hanot. Loc. cit., p. 433.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : **1/2 verre à madère au dessert.**

PILULES DIGESTIVES de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »	Aliments protéiques	12.70
Aliments protéiques	14.63	Aliments gras	29.50
Aliments gras	10.59	Sucre-Lactose	54.35
Sucre et Maltose	49 »	Phosphte de chaux	2.45
Phosphte de chaux	2.21		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — Prix : 2 francs.

Defresne, auteur de la *Pancréatine* et Phies.



Excellents effets contre

PHTISIE

et autres Tuberculoses

BRONCHITES, CATARRHES

Chaque capsule contient :

0gr.05 *véritable* Créosote de **HÊTRE**

Huile de foie de morue Q. S.

2 ou 3 à chaque repas

Le flacon **3 fr.**

105, Rue de Rennes, PARIS

et toutes les Pharmacies.

Exiger le timbre de l'Etat.



ELIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.

Mariani, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.

Rétablit les FORCES, l'APPÉTIT, les DIGESTIONS

Très utile à tous les débilités : enfants, convalescents, malades d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, etc.

Eviter les imitations plus ou moins actives.

Exiger notre Marque. — Paris, 3, Boulevd St-Martin et Phies

LES SEULES VERITABLES PASTILLES DE

VICHY

sont les

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Vendues en Boîtes métalliques scellées

EXIGER les MOTS VICHY-ETAT

En vente dans les bonnes Pharmacies.

SELS VICHY-ÉTAT

EXTRAITS DES SOURCES DE L'ÉTAT

COMPRIMÉS DE VICHY

FABRIQUÉS avec les SELS de VICHY-ÉTAT

DIGESTIF CLIN

A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

1

MÉDICAMENTS APPROUVÉS

Par L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Poudre et pastilles du Dr Belloc, au charbon de peuplier, antiseptique gastro-intestinal efficace et inoffensif. Indications : dyspepsie, gastralgie, flatulence, acidités, pituites, diarrhée, dysenterie, fièvre typhoïde. Dose : 2 à 3 cuillerées à bouche de poudre ; 4 à 6 pastilles par jour, avant ou après les repas. Poudre, 2 fr. le flacon. Pastilles, 1 fr. 50 la boîte.

Vin de quinium de Labarraque. Vin titré et dosé contenant tous les principes utiles du quinquina : le quinium, qui en fait la base, comprend tout l'extrait soluble et les alcaloïdes, en proportions déterminées ; il est obtenu par des procédés spéciaux. (Voir Officine de Dorvault.) 4 gr. 50 de quinium, dose pour 1 litre de vin, contiennent 3 grammes de principes toniques et aromatiques et 1 gr. 50 des alcaloïdes réunis du quinquina.

Indications : toutes celles qui demandent l'emploi d'un vin généreux, cordial, fébrifuge, tonique et digestif, toutes les formes de débilité, la convalescence les cachexies. Prix : 6 francs la bouteille, 3 francs la demi-bouteille. Dose : un verre à liqueur après chaque repas.

L'Ostéine Mouriès, — combinaison de phosphate de chaux gélatineux et d'albumine, — constitue un aliment réparateur et reconstituant pour la femme enceinte, la nourrice et l'enfant. Elle se présente sous forme de *poudre* ou de *semoule Mouriès*, ce qui permet d'en varier l'emploi et de prévenir le dégoût. Une mesure qui surmonte chaque flacon indique la dose ordinaire pour un potage. Prix du flacon, 2 francs. Cette préparation a reçu l'approbation de l'Académie de Médecine, et l'inventeur, M. Mouriès, a présenté sur ce produit un mémoire qui a été couronné par l'Institut.

Ces divers produits spécialisés se vendent dans toutes les pharmacies avec une instruction pour l'usage. Tous ces médicaments sont la propriété de la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris. Médailles d'or aux Expositions universelles de Paris, Melbourne, Sydney, Philadelphie, Amsterdam.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

COMPOSÉ

(Réunion des Glycérophosphates de Chaux, Magnésie, Soude, Potasse et Fer).

Granulé composé — **Dragées de Fer vital**

Sirop composé

EXIGER *le nom de* JACQUEMAIRE POUR ÉVITER LES SUBSTITUTIONS.

AIROL

ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.

L'AIROL est un cicatrisant des plaies.

L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

MARQUE GRIFFON



Hoffmann, Traub & Cie *BALE (Suisse)*

En vente dans toutes les Drogueries.

Vente en Gros : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 mai 1896.

M. Thibierge fait voir à la Société médicale des hôpitaux (séance du 15 mai) un malade porteur d'un **lupus éléphantiasique** du membre supérieur. Atteint pendant son enfance d'une lésion tuberculeuse des os des phalanges de l'index et de l'auriculaire, il présente une déformation de la main due à la fois au raccourcissement, à la déviation de ces doigts et au gonflement des tissus. L'avant-bras est notablement tuméfié avec un bourrelet au niveau du poignet. La peau est parsemée de saillies juxtaposées, présentant une induration inégale, due à une série de lésions absolument analogues à celles qui sont connues sous le nom de tubercule anatomique. Sur certains points, il existe de véritables nodules de lupus tuberculeux.

Les lésions déformantes de ce genre sont beaucoup plus fréquentes au membre inférieur qu'au membre supérieur ; la lésion cutanée est toujours précédée par des lésions osseuses. L'augmentation de volume du membre, sa déformation d'aspect éléphantiasique sont attribuables à des poussées successives d'érysipèle. On voit que l'érysipèle n'a pas ici amené la guérison du lupus ; il ne l'amène du reste jamais, déclare M. Thibierge.

Plusieurs médecins, en voyant ce membre, ont pensé à la lèpre. Évidemment ce n'en est pas et il est facile de faire le diagnostic de tuberculose lorsqu'on a vu un certain nombre de cas de ce genre. Malgré cela, il est certain qu'il y a dans les déformations produites par le bacille de Koch et le bacille de Hansen, dans certains faits de lèpre et dans certains cas de lupus déformant, une analogie d'autant plus frappante que ces bacilles, comme on le sait, sont aussi d'aspect à peu près identique.

MM. Gilbert et Roger ont étudié les **mouvements respiratoires du thorax** à l'aide d'un appareil enregistreur dans **la pleurésie et le pneumothorax**. Ils ont vu que l'amplitude de ces mouvements avait notablement diminué du côté malade dans ces deux affections. Les mouvements deviennent plus étendus à la suite de la ponction évacuatrice d'une certaine quantité de liquide. Après la guérison de la pleurésie, on peut voir l'amplitude des mouvements respiratoires réapparaître rapidement — il en est ainsi après une pleurésie peu abondante — ou, au contraire, rester trè sdiminuée après une pleurésie à grand épanchement, suivie d'une rétraction marquée du thorax.

L'étude précise par les appareils enregistreurs confirme donc complètement les résultats de l'observation clinique : on ne s'en étonnera guère, pensons-nous.

M. Vigenot, membre correspondant de la Société, envoie une observation de **réinfection syphilitique**. Plusieurs des personnes présentes émettent des doutes sur sa valeur et la trouvent insuffisamment probante.

Il communique de plus les résultats qu'il a obtenus dans trois cas de tuberculose pulmonaire par l'emploi du sérum de Maragliano. Dans deux de ces cas, l'effet a été nul ; dans le troisième, au contraire, il y a eu une amélioration marquée.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Luxation ischiatique traitée par la décapitation fémorale.

Par le docteur E. Delorme,
Médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

Ce cas de luxation ischiatique traitée par la décapitation fémorale me permettra de signaler une cause spéciale d'irréductibilité de ces luxations.

Le nommé Sch..., âgé de vingt-quatre ans, chef de poste au Congo français, est, le 22 février 1895, pendant une chute, atteint d'une luxation de la hanche en arrière sans qu'il en puisse préciser le mécanisme.

A Loango, où il arrive treize jours après l'accident, le médecin de la station fait une première tentative, infructueuse, de réduction, la renouvelle sans plus de succès, huit jours après, et a recours à l'extension continue.

A Libreville, quelques semaines plus tard, on tente quatre fois encore de réduire la luxation sous le chloroforme. Une crépitation osseuse, perçue pendant les manœuvres de réduction, fait penser à une fracture du sourcil cotyloïdien. Nous verrons plus loin à quoi elle était due.

Je vois le blessé en juin, plus de quatre mois après sa chute ; il présente les signes d'une luxation en arrière, ischiatique. La cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; la cuisse est en adduction, en rotation interne, le pied en équinisme et le membre raccourci de 10 centimètres.

Dans la région de la fesse, la tête globuleuse est nettement sentie et circonscrite, mais à l'encontre de ce qu'on a constaté souvent dans ces luxations, les mouvements de flexion et de rotation imprimés à la cuisse, pas plus que des pressions directes, ne pouvaient changer sa position : elle était absolument fixe. On ne sentait aucune masse dure en dehors d'elle. Le membre était à peine atrophié, les douleurs presque nulles; la marche était impossible sans béquilles, la station assise, prolongée, pénible.

Mon malade, qui avait fait un séjour de près de deux années au Congo, avait le teint cachectique des paludéens; il était sujet à des accès fébriles irréguliers; sa face était bouffie et son abdomen volumineux. J'aurais désiré qu'il rétablît sa santé générale avant de me laisser traiter sa luxation, mais la crainte de perdre un avancement très avantageux lui rendait toute expectation intolérable et je dus, sans tarder, arrêter mon plan opératoire. Je dis mon plan opératoire, car je ne pouvais compter sur une réduction qui, tentée à une époque plus rapprochée de l'accident, avait six fois échoué.

L'arthrotomie simple, utilisée quatre mois et demi après le traumatisme, était contre-indiquée comme déjà tardive; la résection de la tête et du col comportait un sacrifice exagéré; je m'arrêtai à la méthode conseillée par notre collègue M. Ricard, laquelle comporte la décapitation du fémur, le dégagement de la cavité cotyloïde comblée par la capsule et l'adaptation du col arrondi dans cette cavité. Le remarquable succès que notre collègue en avait obtenu était bien fait pour m'engager à suivre sa conduite pour un malade chez lequel un déficit fonctionnel notable devait entraîner une suppression de carrière. Il fut décidé néanmoins qu'un essai modéré de réduction, sous le chloroforme, serait encore tenté avant de m'adresser à la méthode sanglante.

Le 9 juillet 1895, c'est-à-dire quatre mois et demi après la luxation, je fis cette opération avec l'assistance précieuse de M. le professeur Robert, de MM. Mignon, Cahier, Ferraton, professeurs agrégés du Val-de-Grâce, de M. le médecin-major Marcus, mais au préalable, sans résultat d'ailleurs, j'exerçai sur la cuisse fléchie, suivant le mode de Bigelow, quelques tractions avec un appareil à mouffes, sans atteindre 100 kilogrammes.

L'anesthésie étant complète et les précautions antiseptiques déjà assurées depuis deux jours étant renouvelées, je pratiquai sur la tête fémorale saillante, comme centre, une incision d'une quinzaine de centimètres, parallèle aux fibres du grand fessier. La tête fémorale, recouverte par un tissu feutré, peu dense, est mise à découvert avec la partie interne du col.

J'abrasai la tête fémorale avec un ciseau de Mac Ewen, par tranches, et en arrondissant la surface de section. Elle était logée dans une cavité de nouvelle formation fibro-périostéo-osseuse, presque aussi profonde que la cavité cotyloïde. Me portant en avant de la tête, je ne trouvai au lieu de la cotyloïde, comme les descriptions de MM. Ricard et Nélaton me l'avaient fait prévoir, qu'un plan régulier, lisse, fibreux, dense, formé par la capsule très adhérente au pourtour de la cavité et appliqué solidement sur son fond. Après l'avoir désinsérée de l'os iliaque avec le bistouri ou la rugine et dégagée du fond de la cavité avec le détache-tendon, en ménageant avec soin le cartilage, je l'abrasai, avec de forts ciseaux. La cavité cotyloïde n'avait plus conservé sa forme et sa profondeur.

L'hémostase étant assurée, je cherchai à réduire et, faisant tirer en haut sur le membre mis en flexion et en abduction, je ne pus, à diverses reprises, obtenir de réduction. Je sectionnai inutilement la capsule vers la partie moyenne du col, au-dessus et au-dessous de lui, puis une partie des insertions trochantériennes, sans mieux réussir. Le col restait toujours en place sans pouvoir être refoulé directement dans la cavité ou y rentrer grâce aux mouvements imprimés à la cuisse.

Mes tentatives demeurèrent sans succès jusqu'à ce que j'eusse constaté la présence d'un pont osseux, des dimensions apparentes du pouce, réunissant la base du col à la partie inférieure de la cavité cotyloïde.

Je coupai ce pont osseux vers son milieu avec le ciseau, je l'abrasai en partie avec la pince-gouge. Le col put alors être mis en rapport avec la cavité, mais la cuisse restait encore en rotation interne légère et ce n'est qu'après des mouvements répétés et étendus de flexion, de rotation interne, externe, d'adduction et d'abduction, que la cuisse reprit une position normale. Ces mouvements s'accompagnèrent, à plusieurs reprises, d'une crépitation dont je ne pus alors reconnaître l'origine et que l'autopsie me révéla.

Ainsi la décapitation fémorale et l'abrasion de la capsule n'avaient pas suffi ici pour me permettre d'obtenir la réduction et j'avais dû encore les faire suivre de l'ablation d'un pont osseux extra-articulaire et de mouvements exagérés et prolongés de la hanche dont je ne pus alors m'expliquer l'effet.

Sutures profondes et superficielles, gros drain introduit jusqu'au fond de la cavité opératoire; large pansement de gaze salolée recouvrant non seulement la région de la fesse, mais aussi toute la cuisse, l'abdomen et le périnée. Le membre est placé dans un de mes appareils en zinc du membre inférieur, à valves, avec large cuirasse abdominale.

Le raccourcissement était presque nul, la jambe et la cuisse en bonne position; le résultat immédiat excellent.

L'hémorragie avait été de bien peu d'importance; le chloroforme bien supporté pendant les deux heures qu'avaient duré l'opération et le pansement; pour le nettoyage de la plaie, je ne m'étais servi que de compresses sublimées sèches et j'avais substitué pour le pansement extérieur le salol à l'iodoforme; enfin, je n'avais point introduit d'antiseptique pulvérulent dans la profondeur.

Les suites immédiates de l'opération ne furent pas simples; le réveil fut agité, la plaie douloureuse. Dès le soir, la température dépassait 38 degrés; le pouls était petit. Pendant la nuit, subdelirium. Le lendemain, la température redescendit à 37°8 le matin, avec pouls petit, incomptable. L'intelligence était nette. A six heures du soir, la température dépassait brusquement 40 degrés; je lève le pansement; la plaie était unie, en bon état. Mort à sept heures dans le collapsus.

L'examen de la pièce que je soumets à votre examen vous montrera l'étendue et la résistance de l'obstacle caché qui s'opposait à la rentrée du col dans ce qui restait de cavité cotyloïde et qui empêchait le retour du membre à une position normale. En avant, l'espace compris entre l'os iliaque et la ligne bitrochantérienne est comblé par une masse osseuse, continue, de 2 centimètres d'épaisseur, en moyenne, laquelle se prolongeait en bas entre la partie inférieure de la cavité cotyloïde et la base du col près du petit trochanter, formant là le pont osseux que j'avais excisé. C'est cet agglomérat osseux prolongé encore dans la fosse iliaque et, en bas, au-dessous du grand trochanter, qui rendit la réduction complète impossible, même après l'excision et, étant donné la rapidité avec laquelle ces ostéophytes se développent chez les adultes, il est permis de penser que c'était déjà à la fracture de ce dépôt osseux qu'était due la crépitation perçue lors des tentatives de réduction faites un mois après l'accident. Je dus les fracturer à nouveau pour redonner au membre luxé une direction normale.

C'est la première fois, à ma connaissance, que cette cause d'irréductibilité est signalée dans ces luxations. Les mé-

moires de Nélaton, de Block (de Copenhague), de Hariss, n'en font pas mention.

Je noterai encore la rapidité avec laquelle une nouvelle cavité cotyloïde, aussi profonde que l'ancienne, s'est constituée aux dépens de la surface quadrilatère de l'ischion; enfin le rétrécissement de la cavité cotyloïde, dont le fond est occupé par une masse ostéophytique répondant à l'insertion du ligament rond. Si mon opéré avait guéri, l'adhérence de cette dernière au col et d'un autre côté la reproduction du calus antérieur eussent amené l'ankylose de la hanche.

Dans les cas semblables à celui que j'ai observé, l'arthrotomie est impossible; la décapitation fémorale peut être insuffisante, et, comme cette dernière doit être suivie d'efforts violents de réduction et qu'elle se terminera par ankylose, on peut se demander si l'ostéotomie sous-trochantérienne ne lui serait pas préférable. Le délicat serait d'assurer le diagnostic. L'immobilité complète de la tête fémorale pendant les mouvements de la cuisse eût été, dans mon cas, un signe de cette ankylose périphérique par ces ostéophytes, mais il n'avait rien de pathognomonique et, d'un autre côté, la palpation ne pouvait révéler leur présence. Avec ces incertitudes diagnostiques, la décapitation fémorale reste la méhtode de choix dans toutes les luxations irréductibles de la hanche en arrière, datant de trois mois et plus. Comme on l'admet généralement, elle permet de bien dégager la cavité cotyloïde des débris de la capsule qui la comblent et qui constituent le principal obstacle à la réduction. Elle fournit un résultat fonctionnel satisfaisant et donne une mortalité peu élevée, car si l'on en juge par la statistique de Hariss, à laquelle j'ajoute ce fait personnel, elle n'aurait donné que 1 mort sur 13 cas.

REVUE DE LA PRESSE

Suppuration post-puerpérale étendue du petit bassin, opération, guérison. — Le cas publié par M. A. Dantzig est surtout intéressant par la terminaison favorable de l'affection. Une femme de trente-neuf ans, accouchée, il y a trois semaines, en ville, par une « matrone », fut amenée à l'hôpital où l'on constata les phénomènes locaux et généraux suivants. Le ventre est météorisé dans sa partie inférieure, la partie supérieure n'est pas douloureuse et donne un son tympanique à la percussion, la matité commençant vers le milieu de la ligne ombilico-pubienne; sur les côtés, la matité remonte plus haut et ses limites rappellent deux cornes. A la palpation, on trouve une tumeur très dure dans les régions correspondant aux zones mates, les limites de la tumeur sont très nettes, et elle paraît s'étendre en profondeur. La peau de la partie inférieure de l'abdomen n'est rougeâtre et œdématiée que dans une région limitée de la fosse iliaque droite; pas de fluctuation.

La grosse lèvre droite est dure, œdématiée, d'un volume d'une tête de fœtus, présente de la fluctuation en un point limité.

Au toucher, on trouve l'utérus très haut situé et fixé; une tumeur ferme et immobile fait saillie dans les culs-de-sac.

Il résulte de l'interrogatoire de la malade que la tuméfaction de la grande lèvre a commencé trois jours après l'accouchement; c'est plus tard seulement, que la malade s'est aperçue de la tumeur abdominale.

Les douleurs sont très violentes, la face pâle; il y a des sueurs nocturnes profuses. La température était caractéristique de l'intestin pyocémique. Le pouls était à 130 par minute.

Il s'agissait donc évidemment d'une cellule pelvienne; l'abcès pelvien entourait l'utérus de toutes parts.

Le troisième jour après l'entrée de la malade, la fluctuation très nette s'est accentuée dans les régions sus-pubienne et iléo-cæcale droite, aussi l'auteur se décida-t-il à intervenir, et on incisa au niveau du point fluctuant iléo-cæcal. Dès que la paroi abdominale fut incisée, il s'en échappa un flot de pus; il en était de même à l'incision de la région fluctuante de la grande lèvre, et il s'écoula environ 3 litres de pus. Par le lavage de la cavité abdominale, on put constater que la collection du petit bassin était en communication avec celle de la grande lèvre.

Dès le lendemain, les sueurs et la fièvre disparurent, les forces revinrent, tous les phénomènes locaux s'amendèrent peu à peu et, au bout de cinq semaines, la malade quitta l'hôpital complètement rétablie.

Ce qu'il y a ici d'intéressant à relever, c'est que l'abcès pelvien entourait l'utérus même en avant, ce qui est très rare étant donné la direction du courant lymphatique, suivant lequel se fait toujours l'infection. (*Ejened.*, 1896, n° 6.)

Injections hypodermiques de l'ichthyol dans les névralgies. — L'action favorable de l'ichthyol dans les affections blennorragiques, signalée pour la première fois par Unna, en 1880, a été, depuis, étudiée par un grand nombre d'auteurs qui sont tous à peu près d'accord sur la valeur de ce médicament dans les diverses manifestations uro-génitales de la blennorragie et aussi dans certaines dermatoses. Les observations sont beaucoup moins nombreuses pour ce qui est de la valeur de l'ichthyol comme antinévralgique, surtout lorsqu'il est employé en injections hypodermiques. Dans sa thèse, A. Damiens (1892) rapporte un certain nombre d'observations, démontrant que l'ichthyol en injections n'est pas plus douloureux qu'une autre injection hypodermique quelconque, et qu'il agit très bien dans les névralgies.

M. Goldberg a récemment observé un cas qui confirme les conclusions de Damiens. Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, n'ayant aucune maladie infectieuse chronique, non alcoolique, et chez lequel se sont développées, il y a dix ans, à la suite d'une émotion morale, des phénomènes de nervosisme. Il y a deux ans, le malade a supporté une attaque de grippe assez grave sans complication pleuro-pulmonaire, mais compliquée d'hygroma prérotulien; lorsque, au bout de trois mois, celui-ci fut guéri, se montra une névralgie intercostale double, très violente, ne cédant à aucun traitement et persistant pendant de longs mois. A l'examen du malade, l'auteur constata une hyperhémie et une desquamation des téguments des régions scapulaires, où l'hyperesthésie était extrême. De temps à autre, on observa une légère élévation thermique. L'absence de tout signe de pleurésie et de neurasthénie faisait éliminer l'hypothèse de ces affections, et il ne pouvait y être question que de névralgie intercostale provoquée probablement par l'influenza sur un sujet atteint de nervosisme. L'hyperhémie indiquait la transmission de l'irritabilité des nerfs sensitifs aux nerfs vaso-moteurs; cette irritation et l'hyperhémie qui en résultaient amenaient la compression des nerfs sensitifs et leur irritation, de là véritable cercle vicieux.

En raison de ces faits, la principale indication était surtout d'amener la vaso-constriction, et ensuite de calmer la douleur; ce qui prouve que telle était la véritable indication thérapeutique, c'est que, seuls, les analgésiques restaient sans effet sérieux, et le chloral, la morphine, etc., n'amenaient qu'une accalmie passagère.

Or, ainsi que l'a démontré Dobronravoff qui, à l'examen microscopique d'un fragment excisé de la muqueuse vaginale en cas de vaginite avec infiltration sous-muqueuse, traitée par l'ichthyol, a trouvé une vaso-constriction notable;

l'ichthyol est à la fois un vaso-constricteur, et — peut être par cela même — un analgésique. Aussi, M. Goldberg a-t-il recouru aux badigeonnages de lanoline ichthyolisée : dès la première application, la douleur se calma considérablement, à tel point que le malade put dormir la nuit; la couche d'ichthyol ne fut définitivement enlevée, après renouvellement trois fois par jour, qu'au bout de six jours. Pour avoir définitivement raison de la névralgie, l'auteur eut recours à l'ichthyol en injections; la solution employée était de 30 centigrammes pour 100 grammes d'eau, et on en injectait une seringue par jour.

La douleur provoquée par l'injection durait deux ou trois heures, mais était assez faible pour ne pas empêcher la malade d'aller au théâtre. Au bout de trois injections, la guérison fut complète et définitive. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mér.*, 1896, n°s 2 et 3.)

Influence des affections fébriles sur les maladies nerveuses et mentales. — L'influence favorable des pyrexies aiguës sur la marche des maladies nerveuses et psychiques a déjà été constatée plusieurs fois, on a même vu ces maladies s'arrêter dans leur évolution pour un temps plus ou moins long, et même guérir définitivement. M. Trapeznikoff publie 2 cas qui contribuent à l'étude clinique de ces complications.

Chez un des malades, il s'agissait de psychose aiguë guérie à la suite d'une pneumonie intercurrente. Un homme a été amené à l'hôpital où il eut du délire des actes, ne reconnaissait personne, quoique se souvenant des faits antérieurs de sa vie. Le malade avait l'air craintif, agité; était souvent mélancolique et avait des hallucinations de l'ouïe, et parfois aussi de la vue. Pendant un mois environ il n'y eut aucun changement dans l'état du malade, lorsque survint une pneumonie, et quand celle-ci fut guérie, la psychose antérieure disparut également et le sujet quitta l'hôpital complètement rétabli.

L'autre malade, âgé de vingt-trois ans, avait, depuis deux ans, des attaques épileptiformes; le premier accès s'est montré à la suite d'un coup de soleil; l'accès était précédé de céphalées et n'était pas accompagné de convulsions. Le malade a eu environ une dizaine d'accès depuis. Deux ans après le premier accès le malade entrait à l'hôpital pour une pneumonie, qui ne présentait dans son évolution rien de spécial. Trois semaines environ après le début de cette dernière, pendant la convalescence, survint un accès épileptiforme, précédé d'hallucinations visuelles et du cri initial; pendant l'accès, la respiration et le pouls étaient très accélérés, il y avait de l'anesthésie générale; le réflexe cornéen était aboli, mais tous les autres réflexes sont restés normaux, de même que le réflexe à la lumière. Écume à la bouche; convulsions cloniques, puis toniques; après l'accès le malade ne peut pas uriner. Le malade ne garde aucun souvenir de ce qui se passe pendant l'accès. Il ne paraît pas y avoir des stigmates d'hystérie. Ainsi donc, depuis la pneumonie, les accès épileptiformes sont, chez ce malade, précédés d'aura, qui ne s'est jamais montrée avant. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 1895, n° 44.)

S. BROÏDO.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'herpès génital. — La *Gazette hebdomadaire* (20 février 1896) donne les formules suivantes :

1° Herpès sec :

Emplâtre de plomb	} ââ 25 grammes
Lanoline	
Axonge	5 —

ou bien :

Lanoline	} ââ 20 grammes
Onguent	
Huile d'olive	10 —

2° Herpès humide :

Poudre d'amidon	100 grammes
Sous-nitrate de bismuth	} ââ 1 gramme.
Acide tannique	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1896. — Présidence de M. MONOD.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LITHIASE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

M. SCHWARTZ est intervenu dans six cas. Dans deux de ces cas, le diagnostic a été particulièrement difficile. Chez un de ces malades, la tumeur en imposait pour une tumeur du rein, chez l'autre pour un rein mobile. La première de ces malades était une femme de trente-cinq ans, qui avait eu des poussées de pelvi-péritonite. Depuis 1887, elle était prise de crises douloureuses au moment des règles. Elle n'avait jamais eu d'ictère. On pensa qu'il s'agissait de coliques néphrétiques. Elle était très affaiblie. M. Schwartz fait une incision lombaire et trouve un rein normal. Il referme l'incision et, quelque temps après, il fait la laparotomie, trouve une vésicule biliaire contenant 1 litre de pus, des adhérences; la vésicule est crevée au cours de l'opération. M. Schwartz fait la cholécystostomie. La malade meurt de péritonite.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans qui portait une tumeur offrant les caractères des tumeurs hépatiques et rénales. M. Schwartz fait l'ouverture lombaire, trouve un rein ectopié et fait la néphrorraphie. Dans la même séance, il fait une incision le long du droit antérieur, il trouve une vésicule biliaire de 12 centimètres de longueur contenant six calculs; il arrive assez facilement à décoller cette vésicule et fait la cholécystectomie. La malade meurt subitement quarante-huit heures après. A l'autopsie, on ne trouve aucune trace d'infection; il existe une dilatation énorme de l'estomac et une lésion cardiaque ancienne.

Outre ces deux faits, M. Schwartz a observé quatre cas de cholélithiase qu'il a traités, l'un par la cholécystostomie et les trois autres par la cholécystectomie. Ces quatre cas ont très bien guéri. Dans les cholécystectomies, il met une double ligature et sectionne au thermocautère.

M. Schwartz recherche s'il existe un moyen de différencier une vésicule biliaire hypertrophiée, mobile, d'un rein flottant. Il y a un signe qui lui a permis plusieurs fois de faire ce diagnostic : si l'on enfonce profondément une vésicule biliaire, aussitôt qu'on retire la main, la vésicule reprend sa place primitive. Si l'on enfonce un rein mobile de la même façon, il ne revient pas.

M. Schwartz conclut comme MM. Michaux et Broca. Il considère la cholécystectomie, quand la vésicule est libre, comme une opération très bénigne. Elle ne doit être pratiquée que chez des individus robustes, dont le foie est sain; elle ne devra être faite que quand elle sera facile. Chez les individus âgés, dont le foie est douteux, il vaut mieux recourir à la cholécystostomie.

M. GÉRARD MARCHANT est intervenu chez plusieurs malades atteints de cholélithiase. Il insiste sur ce fait que ces malades n'ont jamais eu d'ictère ni de coliques hépatiques. Dans un premier cas, la malade accusait des troubles digestifs et une douleur dans l'hypocondre droit. On sentait une

tumeur grosse comme une orange. Était-ce un kyste hydatique ou une vésicule biliaire? Il était très difficile de se prononcer. C'était une vésicule biliaire. M. Marchant fit la cholécystectomie. Dans un second cas, c'était une vésicule biliaire à parois épaisses, un lobule du foie recouvrait la vésicule; celle-ci contenait quarante et un calculs. M. Marchant fit la cholécystectomie idéale. Dans un troisième cas, femme de quarante-sept ans, troubles digestifs, jamais d'ictère ni de coliques hépatiques, M. Marchant pense à une vésicule biliaire ou à un épithélioma. Il y avait une grosse vésicule biliaire contenant un calcul unique et une dégénérescence de la paroi antérieure de la vésicule. Un lobule du foie retombait au-devant de cette partie malade. M. Marchant fit la cholécystectomie et réséqua la portion de foie malade. Trois mois après, cette malade succombait à la généralisation de son cancer.

Quand il s'agit de vésicules biliaires isolées, on peut les confondre avec un kyste hydatique ou un rein mobile. M. Terrier a insisté sur la possibilité de faire le diagnostic. Les tumeurs de la vésicule ne sont pas réductibles, les reins mobiles sont réductibles. Enfin, M. Marchant insiste sur ce que, dans ces cas, il s'agit de véritables tumeurs isolées, sans ictère ni coliques hépatiques. Dans ces cas, l'opération de choix est la cholécystectomie idéale.

COMMUNICATION

Traitement de l'anus contre nature. — M. CHAPUT fait une communication sur ce sujet.

PRÉSENTATION

Sarcome cérébral. — M. BROCA présente un malade auquel il a extirpé un sarcome cérébral. Le diagnostic de l'existence était rendu évident par la céphalalgie temporale gauche et la névrite optique bilatérale; quant au diagnostic du siège dans le lobe temporal, il fut établi par M. Brissaud, grâce à l'analyse minutieuse d'une aphasie de conductibilité. L'opération fut pratiquée en deux temps, selon la méthode de Horsley, les 31 mars et 1er avril. La dure-mère ne fut ouverte qu'à la seconde séance, et il fallut inciser l'écorce pour trouver la tumeur à 1 centimètre de profondeur. Cette tumeur était encapsulée et put être extraite; elle pèse 130 grammes et est constituée par du sarcome globo-cellulaire. La guérison se fit par première intention.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs (1), par le Dr Paul LAUNAY, ancien interne, prosecteur des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

L'auteur cherche dans l'anatomie comparée des preuves à une description simple des veines jugulaires donnée par M. le professeur L.-H. Farabeuf, mais encore hypothétique. Suivant, dans une première partie, l'évolution de ces veines chez quelques animaux supérieurs, il la trouve semblable à celle des artères correspondantes, et parcourant des étapes qui existent dans le développement de l'être humain. Dans la deuxième partie, l'auteur montre le parallélisme qui existe chez l'homme, comme chez les animaux, non seulement entre les artères carotides et les veines correspondantes, mais encore les branches données par l'artère carotide externe et les branches qui constituent la veine carotide externe.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Seringue sans piston pour injections hypodermiques, du docteur J. Chéron, médecin de Saint-Lazare.

La seringue pour transfusions hypodermiques, imaginée par M. le docteur J. Chéron et fabriquée par MM. Rainal frères, est un nouvel appareil sans piston; le liquide y est propulsé, avec une vitesse que l'ouverture plus ou moins grande d'un robinet sert à régler, à l'aide de l'air comprimé.



FIG. 1.

Voici en quoi cet instrument consiste :

A l'aide d'une petite pompe foulante (fig. 1), vous comprimez l'air, — qui se stérilise en passant au travers d'un tampon d'ouate — dans une petite sphère de métal (fig. 2). Vous refermez le robinet (E), vous dévissez la sphère pour la revisser à la partie supérieure de la seringue (fig. 3).

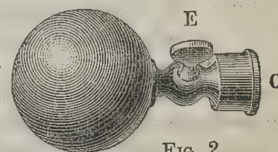


FIG. 2.

Auparavant, on remplit la seringue du liquide qu'on veut injecter en versant ce liquide par la partie supérieure de la seringue. La seule précaution à prendre est de stériliser le rebord du flacon contenant le liquide. — La seringue étant pleine et le robinet inférieur (H) fermé, vissez le réservoir à air à la partie supérieure et fixez à la partie inférieure une aiguille creuse en platine iridié, que vous flambez avant d'en faire usage.

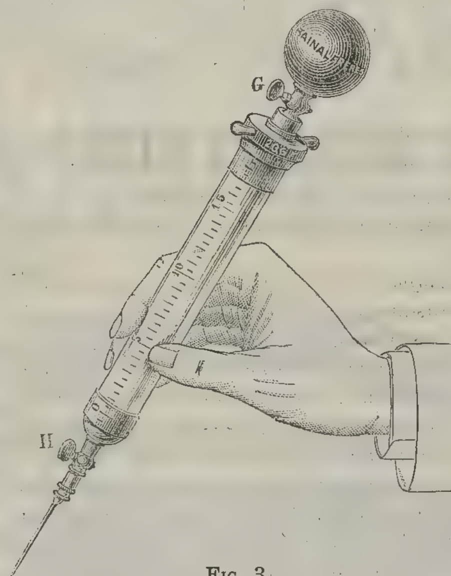


FIG. 3.

Maintenant l'appareil comme l'indique la figure ci-contre, vous enfoncez l'aiguille au lieu d'élection (le plus ordinairement la fossette intra-trochantérienne préalablement massée et lavée au van Swieten). Vous ouvrez le robinet supérieur (G) de façon à ce que l'air comprimé passe dans la seringue et vienne agir sur la surface libre du liquide. Puis vous ouvrez le robinet inférieur (H) avec précaution pour que l'irruption du liquide sous la peau se fasse avec lenteur : aussitôt vous voyez descendre le liquide dans la seringue, avec une vitesse que vous graduez à votre gré, en ouvrant plus ou moins le robinet (H). Vous refermez ce robinet quand il ne reste plus dans la seringue qu'une petite quantité de liquide.

On peut ainsi injecter sans secousse, et par conséquent sans douleur, de très grandes quantités de liquide.

Cet appareil a, en outre, l'avantage de supprimer les inconvénients du piston, dont les parcelles détachées ou les matières grasses ne souillent que trop souvent le liquide à injecter, et les inconvénients qui résultent du trempage de l'embout des seringues ordinaires dans le liquide qu'on aspire avant de l'injecter.

La seringue du docteur Chéron, contenue dans une boîte métallique, est construite de façon à ce qu'il soit facile de la stériliser par l'ébullition sans l'altérer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Jeanselme, Florand et Jacquet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le jury du prosectorat est composé comme il suit : MM. Guyon, Farabeuf, Tillaux, Le Dentu et Poirier, juges ; MM. Ricard, Retterer et Sébileau, suppléants.

La première séance aura lieu le mardi 26 mai courant, à midi et demi, à la Faculté.

— Par décret, en date du 13 mai 1896, sont et demeurent abrogées les dispositions des articles 21, 22 et 23 du décret du 24 juin 1896, en ce qui a trait à l'attribution au plus ancien de grade des officiers du corps de santé de la marine qui en font la demande, d'un emploi vacant soit à la mer, soit aux troupes en France ou aux colonies, soit dans les emplois sédentaires dits prévôtés, etc.

Un arrêté ministériel détermine le nouveau mode de procéder pour pourvoir aux indications indiquées à l'article précédent.

Cet arrêté, publié à la page 2743 du *Journal officiel* (numéro du 17 mai 1896) traite : 1° de l'embarquement des officiers du corps de santé de la marine ; 2° des emplois sédentaires dits prévôtés ; 3° du déplacement des officiers du corps de santé ; 4° de la résidence libre des officiers du corps de santé ; 5° du service médical des troupes de la marine ; 6° des renseignements à fournir au ministre.

— Par décret, en date du 13 mai 1896, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Lacassagne, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Sieffert, Bories, Cazes, Sauvaget et Lagrange.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Villemin, Leclerc, Borrello et Darbouet.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Dejean, Lefebvre, Pirodon, Laville, Massy, Liénard et Conchon.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Remignon, Seigneur et Louvet.

— Par décision ministérielle en date du 8 mai 1896, M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, est relevé de ses fonctions d'inspecteur général, en 1896, du IVe arrondissement médical (11e, 16e et 18e corps d'armée), qui est réparti entre M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé (Ier arrondissement, pour le 16e corps d'armée), M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris (VIe arrondissement, pour le 11e corps d'armée), et M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses (VIIIe arrondissement, pour le 18e corps d'armée).

— Par arrêté ministériel, en date du 1er mai 1896, à partir de l'année scolaire 1896-1897, le format des thèses ou de doctorat en médecine sera l'in-octavo.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 mai 1896, un concours s'ouvrira le 16 novembre 1896, devant la Faculté mixte de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Clermont.

— Le concours pour le poste de médecin-adjoint des asiles d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes :

Région du Nord : MM. les docteurs Deswarte, Anusin, Briche et Singer.

Région de Lyon : MM. les docteurs Roy, Roux et Bodéro.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Fillion, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 20 mai : Suite de la discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire. — Rapport de M. Michaux sur un cas de cholédocotomie, par M. Lejars. — Communications : M. Malapert (de Poitiers). Lipome congénital du mollet. — M. Jullien. De l'ulcère blennorragique et de ses complications.

— Une médaille d'argent de première classe a été décernée à M. le docteur Laurent (de Lille), pour acte de courage et de dévouement.

— Le prince Ferdinand de Bulgarie vient de conférer la croix d'officier du Mérite civil à M. le docteur Mihran Kemhadjan.

— M. le docteur Langlet est nommé médecin titulaire du lycée de Reims.

— M. le docteur E. Luton est nommé médecin suppléant du lycée de Reims.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bachelet (de Lyon), Dunal (de Montpellier), Albert Mallet (de Bordeaux), Émile Raillard (de Dax) et A. Sacré, chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Jean.

— Deux concours s'ouvriront à l'École du service de santé militaire : le premier, le 15 novembre 1896, pour deux emplois de professeur agrégé d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils) ; le second, le 1er décembre 1896, pour un emploi de professeur agrégé de législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire.

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à prendre part à ces concours.

Les épreuves sont déterminées par la note ministérielle du 28 février 1890 et la décision ministérielle du 15 avril 1891 (*Bulletin officiel du ministère de la Guerre*, partie réglementaire 1890, page 333, et 1891, page 525).

Elles seront subies dans les conditions prévues par la décision ministérielle du 6 avril 1878 (insérée au *Bulletin officiel* 1878, partie supplémentaire n° 20, page 280).

Les médecins militaires qui désireraient prendre part à ces concours adresseront au ministre de la Guerre (7e direction, bureau des hôpitaux) avant le 31 octobre 1896, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

— Un cours pratique de bactériologie médicale commencera le mardi 26 mai 1896, à deux heures, au laboratoire de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le docteur Chantemesse. — Se faire inscrire au laboratoire auprès de M. le docteur Bezançon (École pratique).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de médecins des hôpitaux de Paris, qui s'ouvrira le 22 mai 1896, est définitivement composé de MM. Netter, Brault, Faisans, Bucquoy, Thibierge, de Beurmann et Nélaton.

— Par décision présidentielle, en date du 14 mai 1896, MM. les médecins principaux du corps de santé des colonies Gentilhomme et Pichon ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur leurs demandes.

— Par décision présidentielle, en date du 17 mai 1896, une permutation de corps est autorisée entre MM. Doucet, médecin de deuxième classe de la marine, et Bois, médecin de deuxième classe des colonies.

— M. le docteur Bourgeois est nommé médecin-oculiste au lycée de Reims (emploi nouveau).

— M. le docteur Guelliot est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Reims.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper Cahen (de Saint-Denis).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide, pour se rendre de Paris à Royat, est la voie Nevers-Clermont-Ferrand.

Durée du trajet : de Paris à Royat en 9 heures, — à Vichy en 6 heures et demie.

Prix : de Paris à Royat, 1re classe, 47 fr. 80; 2e classe, 32 fr. 30; 3e classe, 21 fr. 10. — De Paris à Vichy, 1re classe, 41 francs; 2e classe, 27 fr. 70; 3e classe, 18 fr. 10.

— *Relations directes entre Paris et l'Italie* (*via Mont-Cenis*). — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à Venise (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 147 fr. 60; 2e classe, 106 fr. 10. — Milan, 1re classe, 166 fr. 35; 2e classe, 119 francs. — Gênes, 1re classe, 167 fr. 10; 2e classe, 119 fr. 15. — Venise, 1re classe, 216 fr. 35; 2e classe, 154 francs. — Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour de Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de 15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 75 en 1re classe et de 10 fr. 60 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide de Paris à Turin en 16 heures, à Milan en 19 heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

232. M. SALVY. Des rapports de l'érysipèle et de la menstruation. — 233. M. LEVASSORT. La stérilisation pratique en chirurgie. — 234. M. DESCOULEURS. Du traitement de la gale par le baume du Pérou. — 235. M. LEROY. Les persécutés persécuteurs. — 236. M. THIÉNOT. Des lavages de la plèvre par simple ponction. — 237. M. ROUX-AUXENCE. Contribution à l'étude de la persistance de l'hymen après l'accouchement. — 238. M. CHAVIN. Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés. — 239. M. D'AZINCOURT. Résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchiectasies. — 240. M. PÉRATÉ. Technique de l'hystérectomie vaginale. — 241. M. MAGE. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage. — 242. M. DORDONNAT. Des épanchements uro-hématiques périrénaux dans la contusion du rein. — 243. M. GHAZAROSSIAN. Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement. — 244. M. FÉLIX. Le myxœdème associé à la maladie de Basedow. — 245. M. COSTET. Étude sur les calculs de l'amygdale. — 246. M. RENON. Contribution à l'étude du chlorhydrate de phénocolle. — 247. M. ÉLEUTERESCU. Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines. — 248. M. BOULLE. Accouchement prématuré artificiel provoqué par la méthode de Dührsen. — 249. M. DAMASCHINO. Contribution à l'étude des abcès urineux. — 250. M. BOIS. Etude sur les fistules du sinus frontal. — 251. M. LEPAITRE. Les syphilis justiciables du traitement hypodermique. — 252. M. FARRET. Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant. — 253. M. CASTAGNOL. Etude historique et bibliographique de la médication thyroïdienne. — 254. M. DE MASSARY. Le tabès. — 255. M. BRÉE. Essai sur les hydatides flottantes. — 256. M. NAZ. De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, et en particulier de certaines formes frustes de cette affection. — 257. M. ROSENBLAT. L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, dans les suppurations pelviennes et les hématocèles. Étude critique. — 258. M. BODIN. Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines.

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'avant-dernière séance, MM. Arloing et Courmont (de Lyon) ont fait connaître à l'Académie le résultat d'expériences qu'ils ont faites au sujet du traitement des tumeurs malignes par le sérum d'âne. Les conclusions de M. Arloing sont des plus formelles, en ce sens que les injections de sérum d'âne sont incapables d'amener la disparition ou même seulement une diminution des tumeurs malignes. Dans un seul cas, elles ont amené une modification permettant de rendre opérable une tumeur qui ne l'était pas. Enfin, si le sérum d'âne normal ne produit pas d'accidents, il n'en est pas de même du sérum d'âne dit immunisé, qui renferme des produits toxiques et peut être nuisible. Voilà donc une nouvelle illusion thérapeutique à perdre.

Nous avons entendu trois rapports : M. Fournier a analysé un travail de M. Gilles de la Tourette intitulé syphilis héréditaire de la moelle épinière ; M. Landouzy a fait un rapport sur un travail de M. de Brun (de Beyrouth) dans lequel l'auteur décrit une maladie qu'il appelle myxodermie contracturante hémorragique ; enfin, M. Vallin a fait connaître une note de M. Sautière sur l'hygiène dans les petites localités de la Nièvre.

Nous devons signaler aussi une lecture intéressante de M. Frémont sur l'emploi thérapeutique du suc gastrique d'estomac isolé de chien. En dehors de l'intérêt thérapeutique qu'elle présente, la méthode de M. Frémont montre ce fait physiologique curieux : que des chiens peuvent vivre et se très bien porter avec un estomac isolé.

Il y a juste un siècle que Jenner inventait la vaccine. M. Hervieux n'a pas voulu laisser passer ce centenaire sans rappeler le souvenir de ce bienfaiteur de l'humanité.

L'Académie a nommé membres correspondants nationaux MM. Glénard (de Lyon) et Mossé (de Toulouse).

La discussion sur l'appendicite continue. M. Poncet (de Lyon) est intervenu, dans cette dernière séance, et a émis, sur la pathogénie de cette affection, des opinions moins exclusives et plus éclectiques que M. Dieulafoy.

M. Delorme a fait connaître un nouveau procédé de palatoplastie qui lui a donné un très bon résultat. Enfin, M. Reclus, dans un chaud et éloquent plaidoyer, a de nouveau pris la défense de la cocaïne comme anesthésique local, en la comparant au gaïacol dont il a fait un essai aussi loyal qu'infructueux.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. J. Comby.

Varicelle chez un garçon de deux ans convalescent de scarlatine; rash scarlatiniforme éphémère le second jour de l'éruption (1).

D... (Lucien), âgé de deux ans, entre à l'hôpital le 25 mars 1896, au premier jour de l'éruption d'une scarlatine qui guérit rapidement sans complication.

Le 16 avril, il présente les premières vésicules de varicelle, alors qu'il était depuis longtemps déjà en desquamation de la scarlatine. La température était normale depuis plusieurs jours, et elle ne s'était élevée qu'à 37°4, 37°8, le jour de l'invasion de la varicelle, qui a coïncidé avec le jour de l'éruption. Cette dernière a été discrète, quoiqu'elle se soit faite, comme d'habitude, en plusieurs poussées.

Le 17 avril, deuxième jour de l'éruption varicelleuse, la température monte le soir à 39° 8 ; à ce moment apparaît un rash scarlatiniforme généralisé, sans démangeaisons, sans angine, la face étant respectée. Le lendemain, ce rash persiste ; la température est encore de 39° 6 le matin, de 39 degrés le soir. Le surlendemain, plus de rash, la température tombe à 37°6 le matin, 38 degrés le soir.

Les vésicules de varicelle se dessèchent, et la guérison est bientôt complète ; pas d'albuminurie.

Je présente cette observation de rash varicelleux scarlatiniforme pour faire suite aux quelques faits cités il y a cinq ans, à la Société médicale des hôpitaux, par notre collègue Galliard, puis par Chauffard et quelques autres.

Les rash sont rares dans la varicelle ; ils ne précèdent généralement pas l'éruption ; ils sont contemporains de cette éruption, et leur durée est très éphémère.

Ils peuvent être morbilliformes ou scarlatiniformes (1).

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(1) Cette observation a été rédigée d'après la note qui m'a été remise par M. Schachmann, externe du service.

POLYNÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE D'ORIGINE PALUSTRE (2)

Par M. le docteur Jourdan,
Médecin principal de deuxième classe.

B... (Louis), originaire de Genève, âgé de vingt-huit ans, soldat dans la légion étrangère, deux ans de service, de constitution vigoureuse, n'a jamais été malade antérieurement. Parti pour le Soudan en février 1894, il est envoyé à Kayes sur le haut fleuve Sénégal. Pendant cinq mois sa santé reste parfaite. Au mois d'août, après avoir été mouillé, il contracte un premier accès de fièvre caractérisé par un frisson suivi de sueurs et d'un grand vomissement bilieux ; pendant dix jours, les accès reparaissent, quotidiens, avec stade sudoral très accentué et vomissements ; son état s'améliorant, il reprend son service de dessinateur au génie ; mais il constate déjà à ce moment, dit-il, de la faiblesse des jambes. Dans les premiers jours de septembre, de nouveaux accès quotidiens reparaissent semblables aux premiers, avec abattement et céphalée ; il s'aperçoit bientôt qu'en marchant il détache péniblement les pieds du sol. Entré à l'hôpital de Kayes, la faiblesse des membres inférieurs s'accroît progressivement ; au bout de quelques jours, il peut à peine marcher et peu à peu tous les mouvements sont abolis dans les deux membres inférieurs.

Ces accidents furent accompagnés d'un engourdissement douloureux, de fourmillements aux jambes et aux pieds ; en même temps, la sensibilité devint très obtuse dans les membres paralysés. Le malade, très intelligent, décrit, du reste, avec une grande précision tout ce qu'il a éprouvé.

Pas de phénomènes généraux, pas de rachialgie, pas de douleurs en ceinture ; les fonctions du sphincter restèrent intactes, la défécation et la miction normales.

Après un mois de séjour à l'hôpital de Kayes, il est évacué sur Saint-Louis ; embarqué sur une chaloupe canonnière, il descend le fleuve ; il est de nouveau mouillé par une ondée et, au deuxième jour de navigation, il est pris de trois accès quotidiens avec frissons, sueurs et vomissements bilieux ; le cinquième jour, il est débarqué à Saint-Louis. A ce moment, la paralysie des deux membres inférieurs est absolue, mais il constate aussi une paralysie incomplète des deux membres supérieurs ; la préhension est presque

(2) *Arch. de méd. et de pharm. militaires.*

impossible, il peut à grand'peine porter la main à sa bouche. La sensibilité est aussi très affaiblie.

Pendant un mois, il séjourne à l'hôpital de Saint-Louis. L'état général restait cependant très bon, l'appétit conservé, les digestions faciles, les fonctions des sphincters toujours intactes. Il fut traité dans cet hôpital par la noix vomique, les injections sous-cutanées de strychnine, l'électrisation; sans résultats.

Le 4 novembre, il est embarqué sur le *Taygète* pour être évacué sur l'hôpital de Marseille, où il entre le 18.

État actuel. — Au moment de son entrée, nous constatons une paraplégie complète; le malade ne peut imprimer aucun mouvement aux membres inférieurs; les efforts qu'il fait pour les mouvoir ne révèlent aucune contraction musculaire; le pied est tombant, un peu dévié en dedans; sa face dorsale continue presque directement la face antérieure de la jambe; c'est un pied-bot paralytique, absolument ballottant. La sensibilité n'est pas totalement abolie, mais très diminuée, surtout au pied et à la jambe; à la cuisse la piqûre distincte de deux épingles n'est perçue qu'à 15 centimètres d'écartement; cependant de légères pressions du doigt à la surface de la peau provoquent une sensation douloureuse; il y a de l'hyperalgésie cutanée; la sensibilité thermique est aussi altérée.

L'électrisation faradique ne détermine aucune contraction des muscles de la jambe et de la cuisse; la paralysie a atteint les fléchisseurs aussi bien que les extenseurs. Pas de prédominance musculaire ni de rétraction; les orteils ne sont pas en griffe, ils pendent inertes en légère flexion.

La peau est décolorée; on constate de l'œdème au dos du pied et autour des malléoles; le membre est refroidi. Les pieds, surtout à leur partie dorsale, sont le siège d'une transpiration permanente, révélant avec l'œdème et le refroidissement un trouble vaso-moteur.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis. Lorsqu'on appuie sur le trajet des nerfs, on détermine un peu de douleur en certains points irréguliers.

Les articulations sont indemnes, l'amyotrophie est considérable; le malade nous dit que ses jambes ont diminué de moitié.

Aux membres supérieurs, la paralysie est incomplète (les mouvements seraient revenus en partie pendant la traversée), elle subsiste surtout dans les muscles de l'avant-bras et de la main; la préhension est encore faible, elle donne 8 à 10 kilogrammes au dynamomètre; la sensibilité est affaiblie. L'état général est excellent, l'intelligence vive, la mémoire parfaite, les organes des sens indemnes. L'appétit est bon, la miction et les selles régulières (pas de dysenterie antérieure). Le foie et la rate sont très légèrement augmentés de volume. Aucun trouble cardiaque. Pas de trace d'alcoolisme ni de syphilis. La température est normale; aucun nouvel accès n'est survenu depuis le départ de Saint-Louis; la fièvre ne reparaîtra plus durant tout le séjour du malade à l'hôpital de Marseille. Réservant pendant les premiers jours le diagnostic étiologique de cette paralysie, un traitement fut établi par l'iodure de potassium et l'électrisation. Cependant la succession si nette de ces accidents à des accès graves de fièvre intermittente, nous fit bientôt songer à les rattacher à l'intoxication palustre; le traitement fut, dès lors, modifié et institué comme il suit : vin de quinquina ferrugineux avec liqueur de Fowler, deux pilules de sulfate de quinine à chaque repas, un bain sulfureux tous les deux jours, massage et électrisation faradique.

Pendant trois mois, nous assistons au retour progressif des mouvements et de la sensibilité; la restitution s'opère de haut en bas, du centre à la périphérie. Au bout du premier mois, le malade se lève et marche avec des béquilles; les pieds sont pendants; obligé de fléchir fortement les genoux pour relever la pointe du pied, il steppe; puis la station devient mieux assurée, la marche se fait avec une canne, mais le steppage persiste, les extenseurs du pied sont en retard sur les fléchisseurs. Aux membres supérieurs, mouvements et sensibilité sont revenus totalement. Enfin, après trois mois de séjour à l'hôpital, le malade marche facilement, sans appui, sans fatigue pendant plusieurs heures, steppant encore légèrement. Il est envoyé sur sa demande en congé de convalescence.

La relation qui précède ne peut laisser aucun doute sur la nature palustre de la paralysie observée; mais nous pensons qu'elle justifie aussi le diagnostic de polynévrite inscrit en tête de cette observation.

Bien qu'un certain nombre des symptômes rappellent le béribéri, nous n'hésitons pas à l'éliminer du diagnostic; l'absence de rachialgie, de douleur en ceinture, de toute manifestation cardiaque, de troubles psychiques, enfin la rapidité de la guérison, nous autorisent à rejeter cette affection, inconnue, du reste, au Soudan.

Depuis quelques années les névrites périphériques d'origine toxique et infectieuse ont été bien décrites; parmi les intoxications pouvant les déterminer, on a noté surtout l'alcoolisme et le saturnisme; parmi les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, le typhus, l'érysipèle, l'infection puerpérale, le rhumatisme, la variole, la grippe, la diphtérie, la tuberculose, sont admises dans l'étiologie de ces névrites; à peine est-il fait mention de l'impaludisme. Les paralysies d'origine palustre ont été cependant l'objet de descriptions assez nombreuses, mais elles sont toutes rattachées par leurs auteurs à des lésions cérébrales ou médullaires. Kelsch et Kiener se bornent à dire : « Les fièvres paludéennes graves et prolongées laissent quelquefois à leur suite des paralysies, notamment des paraplégies persistantes, telles qu'on les observe à la suite de la fièvre typhoïde et d'autres maladies aiguës; la faiblesse et une légère incoordination des mouvements, manifestations probables de lésions spinales, comme les troubles de la sensibilité, sont les seuls symptômes que nous ayons relevés dans la sphère de la motilité. »

Laveran ne décrit pas la polynévrite périphérique, conséquence du paludisme.

Grasset et Vincent disent : « Les paralysies palustres sont connues et décrites, des hémiplégies, coïncidant avec des accès ou leur succédant, ont été observées; il y a là un état apoplectique dépendant de congestions cérébrales; ces paralysies sont généralement transitoires, non progressives, variant de siège et d'intensité, et d'origine corticale. »

Babinski, dans son chapitre sur les névrites du *Traité de médecine*, ne donne aucune description des névrites palustres, il se borne à ces mots : « L'impaludisme peut être une cause de polynévrite. »

Boinet et Jalebert ont observé au Tonkin et décrit dans leur mémoire (*Revue de médecine*, 1889) de nombreux cas de paralysies dues à l'impaludisme, notamment de paraplégies, mais il s'agit toujours pour eux de complications médullaires. Les paraplégies citées par ces observateurs sont associées soit à l'hémiplégie, ou à des monoplégies. « Les paraplégies palustres, disent-ils, sont dues soit à la congestion, soit à l'inflammation, soit au ramollissement, soit enfin à des hémorragies de la moelle. » Ils admettent cependant, par quelques mots, la possibilité de l'association de ces lésions à des névrites périphériques.

Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de paralysies palustres sont dues à des lésions médullaires; les autopsies

l'ont démontré ; mais nous pensons aussi que l'existence de polynévrites pouvant déterminer des paralysies sans participation médullaire ne saurait être niée. Notre observation est un véritable tableau clinique de la névrite périphérique : marche ascendante, progressive, dans les membres seuls, de la paralysie du mouvement et de la sensibilité ; fourmillements, refroidissement, amyotrophie, abolition des réflexes et de la contractilité faradique, dissociation de la sensibilité, troubles vaso-moteurs, rien n'y manque. Par contre, nul signe permettant d'affirmer une lésion médullaire. De plus, sous l'influence du rapatriement, tout accès de fièvre disparu, la rétrocession de la paralysie s'opère, progressive, régulière, suivant dans son processus rétrograde une marche centrifuge inverse de la marche centripète de la période d'invasion ; et la guérison est presque complète en trois mois. Cette rapide évolution est assez caractéristique, elle nous paraît bien confirmer le diagnostic ; une altération de la moelle, hémorragie ou autre, capable de produire une paralysie aussi complète, n'aurait pas été suivie de cette guérison rapide avec restitution de la fonction.

L'envahissement des membres supérieurs n'implique nullement la participation de la moelle ; ce mode d'extension sans symptôme de myélite est, au contraire, caractéristique des névrites. Feinberg et Klem ont démontré que des névrites périphériques « pouvaient se manifester à distance des premiers points envahis, sans participation de névrite médullaire ».

Nous croyons donc que, chez notre malade, il s'agit bien d'une névrite périphérique palustre, et nous ajouterons que peut-être l'action du refroidissement et de l'humidité à laquelle il a été soumis à deux reprises a pu influer sur la localisation névritique.

L'infection paludéenne peut déterminer des névrites au même titre que les autres maladies infectieuses ; dans ces névrites infectieuses, on admet aujourd'hui que les microbes spécifiques sécrètent des toxines qui détermineraient l'altération des nerfs périphériques ; l'hématozoaire de Laveran ne pourrait-il pas aussi sécréter une toxine capable de produire la même altération ?

Peut-être de nouvelles observations, prises dans le vaste champ qui s'est ouvert à Madagascar, viendront-elles mieux affirmer l'existence et la fréquence des névrites périphériques dues à l'impaludisme.

REVUE DE LA PRESSE

Deux cas de kystes pancréatiques ; opération et guérison. — Le professeur Nicoladoni [d'Innsbruck (*a*)] vient d'opérer avec succès deux cas de kystes développés aux dépens des culs-de-sac glandulaires du pancréas ; l'intérêt et la rareté de pareilles opérations nous ont paru justifier le résumé détaillé que nous donnons des observations qu'il a publiées.

Premier cas. — Le 15 janvier 1892, la femme M. B..., âgée de cinquante-deux ans, mère de trois enfants bien portants, est reçue à la clinique. La malade dont les règles ont toujours été régulières jusqu'à sa ménopause datant de trois ans, était restée parfaitement bien portante dans sa jeunesse. Elle avait souffert, il y a douze ans, d'une inflammation intestinale suivie de poussées d'ictère à intervalles éloignés. Il y a un an, la malade ressentit tout à coup des crampes d'estomac survenant sans cause appréciable, accompagnées de vomissements bilieux abondants.

Il y a six mois, le ventre augmentait considérablement de volume et une tumeur se montrait manifeste, indéniable, en même temps la malade éprouvait des douleurs localisées dans le flanc gauche. Les selles n'étaient pas modifiées.

A son entrée dans le service, la malade est maigre, le ventre bombé au niveau de l'hypocondre gauche, où on sent une tumeur sphérique peu mobile. La percussion donne un son mat au niveau de la tumeur ; à droite, dans les flancs, sonorité exagérée. L'ombilic est entouré d'une zone de sonorité exagérée au niveau de laquelle on distingue nettement des bruits de gargouillement. Le côlon transverse, rendu évident par l'air introduit dans le rectum, déborde la limite inférieure de la tumeur. Ni sucre, ni albumine dans l'urine ; rien ailleurs.

Le 2 février 1892, le professeur Nicoladoni pratiquait la laparotomie après ouverture du ventre suivant une ligne partie de l'ombilic et dirigée vers l'hypocondre gauche, qui lui fit reconnaître immédiatement le ligament gastro-colique et le grand épiploon dans l'angle inférieur de l'incision, à quelques doigts au-dessus de la symphyse, ainsi qu'une portion du côlon transverse dans l'angle supérieur à droite de l'estomac. Derrière le ligament gastro-colique distendu, il trouvait la tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, fluctuante, répondant bien par son siège à un kyste du pancréas.

La ponction pratiquée pour permettre la mobilisation de la paroi du kyste donnait issue à 3 litres d'un liquide brunâtre. Après forcipressure de l'orifice déterminé par le passage du trocart, le kyste est suturé à la paroi pour permettre aux adhérences de se former. Cinq jours après, il est ouvert, vidé complètement et drainé. Les drains sont enlevés vers les premiers jours d'avril et la malade se lève trois mois après l'opération, ne ressentant plus de douleurs, et continue à se bien porter jusqu'en automne 1894, époque à laquelle elle meurt d'une attaque d'apoplexie.

L'examen du liquide provenant du kyste, pratiqué dans le laboratoire de chimie de la Faculté, donne les résultats suivants : réaction alcaline du contenu du kyste, liquide riche en peptone, possédant la triple propriété peptique, saccharifiante et émulsive.

Deuxième cas. — Au commencement d'octobre 1895, la femme C. K..., âgée de vingt-quatre ans, fut reçue à l'hôpital, la malade étant, au dire de son médecin, souffrante depuis quatorze jours avec les symptômes d'une occlusion intestinale ; douleurs de ventre, coliques, vomissements et météorisme, accompagnés d'élévation de la température (39°5). Bien qu'on ait obtenu avec un purgatif une évacuation intestinale abondante, les douleurs persistaient malgré tout et le fait qu'il s'y joignait de l'anorexie mettait la malade très bas. Huit jours avant son entrée, cette femme remarquait la présence d'une tumeur croissant à vue d'œil, très douloureuse à la pression, située dans le voisinage de l'estomac, sans qu'il lui fût possible d'expliquer la raison d'être de cette tumeur.

La malade, à son entrée, paraît amaigrie et souffre beaucoup ; il est facile de constater chez elle la saillie et la sensibilité du ventre. Dans l'intervalle des douleurs, on peut, dans le voisinage de l'estomac, délimiter une tumeur lisse, sphérique. L'estomac, qui recouvre une petite partie seulement de la tumeur, est rejeté à gauche et en bas et déborde l'ombilic du même côté. La tumeur siège évidemment au-dessus de la petite courbure. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Ces douleurs siégeant au pourtour de l'estomac durent souvent des heures entières et les vomissements surviennent à chaque prise de nourriture. L'apparition brusque

de la tumeur, sa croissance rapide, son siège au-dessus de l'estomac, ne permettaient pas d'affirmer une tumeur pancréatique avant la laparatomie qui fut pratiquée le 5 octobre 1895.

L'incision, partie de la pointe de l'appendice xyphoïde, se dirigeait à gauche laissant l'ombilic à droite de l'ouverture; l'estomac apparaît occupant l'angle interne de la plaie dans sa totalité, sa petite courbure émerge à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de la plaie, l'angle supérieur de l'incision est occupé par la tumeur lisse et fluctuante et cette tumeur est complètement libre en haut à droite et à gauche, adhérant solidement au niveau du pancréas en arrière, profondément. Ignorant le contenu du kyste, Nicoladoni pratiqua l'opération en deux temps.

La paroi du kyste fut d'abord fixée à la peau pour permettre aux adhérences de se former et le kyste fût ouvert six jours après. Il en sortit un liquide jaune clair et on y reconnut la présence d'une sorte d'appendice long de 6 centimètres dont on fit l'ablation. Cela fait on draina la cavité et dès lors les suites furent fort simples. A la fin de novembre la malade quittait l'hôpital bien rétablie.

L'examen chimique du liquide donna les mêmes résultats que dans le premier cas. L'examen histologique du fragment de tumeur extrait de l'intérieur du kyste permit de reconnaître que c'était là un fragment de pancréas nécrosé en dégénérescence hyaloïde. La présence de cette portion du pancréas (vraisemblablement la queue) dans la tumeur ne s'explique pas bien.

Il résulte de ces observations que, dans aucun des deux cas relatés, il ne fut trouvé à aucun moment de sucre dans les urines, ce qui permet d'affirmer que le processus pathologique n'avait pas détruit la totalité de la glande, ce qui n'implique pas du reste la perméabilité du canal excréteur. On sait en effet qu'il suffit qu'un fragment de la glande reste intact pour empêcher le diabète pancréatique. Un kyste peut donc se développer aux dépens du canal excréteur lui-même, sans qu'il en résulte la moindre glycosurie.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces kystes encore mal connus l'auteur partage l'opinion de Tilger. Il croit à un processus de dégénérescence chronique de la glande, et il en donne comme preuve la coexistence de fragments nécrobiosés au voisinage des kystes qu'il a eu l'occasion d'opérer. (*Wiener Klin. Wochens.*, n° 15, 1896.)

(*a*) Nous nous permettrons de signaler en passant, à l'attention du public médical français, l'heureuse disposition de la Faculté de médecine d'Innsbruck. Cette Faculté a pris, depuis une dizaine d'années, une importance relativement considérable puisqu'elle compte aujourd'hui plus de 500 étudiants; ce développement est dû en grande partie au pressant besoin de décentralisation qui se faisait sentir à Vienne comme à Paris et qui, là-bas, a déterminé le gouvernement autrichien à des sacrifices considérables pour doter le Tyrol d'une faculté suffisamment organisée pour retenir loin de la capitale les étudiants de toute une région.

C'est aujourd'hui une faculté fort bien dotée, largement rétribuée, pourvue de tout le confort que réclame l'enseignement de la médecine à l'heure actuelle et qui offre le précieux avantage de grouper dans un même ensemble de bâtiments les différents pavillons d'anatomie, d'anatomie pathologique, de bactériologie ou de chimie médicale de la Faculté, ainsi que les pavillons distincts, et pour ainsi dire autonomes, qui sont affectés aux différents services de l'hôpital et où chaque médecin est en quelque sorte maître chez lui.

Cette reconstruction de l'hôpital, qui a coïncidé avec la rénovation de la Faculté, est le fait de la ville d'Innsbruck qui a contribué ainsi pour une large part à la réorganisation de la Faculté de médecine.

Ce groupement a le précieux avantage de faciliter singulièrement l'étude de tel ou tel cas pathologique déterminé, en même temps qu'il permet à l'étudiant de réaliser une économie de temps considérable.

L'installation de la Faculté de médecine d'Innsbruck pourrait servir de modèle à plus d'une Faculté de province, le jour où, par suite d'un mouvement de décentralisation, désormais inévitable, on se verrait dans la nécessité de reconstruire l'une ou l'autre de ces Facultés. (*Note du traducteur.*)

Raccourcissement du ligament utéro-sacré par la voie vaginale s'opposant à la rétroflexion utérine. — Gottschalk (de Berlin) préconise le raccourcissement du ligament utéro-sacré comme moyen indirect de ramener l'utérus rétrofléchi en position normale; ce qui revient à fixer le col de l'utérus en arrière après avoir ramené le corps de l'utérus en avant. Son procédé qu'il prétend facile et sans danger et qui s'exécute par la voie vaginale est le suivant :

Une incision médiane commençant à 1 centimètre environ au-dessous de l'insertion de la paroi vaginale à la lèvre postérieure de l'utérus est longue de 5 centimètres environ, est menée de haut en bas le long de la paroi postérieure du vagin; la cavité de Douglas est ensuite incisée suivant une ligne parallèle à la première incision.

Une pince ou des soies à ligature provisoires réunissent de chaque côté la lèvre vaginale à la lèvre péritonéale de l'incision, servant de prise à l'aide pour étirer transversalement l'ouverture du cul-de-sac péritonéal et permettre à l'opérateur de jeter un coup d'œil dans la cavité de Douglas. S'il existe des adhérences fixant l'utérus dans cette cavité, le chirurgien les libère avec les doigts pour ramener l'utérus en avant.

C'est alors qu'avec la pulpe de l'index, on cherche à atteindre l'extrêmité sacrée du ligament en s'éloignant de son insertion utérine en un point variable situé à 3, 4 ou 5 centimètres de cette insertion, point que l'on avait encore sous les yeux un instant auparavant.

Sur le doigt servant de guide, repoussant le péritoine en dehors, pressant fortement en ce point et tout en regardant on enfonce à travers le ligament de haut en bas une aiguille mousse de Deschamps et on fait de suite un nœud résistant avec le fil. Saisissant alors l'autre extrémité du fil, munie au préalable d'une autre aiguille plus acérée, plate et légèrement incurvée, on l'enfonce profondément dans l'épaisseur de la paroi de la lèvre postérieure du col jusqu'au niveau de sa portion vaginale pour la faire ressortir immédiatement au-dessus de la lèvre vaginale de l'incision; on lie alors solidement les deux extrémités du fil. Le nœud se trouve rejeté profondément en arrière; la portion vaginale du col n'est pas prise dans la ligature.

On procède de même du côté opposé, et l'opération se trouve finie. On draîne la cavité de Douglas au moyen d'une mèche de gaze iodoformée et l'on maintient l'utérus au moyen de tampons de gaze entourant le col à la façon d'un pessaire; on prescrit à la malade pendant les quelques jours qui suivent de se coucher autant que possible sur le ventre ou sur les côtés, évitant le décubitus dorsal. Par ce procédé la malade peut se lever le septième jour, les tampons sont alors changés pour la première fois et remplacés par un tampon de gaze que l'on prend soin de bien mettre dans le cul-de-sac antérieur du vagin et que l'on renouvelle deux fois. (*Centralbl. f. gynäcol.*, 1896, n° 16.)

De l'hémianopsie dans l'urémie. — Tandis que les preuves de l'existence d'une lésion anatomique dans l'amaurose survenant au cours de l'urémie n'ont pas encore été fournies et que l'opinion qui attribue sa raison d'être à des lésions corticales demande encore à être confirmée par des faits, l'auteur rapporte un cas de néphrite chronique (mit auctem

Nachschule), au cours de laquelle survint une amaurose subite de vingt-quatre heures de durée, puis une hémianopsie gauche, qui s'accompagna d'un foyer de ramollissement, reconnu à l'autopsie, dans le territoire de la deuxième circonvolution occipitale droite. Dans l'examen des symptômes et de leurs rapports avec les lésions anatomiques observées, l'auteur en vient à la conclusion qu'il existe, à n'en pas douter, un rapport de cause à effet entre l'hémianopsie et le foyer de ramollissement ; mais qu'il n'est pas possible en revanche de faire dépendre le foyer d'un processus embolique.

Certaines considérations permettent de reconnaître au contraire comme possible une étroite relation entre l'urémie et l'hémianopsie et tout particulièrement avec le foyer de ramollissement.

Il rappelle à ce propos quelques cas d'urémie dans lesquels on a constaté justement de l'hémianopsie dans le décours d'une amaurose urémique ; il montre que l'amaurose urémique doit être considérée comme une paralysie toxique des deux voies conductrices intracérébrales de l'appareil de la vision. Mais l'on conçoit avec une pareille interprétation que, de temps à autre, l'une ou l'autre des hémisphères soit plus profondément touchée en un point et qu'au moment du retrait de l'amaurose, persiste une hémianopsie; l'urémie présente du reste parfois des lésions analogues hémilatérales dans le territoire des circonvolutions motrices.

En faveur de l'opinion de l'auteur qui rattache le foyer de ramollissement non pas à une embolie, mais à un processus toxique entraînant la vaso-constriction et par suite l'anémie d'une portion de territoire cérébral, on peut citer ce fait que la vue peut reparaître après une attaque d'amaurose urémique, ce qui serait inconciliable avec une lésion cérébrale bien caractérisée. (*Centralbl. f. Mn. Med.* 1896, n° 14.)

PAUL VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'anémie post-hémorragique.

Par le docteur X. Delmis.

Une des circonstances les plus émouvantes, auxquelles expose la profession médicale, est certainement le moment où le médecin est appelé pour arrêter une hémorragie grave. Tantôt c'est un ouvrier qui s'est blessé au cours de son travail, et qui, par une plaie artérielle, laisse échapper un jet continu de sang; il défaille, sa vue se trouble, ses oreilles bourdonnent, ses yeux hagards appellent à l'aide, car il sent la mort l'envahir, mais il n'a plus la force de pousser un cri. Tantôt c'est un malheureux tuberculeux qui, dans une dernière hémoptysie, perd ce qui lui reste de sang, ou un cancéreux dont la plaie linguale saigne en nappe, mais constamment, sans qu'aucun hémostatique puisse y porter remède. Ou encore c'est une nouvelle accouchée : tout s'est bien passé, l'enfant est né bien vivant, la délivrance est faite, tout le monde est joyeux, le médecin est parti tranquille; mais on le rappelle subitement, l'accouchée est dans une mare de sang, qui suinte peu à peu, elle est toute pâle, elle sent la vie qui s'éteint, et faute d'aide elle va peu à peu mourir, faisant, à peine né, un orphelin.

En présence de pareils cas, l'action du médecin doit être énergique et prompte, et si, trop souvent, elle reste inefficace, il est d'autres cas où une hémostase bien faite permet des résurrections inespérées. La conduite à tenir est trop variable dans chaque cas pour que nous voulions la résumer ici. Ce que nous voulons faire, c'est, une fois l'hémorragie arrêtée, indiquer les moyens les plus efficaces pour rapidement reconstituer le malade anémié par elle.

On sait avec quelle facilité une perte sanguine modérée est réparée par l'organisme, à condition toutefois qu'il s'agisse d'un organisme sain, que l'appétit soit conservé et les digestions bonnes. Il n'en est plus de même dans le cas où l'hémorragie a été suffisamment abondante pour déterminer une grande dilution de sang, et surtout quand de nombreuses hémorragies se sont répétées à de rares intervalles, comme cela arrive souvent aux malades atteints de tuberculose pulmonaire, de fibromes utérins, d'épithélium de la langue ou du col.

Dans ces cas, le sang n'est pas seulement diminué en quantité, et dilué par la proportion plus grande d'éléments liquides (hydrémie post-hémorragique de Hayem). Mais, en outre, le type globulaire est altéré. Voici, d'après Hayem (1), en quoi consistent ces modifications.

1° Les globules rouges sont altérés dans leur nutrition : ils présentent des trous, des fentes, des déformations en calotte.

2° Ils sont modifiés dans leurs dimensions. Les globules géants sont très abondants; il existe aussi de petits globules qui sont l'indice d'un processus de réparation.

3° Les hématoblastes deviennent très nombreux dans les heures qui suivent l'émission sanguine, pour aider à la réparation sanguine. Plus tard, comme si ce processus s'épuisait, ils sont moins nombreux, et grossissent sans se transformer en globules rouges.

Ces altérations dans le processus de réparation expliquent les faits où, malgré l'arrêt de l'hémorragie, la guérison de l'anémie post-hémorragique ne se fait pas, et où la mort survient dans un temps plus ou moins long.

Pour faciliter le processus de réparation, le fer est encore le médicament le plus utile (2). C'est sous forme d'iodure de fer qu'il doit être administré, puisque ce sel est parmi les préparations ferrugineuses la plus assimilable (Cl. Bernard) et que son administration n'est pas suivie, comme il arrive souvent avec les autres sels de fer, de troubles digestifs.

Il faut avoir soin de prescrire l'iodure de fer pur. Celui qui est préparé extemporanément dans les pharmacies contient un excès d'iode, d'acide iodhydrique et d'iodates. Il faut s'adresser aux préparations effectuées en grand dans l'industrie et offrant toute garantie par le soin avec lequel elles sont faites. L'iodure de fer ainsi préparé, selon la méthode de M. Gille, nous a donné les meilleurs résultats. On prescrira, à la fin de chaque repas, deux à quatre dragées d'*iodure de fer de Gille*, ou encore une ou deux cuillerées de *sirop d'iodure de fer de Gille*.

Selon M. Hayem, la médication par le fer produit rapidement un effet favorable sur le processus hématopoiétique. En quelques jours, les hématoblastes et les petits globules rouges de nouvelle formation augmentent de nombre dans des proportions considérables. Les globules rouges fendillés, et les globules rouges géants, qui sont des formes de souffrance, ne tardent pas à disparaître. La valeur globulaire diminue les premiers jours (à cause de la plus grande proportion de petits globules), mais quand le traitement est longtemps continué, ce qui est absolument nécessaire, la valeur globulaire augmente de nouveau progressivement, jusqu'à revenir à l'état normal, ce qui indique que la proportion d'hémoglobine contenue dans chaque globule a repris son chiffre habituel.

Même quand le sang a repris sa composition normale, il faut continuer quelque temps l'administration de l'iodure de fer. Il agit alors comme prophylactique. Si, en effet, sous l'influence de la lésion causale de la première hémorragie,

(1) Hayem. *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques. Émissions sanguines, transfusion du sang, fer*, Paris 1881.

(2) Hayem. *Le sang*, p. 85.

il se produit une nouvelle perte de sang, elle est moins abondante, en tout cas plus facilement arrêtée, parce que le sang, plus riche en hématoblastes, est devenu plus coagulable. C'est ce qu'a démontré M. Hayem dans plusieurs mémoires (1). Ces travaux ont confirmé scientifiquement ce fait que l'expérience clinique avait déjà démontré, l'action bienfaisante de l'iodure de fer pour arrêter les tendances hémorragiques, et pour réparer la constitution du sang à la suite de grandes hémorragies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1896. — Présidence de M. Hervieux.

RAPPORTS

Syphilis héréditaire de la moelle épinière. — M. Fournier fait un rapport sur un travail dans lequel M. Gilles de la Tourette établit que cette maladie peut se montrer chez le fœtus, chez l'enfant ou chez l'adolescent et même chez l'homme adulte. Dans le premier cas, la clinique perd ses droits, l'enfant en effet, ou bien meurt avant sa naissance, ou bien il succombe peu de temps après. Les lésions qu'il présente sont celles de la méningo-myélite diffuse embryonnaire. On observe aussi souvent chez le nouveau-né le tabes dit congénital ou spasmodique. Les relations entre ce dernier et la syphilis sont donc actuellement bien établies. Chez l'enfant de deux à huit ans, on observe des types variés de syphilis médullaire. Les types pathologiques sont mieux définis. On observe de la paraplégie spasmodique. Ces affections syphilitiques sont remarquables par leur curabilité. Elles appartiennent au type des polyomyélites antérieures. On se figure difficilement un homme de trente ans ayant une maladie qui remonte à la vie intra-utérine. C'est le mérite de M. de la Tourette d'avoir mis ce fait hors de doute. Il a rapporté dans son travail cinq cas de tabes par hérédité syphilitique.

Myxodermie contracturante hémorragique. — M. Landouzy fait, sur un travail de M. H. de Brun (de Beyrouth), un rapport dont voici les conclusions :

Il existe une maladie caractérisée par l'ensemble des phénomènes suivants :

Début brusque par une forte fièvre, du malaise, des vomissements, de la céphalalgie. Apparition rapide de phénomènes typhiques communs à toutes les maladies infectieuses, avec agitation nocturne et délire souvent violent.

Courbe thermique caractérisée par trois périodes : ascension brusque jusqu'à 39 degrés. Oscillations pendant huit à dix jours de 39 à 40 degrés. Puis, période d'apyrexie pendant huit jours, la température pouvant même descendre au-dessous de la normale. Une troisième période enfin où la température remonte rapidement aux environs de 39 degrés.

Contracture généralisée, surtout accusée au niveau des muscles masticateurs, des muscles du visage et de la nuque.

Altération spéciale de la peau qui devient malléable comme la cire molle.

Hémorragies sous-cutanées survenant au début de la troisième période sous forme d'ecchymoses multiples entourées d'une zone blanche. Elles sont douloureuses.

On note l'absence de météorisme, de taches rosées ou d'éruption quelconque, la durée est de trois à quatre semaines. Le principe infectieux encore inconnu n'a rien de commun avec le bacille d'Éberth.

Le pronostic est grave.

Le diagnostic est relativement facile, étant donné l'ensemble des signes qui viennent d'être indiqués.

L'hygiène dans les petites localités de la Nièvre. — M. Vallin lit un rapport sur un travail de M. Sautière sur ce sujet.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (première division).

Première élection : M. Glénard (de Lyon) est élu par 50 voix sur 68 votants.

Deuxième élection : M. Mossé (de Toulouse) est nommé par 53 suffrages sur 68 votants.

COMMUNICATION

Traitement des tumeurs malignes par le sérum d'âne. — M. Arloing (de Lyon), en son nom et au nom de son chef de laboratoire M. Courmont, fait une communication sur ce sujet.

Deux sortes de sérum ont été employés pour ces expériences; le sérum d'animaux immunisés et le sérum d'âne normal.

Le sérum d'animaux immunisés, les ânes ayant été inoculés avec du suc de tumeurs cancéreuses, a été appliqué dans 14 cas. Chez ces 14 malades, il y a eu, dès la cinquième injection, production des tumeurs à forme érysipélateuse se développant au point d'injection. Au début, les douleurs sont diminuées, mais elles reviennent et après huit ou dix injections les malades refusent de continuer le traitement. Dans un cas qui était inopérable, la tumeur s'est localisée et il est devenu possible d'opérer.

Le sérum normal d'âne donne les mêmes effets que le sérum dit immunisé et ne présente aucun de ses inconvénients. Ce serait donc lui qu'il faudrait préférer si l'on voulait essayer ce traitement.

Voici les conclusions du travail de MM. Arloing et Courmont :

Les injections de sérum d'âne inoculé avec des produits épithéliomateux donnent des réactions violentes, mais suppriment souvent la douleur. Malheureusement l'effet est très transitoire et disparaît après 5 à 15 injections. Il est impossible de les prolonger davantage.

En général, ces injections agissent sur le gonflement qu'elles font notablement diminuer; par ce moyen, elles pourront peut-être être utiles. Mais le sérum d'âne inoculé renferme des produits toxiques, pouvant déterminer des accidents parfois graves qui empêchent d'en prolonger l'emploi.

Le sérum d'âne normal produit les mêmes effets parfois utiles sans déterminer de grandes réactions, c'est donc lui qu'on devra employer si on veut obtenir la diminution du gonflement inflammatoire et, par ce moyen, arriver parfois à pouvoir opérer une tumeur jusque-là inopérable; c'est d'ailleurs à peu près le seul résultat qu'on puisse espérer obtenir avec les injections de sérum anticancéreux.

Enfin, nous nous sommes demandé si le sérum d'âne dit immunisé ne pourrait pas servir pour déceler l'existence d'une tumeur cancéreuse profondément située. Nous avons constaté que, chez les cancéreux, ce sérum détermine des réactions violentes. Mais nous aurions dû comparativement voir l'effet produit par ces injections chez un sujet sain. Or, nous devons dire que nous n'avons pas osé tenter cette expérience. Nous ne pouvons donc rien dire sur ce point particulier.

(1) Hayem. Du processus de coagulation du sang, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 fév. 1881; — Nouvelles recherches sur la coagulation du sang, *Union méd.*, 1882; — Sur le mécanisme de l'arrêt des hémorragies, *Rev. scientif.*, 1882. — Du rôle des hémoptysies dans la coagulation du sang, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1883.

LECTURE

Applications thérapeutiques du suc gastrique. — M. Frémont fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

« Il y a un an, le 14 mai 1895, j'ai montré, à l'Académie, du suc gastrique pur, obtenu par « l'isolement de l'estomac » chez le chien. Ce suc est susceptible d'applications thérapeutiques ; en voici quelques exemples :

Embarras d'estomac soulagés instantanément. — Chez deux dames, la digestion devient lourde, douloureuse ; un peu de suc fait disparaître le malaise en quelques instants. Un monsieur perd l'appétit, commence à avoir du vertige après le repas au huitième jour de son embarras gastrique. Il prend du suc, le vertige ne se produit plus. Le lendemain l'estomac digérait bien.

Entérite guérie en quelques heures. — Mme G..., après dix jours d'anorexie, de digestions laborieuses, est prise de diarrhée, sept à huit selles dans la nuit, et de vomissements. Le suc fait disparaître rapidement les nausées ; les vomissements et les selles ne se reproduisent plus.

Choléra nostras guéri rapidement. — M. B..., à son retour de Paris à Nice, est pris de vingt-cinq à trente selles, vomissements continuels, crampes, les traits se tirent, les extrémités sont froides. Du suc, pris à doses espacées, arrête instantanément les vomissements et les selles ; le lendemain, M. B... n'éprouvait aucun malaise de sa vive alerte.

Grippe avec complications gastro-intestinales, fièvre élevée. Guérison. — Mme C..., soixante-quatre ans, prend la grippe, elle a de la courbature, de la céphalgie, un peu de toux, beaucoup de nausées et de tympanite, 40 degrés. L'antipyrine, le sulfate de quinine, les antiseptiques échouent. Le suc employé vingt-quatre heures fait disparaître les troubles gastro-intestinaux et ramène la température à l'état normal. Les antiseptiques sont repris pendant deux jours ; mais la fièvre reparaît, 39°6. Le suc est redonné pendant quarante-huit heures et la fièvre tombe définitivement. Un peu de suc a été donné les jours suivants car l'estomac reste faible, atonique.

Intolérance gastrique qui disparaît tant qu'on donne du suc. — M. le docteur Le Gendre s'en est servi « chez une dame arrivée à la période cachectique du diabète et ayant une complète intolérance gastrique. Elle a consommé en peu de jours une bouteille de suc, et, pendant ces jours-là, elle a gardé et utilisé du bouillon, du jaune d'œuf, de la viande crue rapée. Cette dame étant de Beauvais, quand la bouteille a été épuisée, le confrère traitant a continué la cure par la solution d'HCl, à 4 p. 1000, avec pepsine, mais l'intolérance a reparu et n'a plus cessé jusqu'à la mort ».

Insuffisance gastro-intestinale, gros foie, amaigrissement profond ; suc, augmentation de dix kilogs en six mois. — M. Y..., quarante ans, commence à digérer difficilement en 1887 ; son foie devient gros (on a pu penser à un kyste), il est sujet à des crises de diarrhée, de vomissement, pour la moindre cause, il maigrit beaucoup. Son poids normal de 72 kilogs subit des oscillations pour arriver, en septembre 1895, à 58kg800. Sous l'influence du suc, le foie devient presque normal et insensible, les phénomènes nerveux, vertiges, etc., disparaissent ou sont très atténués, les forces augmentent comme le poids qui est, en avril, de 68kg700.

Apepsie, exostoses, morphinomanie ; état cachectique ; suc, augmentation de 20 kilogs en 10 mois, guérison de la morphinomanie, des exostoses. Digestion parfaite sans suc. — M. X..., après avoir été hyperchlorhydrique et avoir craché souvent du sang, devient apeptique. Il est morphinomane pour combattre ses douleurs d'estomac. L'appétit est nul, les digestions laborieuses. Des exostoses spécifiques se forment sur son fémur droit, l'iodure, même pris en lavement, détermine des douleurs d'estomac intolérables. La faiblesse est si grande, au mois de mai 1895, que sa vue est trouble.

Le suc est donné à partir de ce jour ; peu à peu les douleurs d'estomac cessent, l'embonpoint revient ; l'estomac supporte mieux l'action de l'iodure. Les exostoses sont guéries en janvier 1896. L'estomac, assez fatigué par le traitement ioduré, se remet en quelques semaines avec le suc gastrique. Au mois de mars, sans suc, M. X... mange de tout, digère tout : son teint est devenu coloré, ses forces excellentes, ainsi que sa vue. Il pèse 72 kilogs, soit 20 kilogs de plus qu'au mois de mai. M. X... peut reprendre la direction de sa maison de commerce que sa maladie lui avait fait abandonner depuis cinq ans.

Apepsie, intolérance gastrique, cachexie, mort imminente : suc, disparition des douleurs, augmentation régulière de 200 grammes par jour. — M. B..., cinquante-deux ans, 1 mètre 74, atteint d'apepsie ; rien ne passe plus au mois de mars. Le képhir lui-même reste dans l'estomac, détermine de vives douleurs et doit être retiré par la sonde. La maigreur est externe. On trouve quelquefois du sang dans l'eau de lavage. Sous l'influence du suc tout change : il termine son journal d'observation par les lignes suivantes, le 7 mai 1896 : « Lorsque j'ai été mis au régime du suc gastrique, rien ne passait plus. La faiblesse était grande, l'urine chargée, les lavages ramenaient un liquide nauséabond ; en un mot la situation semblait désespérée. Après deux mois de ce régime, il s'est produit une heureuse transformation. Le lait que je ne digérais pas depuis plus d'un an a été dès le premier jour parfaitement supporté par l'estomac. Il en est résulté un accroissement progressif des forces. Alors qu'au mois de février je me traînais péniblement, je puis aujourd'hui faire des promenades de plusieurs kilomètres. L'embonpoint revient régulièrement ; l'augmentation est maintenant de 200 grammes par jour, le teint est redevenu rosé, les extrémités sont moins froides, la circulation se fait mieux, les bourdonnements ont disparu, bref, d'un moribond, le suc gastrique animal a fait un convalescent en bonne voie de guérison. Poids : 19 avril, 52kg700 ; 25 avril, 54kg700 ; 2 mai, 55kg300 ; 7 mai, 56gk300.

Apepsie, diarrhée ; suc, amélioration. — Mme Z..., apeptique depuis au moins 1891, a fréquemment de la diarrhée avec douleurs très vives dans les intestins. Le 21 décembre 1895, elle a une crise de diarrhée plus aiguë, plus douloureuse que jamais, les soins qui lui réussissaient d'ordinaire n'ont pu la modifier. Elle prend du suc : arrêt immédiat de la diarrhée ; diminution puis disparition des douleurs ; pendant trois semaines, selles moulées. Après une rechute, le suc donne encore une grande amélioration. Après sa cessation, Mme Z... peut digérer le lait, quatre litres, alors qu'elle n'avait jamais pu en tolérer qu'un litre. Au moment de me quitter elle m'écrit qu'elle aimerait « avoir du suc qui lui a été si précieux contre la diarrhée ».

Hypochlorhydrie ; améliorations des digestions et de l'état général. — M. le docteur Z... est un hypochlorhydrique, presque un apeptique. Depuis un grand nombre d'années, il a vu tous les médecins, visité toutes les stations d'eaux minérales, pour améliorer ses digestions. Il éprouve des gaz, des douleurs, parfois des nausées, une constipation opiniâtre. Ce qui lui est le plus pénible, c'est un état de vertige compliqué de grande faiblesse des jambes, qui l'empêche de sortir à pied. Sous l'influence du suc gastrique, il a cessé de souffrir, d'avoir du vertige, a gagné des forces, a pu sortir tous les jours pendant l'hiver, faire de longues promenades ; il n'a pas pris une seule fois une voiture. M. le professeur Dieulafoy a constaté les heureux résultats obtenus, mais pense qu'il doit continuer à prendre du suc. »

La séance est levée.

Séance du 19 mai 1896. — Présidence de M. Hervieux.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. Poncet, s'appuyant sur 71 cas d'appendicite opérés dans son service par M. Jaboulay ou par lui, divise ces faits en deux groupes. Dans un premier groupe, il s'agit d'appendicites pour lesquelles on a dû pratiquer des laparotomies iliaques avec résection de l'appendice; il s'agissait de cas suraigus; dans un second groupe l'appendice a été laissé en place.

Dans ces cas, tantôt l'appendice était perforé ou sphacélé, tantôt renfermant des calculs, tantôt dévié, enfin cinq fois, il était vide et parfaitement perméable.

Se basant sur ces faits, il croit pouvoir dire que la pathogénie de l'appendicite n'est pas une : la théorie du vase clos est beaucoup trop exclusive, telle qu'elle a été formulée par M. le professeur Dieulafoy et, d'ailleurs, antérieurement par M. Talamon dans son *Traité de l'appendicite*. Les agents d'obstruction jouent dans ces hypothèses une part un peu excessive.

C'est ainsi que Roux a pu lier l'appendice ainsi que ses vaisseaux sans obtenir le sphacèle.

La théorie de l'occlusion ne peut suffire seule, l'infection joue un rôle primordial. Le rétrécissement de l'appendice dans bien des cas est la suite de l'infection et non la cause des accidents de l'appendicite aiguë, comme l'indique M. Laveran.

Bien plus, à l'autopsie de sujets morts d'autre chose, l'appendice est fréquemment obstrué, sans que de ce fait il se soit produit des accidents quelconques (thèse de Lafforgue).

En somme, comme le veulent les chirurgiens américains, l'appendicite peut être rapprochée de l'amygdalite; elle reconnaît la même pathogénie.

Les coliques appendiculaires ne peuvent être attribuées d'une façon absolue à la pénétration de calculs dans l'appendice; cette cause jouait au contraire pour Talamon un rôle primordial. Quant à la lithiase appendiculaire, elle est également indépendante de l'appendicite et constitue un processus propre.

C'est en somme l'infection qui joue un rôle de tout premier ordre en l'espèce; l'influence microbienne est donc le premier des facteurs. M. Talamon avait d'ailleurs insisté depuis longtemps sur le rôle très important des microbes dans l'appendicite.

En terminant, M. Poncet donne la statistique des opérations sur lesquelles il base ces conclusions :

Soixante et onze observations se répartissant ainsi : 12 résections à froid : 12 guérisons; 3 résections pour appendicite infectieuse aiguë avec péritonite suppurée : 2 morts, 1 guérison; 13 opérations pour appendicites gangreneuses avec péritonite généralisée : 13 morts; 33 incisions pour phlegmon intra ou extra-péritonéal : 27 guérisons, 6 morts.

LECTURE

Sur un procédé de restauration des pertes de substance étendues de la voûte palatine. — M. Delorme (du Val-de-Grâce) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

COMMUNICATION

De l'emploi du gaïacol ou de la cocaïne comme anesthésique. — M. Reclus rappelle la communication faite par M. Lucas-Championnière sur l'emploi du gaïacol comme anesthésique local (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 884). M. Lucas-Championnière concluait en disant que le gaïacol était préférable à la cocaïne et qu'il n'offrait aucun danger. M. Reclus a fait un essai loyal du gaïacol en suivant exactement les règles formulées par MM. Lucas-Championnière et André. Il laisse de côté trois faits de sphacèle produit par le gaïacol. Dans ces faits, ce n'est pas lui-même qui a injecté le gaïacol. Il ne veut parler que des faits qui lui sont personnels et dans lesquels il a expérimenté, sur les mêmes malades, comparativement le gaïacol et la cocaïne.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un phimosis. M. Reclus injecte 6 centimètres de gaïacol, il attend dix minutes, il incise, le malade souffre. Pour terminer l'opération, il injecte 3 centimètres cubes de cocaïne, le malade ne sent rien. Dans un second fait, où il s'agissait de veines variqueuses, M. Reclus résèque une partie de la veine saphène; la moitié de la plaie est injectée avec le gaïacol, l'autre avec la cocaïne. La partie gaïacolée reste très sensible, bien qu'on ait attendu sept minutes avant d'inciser, la partie cocaïnée est insensible. Le même fait se reproduit exactement de la même façon dans une cure radicale d'hydrocèle, dans une castration pour sarcome du testicule. Toujours la partie où a été injecté le gaïacol est sensible et douloureuse, tandis que la partie cocaïnée est parfaitement anesthésiée. Après cette expérimentation, M. Reclus a renoncé définitivement à l'emploi du gaïacol pour continuer à recourir à la cocaïne.

On a beaucoup parlé des dangers de la cocaïne. M. Reclus n'a jamais nié ces dangers, ni mis en doute les faits qui ont été publiés. Mais chaque fois qu'il y a eu accident, il y a eu abus dans la dose de cocaïne injectée ou abus dans le titre de la solution employée. La même dose de cocaïne injectée dans une solution au dixième est dangereuse, alors qu'elle ne l'est plus quand elle est injectée dans une solution au centième. Il ne faut jamais atteindre et encore moins dépasser la dose de 20 centimètres cubes. Il faut toujours faire coucher le malade auquel on injecte la cocaïne. Enfin il faut n'employer la cocaïne que pour les opérations réglées.

M. Reclus a fait 3 500 opérations avec la cocaïne comme anesthésique et il n'a jamais eu d'accidents.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la tuberculose par l'altitude (1), par le docteur G. Lauth.

Le docteur G. Lauth dirige la station de Leysui, en Suisse, il est donc parfaitement au courant de tout ce qui concerne la cure de la tuberculose par le climat des régions élevées, l'installation et l'hygiène des tuberculeux dans les montagnes.

Les médecins trouveront dans cet ouvrage des renseignements intéressants sur les caractères particuliers que présente le climat des montagnes, sur l'époque à laquelle il convient le mieux de venir s'y établir et de les quitter, etc.

Les contre-indications seraient l'état de cachexie, la diffusion des lésions et la marche aiguë de la maladie. Elles sont, du reste, les mêmes pour toutes les stations de grand air qui tiennent à leur réputation. Il est évident que l'on ne doit pas faire subir de grands déplacements à des malades qui se trouvent dans ces conditions. Le danger est dans le voyage tout autant que dans le climat.

---

(1) In-8°. — Iéna, G. Fischer.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 19 mai 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Hussenet, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Givet; Christy, pour le 14e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Salesses, pour le 139e d'infanterie; Darde, pour le 124e d'infanterie; Petit, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris (prov.); Buy, pour le 5e cuirassiers; Billet, pour le 3e chasseurs à cheval; Cornille, pour le 1er cuirassiers; Foubert, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Delahousse, pour l'orphelinat Hériot; Barrière, pour le 8e hussards;

MM. les médecins aides-majors de première classe Blanc, pour le 53e d'infanterie; Donnadieu, pour le 11e d'infanterie; Chabrut, pour le 6e cuirassiers; Blum, pour le 10e d'infanterie; Boullet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Lions, pour le 2e chasseurs d'Afrique; Perrogon, pour le 70e d'infanterie; Auclert, pour le 27e d'infanterie;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Haury, pour le 136e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 mai 1896, un concours s'ouvrira le 23 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs N. Gallois (de Paris) et Semal, directeur de l'asile des aliénés, à Mons.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le jeudi 28 mai, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de Paris à Chamonix* (*Mont-Blanc*) viâ Mâcon, Culoz, Bellegarde et Genève ou Saint-Julien (Haute-Savoie). — Prix des billets : 1re classe, 127 fr. 05; 2e classe, 95 fr. 40; 3e classe, 67 fr. 05; valables 15 jours, avec faculté de prolongation. Arrêts facultatifs. Franchise de 30 kilos de bagages; de Cluses à Chamonix, le trajet s'effectue par les voitures de la Société de correspondance.

Billets d'aller et retour de Paris à Évian-les-Bains et à Genève, viâ Mâcon et Culoz; de Paris à Évian : 1re classe, 112 fr. 40; 2e classe, 80 fr. 90; 3e classe, 52 fr. 75; de Paris à Genève : 1re classe, 105 francs; 2e classe, 75 fr. 60; 3e classe, 49 fr. 30. — Validité de 40 jours avec faculté de deux prolongations moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque prolongation. Les billets Paris-Évian sont délivrés du 1er juin au 30 septembre; ceux Paris-Genève du 15 mai au 30 septembre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

259. M. MARGOULISS. De l'action diurétique de la théobromine. — 260. Mlle NAUPLIOTOU. Sur quelques causes d'arythmie dans le rétrécissement mitral. — 261. M. LALANNE. Les exhibitionnistes. — 262. M. PERTAT. Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, des érythèmes érysipélateux. — 263. M. GORECKI. Étude sur l'irido-choroïdite de la fièvre récurrente. — 264. M. THÉVENARD. Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine. Signes, diagnostic, traitement. — 265. M. BOULAI. Étude sur les vaisseaux veineux de la muqueuse pituitaire. — 266. M. ROLET. Symphyséotomie et accouchement prématuré (parallèle historique). — 267. M. BABON. L'état gastrique des ataxiques. Étude clinique et de chimisme stomacal. — 268. M. BARDURY. De l'association fréquente des phénomènes cérébraux bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis. — 269. M. CASAMAYOR-DUFOUR. Sur la prophylaxie de la tuberculose. — 270. Mlle SÉLACOVITCH. Certains accidents articulaires chroniques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu. — 271. M. FOLLET. De la présence, notamment dans le sang et dans le suc des tumeurs, de plaques bactérigènes. Polymorphie de la tuberculose et cancer. — 272. M. MONSCOURT. L'otite moyenne tuberculeuse. — 273. M. SCHOBER. Contribution à la pathogénie et à la clinique des tumeurs kystiques salpingiennes à forme irrégulière. — 274. M. OLGIATI. Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate. — 275. M. ALBERT. Valeur thérapeutique des enveloppements humides du thorax dans les broncho-pneumonies infantiles. — 276. M. BRINDEAU. Du détroit moyen au point de vue obstétrical. — 277. M. BELLISSENT. Traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë. Traitement de l'ostéomyélite chronique. (Ostéoplasties.) — 278. M. FAGET. Étude sur la syphilis pulmonaire. — 279. M. MIVIELLE. Sur les dangers du vésicatoire à la cantharide. — 280. M. GROLEAU. Les particularités du chancre mou des doigts.

REVUE GÉNÉRALE

La rate mobile.

Par P. Faitout, interne des hôpitaux de Paris.

Il n'y a pas bien longtemps, la rate mobile était considérée comme un phénomène rare, de peu d'importance, ou une trouvaille d'autopsie. Les traités classiques en font encore une très courte description. Depuis quelque temps, cependant, de hardies tentatives chirurgicales ont donné un regain d'actualité à cette question, qui présente réellement un intérêt propre, tant par les symptômes occasionnés par le déplacement de la rate que par les diverses opérations pratiquées pour en amener la guérison. Nous n'avons plus seulement affaire à une curiosité anatomique, mais à un état pathologique spécial, bien déterminé, dont nous devons savoir établir le diagnostic, partant connaître les troubles variés qu'il entraîne.

I

Définition. — La rate mobile est encore désignée sous le nom de rate flottante ou migratrice, splénoptose, ectopie de la rate, Wandermilz, Milza migrante, spleen dislocated. La rate est dite mobile toutes les fois que, sous l'influence d'une cause quelconque, elle a perdu temporairement ou définitivement ses rapports anatomiques normaux.

C'est dire que nous éliminerons les ectopies fixes de la rate, conséquences d'anomalies de développement, les cas de monstruosité ou de transport des viscères, les hernies traumatiques de l'organe, lesquelles s'accompagnent presque toujours d'hémorragies ou de déchirures du parenchyme. Comme dans l'histoire de la néphroptose, la mobilité n'est d'ailleurs qu'accessoire, le déplacement constitue l'élément essentiel de la maladie.

II

Historique. — Des auteurs qui ont observé la rate mobile, Riolan [1672 (1)] paraît un des plus anciens : sans doute, d'autres avant lui avaient, au cours d'autopsies, rencontré la rate ectopiée, mais Riolan insiste sur ses déplacements qu'il a vus quatre fois; il annonce déjà la confusion possible avec le rein mobile et indique le bandage comme moyen de traitement.

Plus tard, Morgagni (1718), Lieutaud [1767 (2)], Manfredi (3) signalent des cas où la rate avait quitté l'hypocondre gauche pour venir errer dans la cavité abdominale. Plus près de nous, Cruveilhier, Choisy (4) précisent davantage les faits, Kuchenmeister (5) rapporte et commente les observations antérieures et indique déjà la splénectomie comme traitement possible.

Depuis, les observations se sont multipliées, principalement dans les pays à malaria, et nous aurons l'occasion de citer dans le cours de cette Revue les travaux qui ont surtout contribué à établir l'histoire clinique de l'affection. A ce titre, nous devons mentionner dès maintenant deux monographies récentes qui, faites à des points de vue différents, résument assez bien l'état actuel de la question, la thèse de Lieffring et celle de Darfeuille, toutes deux parues en 1894.

Dans ces dernières années, l'effort des chirurgiens s'est surtout porté du côté du traitement, en sorte qu'on pourrait diviser l'historique de la rate mobile en deux périodes : l'une clinique, basée sur les résultats des autopsies, l'observation attentive des malades et dans laquelle se complète la symptomatologie; — l'autre chirurgicale, qui ne date guère que des premières tentatives de splénectomie, fixe les indications thérapeutiques et le manuel opératoire.

III

Étiologie; pathogénie. — Il serait rationnel, en commençant l'étude des causes et de la pathogénie de la mobilité de la rate, de montrer comment cet organe est maintenu dans sa situation normale dans l'hypocondre gauche : ses moyens de fixité sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire. Rappelons brièvement l'existence des ligaments gastro-splénique, pancréatico-splénique et phréno-splénique, le vrai ligament suspenseur de la rate, celui qui la soutient le plus efficacement. Il existe encore un petit sac séreux qui reçoit son extrémité inférieure, sac séreux assez marqué parfois pour mériter le nom de ligament colo-réno-splénique.

Ces préliminaires posés, quelle est la fréquence de la splénoptose? Elle n'est point considérable, puisque les cas publiés ne dépassent guère le chiffre d'une centaine. Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes, ceux-ci comptent à peine pour un douzième dans le total des malades. Pourquoi cette prédominance dans le sexe féminin? C'est que la grossesse joue le rôle d'une cause prédisposante de haute importance : presque toutes les femmes, dont l'histoire est rapportée en détails, avaient accouché et même étaient des multipares. L'influence de la grossesse se manifeste de plusieurs façons : en premier lieu par la pression établie par l'effort thoraco-abdominal au moment de l'accouchement, d'autre part, il faut faire intervenir la distension, puis le relâchement, la perte de tonicité de la paroi abdominale ramollie qui soutient insuffisamment les organes de l'abdomen, principalement si la femme est obligée de se lever de bonne heure et de se livrer à des efforts répétés. Chez d'autres femmes, c'est le corset qui est à incriminer, bien que son action nocive entre beaucoup plus souvent en jeu à propos d'autres viscères.

L'âge moyen des malades est généralement compris entre vingt et quarante-cinq ans, ce qui correspond à la période d'activité de la vie génitale ; cependant les limites extrêmes peuvent être beaucoup plus reculées [un enfant paludique de treize mois (1), une femme de soixante-neuf ans].

Les causes déterminantes consistent dans les efforts musculaires violents et répétés, les contusions ou chutes sur la région de l'hypocondre gauche. Une des malades de Hartmann (2) avait une scoliose dorso-lombaire marquée, à convexité gauche, ayant déterminé un abaissement considé-

(1) Riolan. *Manuel anatomique et pathologique.*
(2) Lieutaud. Observ. 916.
(3) In Morgagni. *De Sedibus et causis...*, epist. 39, art. 42.
(4) Choisy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1863.
(5) Kuchenmeister : Die Wandermilz. *Zeits. f. Chir. und Geburtshilfe*, 1864.

(1) Proben. *Amer. Journ. of Obstet.*, mai 1894. — *Report of a case of floating spleen inan infant following malaria*, p. 629.
(2) Hartmann. Cong. de chir., 1895.

rable de la taille; peut-être, dit Hartmann, les déformations occasionnées par le développement de cette scoliose sénile ne sont-elles pas étrangères au déplacement de la rate.

L'augmentation de volume de l'organe constitue à proprement parler la grande cause de l'ectopie de la rate; or, le grand facteur de la splénomégalie, c'est le paludisme, ce qui explique la fréquence de la splénoptose dans les pays à malaria. Felheisen (1) a vu un kyste hydatique de la rate qui, en augmentant son volume et son poids, lui avait fait subir un déplacement très marqué.

Pourtant il résulterait de certaines expériences que, le plus souvent, ce n'est pas le poids qu'il faut incriminer directement. Darfeuille, à la suite des essais qu'il a entrepris, arrive à conclure que les ligaments gastro-splénique et pancréatico-splénique supportent un poids de 2^{kg}500 et qu'un poids de 3^{kg}500 à 4 kilos est nécessaire pour rompre le ligament phréno-splénique. Les rates extirpées pesaient bien rarement plus de 3 kilos : le déplacement ne s'expliquerait donc guère sans une altération préalable des ligaments, amenée peut-être par la cause qui a déjà produit l'hypertrophie.

Fait bien digne de remarque, la splénoptose n'est qu'exceptionnellement un épiphénomène de l'entéroptose ou une expression localisée de cette déchéance organique de tous les tissus, véritable dystrophie spéciale si bien étudiée par Tuffier et caractérisée par la flaccidité du ventre, la débilité de la paroi abdominale et des moyens de fixité de l'intestin (déséquilibrés du ventre), les hernies, le prolapsus des organes génitaux, les déviations utérines.

IV

Anatomie pathologique. — La rate ectopiée occupe des sièges variables dans la cavité abdominale : la région ombilicale (Cruveilhier), les fosses iliaques droite ou gauche (nombreux cas), la région lombaire gauche, la région inguinale droite (Manfredi); elle peut tomber dans le petit bassin, arriver à la région ovarienne gauche [Spencer Wells (2)], venir se mettre en rapport avec la vessie (Baillou), l'utérus, avec le rectum et la vessie [Malacarne (3)], être contenue dans le sac d'une hernie inguinale (Ruysch, Bamberger). Richelot la trouva inclinée de telle façon que « son extrémité supérieure touchait la fosse iliaque droite, sa face interne coiffait l'utérus et le collait au pubis, son bord postérieur occupait le cul-de-sac de Douglas, son bord antérieur était voisin de la symphyse pubienne et sa face convexe regardait en haut ».

Si elle conserve d'ordinaire sa mobilité dans les diverses situations qu'elle occupe, il arrive fréquemment qu'elle contracte des adhérences avec les organes auxquels elle répond; elle cesse d'être une rate mobile à proprement parler, en se fixant secondairement à l'utérus (4), à la vessie, au rectum, au pancréas, à l'épiploon [Runge (5)], à l'intestin, au diaphragme (Spencer Wells). Ces adhérences sont quelquefois si intimes qu'il est impossible de les détruire [cas de Heurteaux (6)]; elles sont la source de grandes

(1) Fehleisen. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888.
(2) Spencer Wells. *Brit. Med. Journ.*, 1889.
(3) Malacarne. *Journ. univ. des sc. méd.*, 1820.
(4) Van Swieten. *Aphorism*, p. 958.
(5) Runge. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1894, nº 16.
(6) Heurteaux. *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 déc. 1893.

difficultés dans la splénectomie, en ce sens qu'elles prolongent la durée de l'intervention et, d'un autre côté, en ce qu'elles exposent les organes adhérents à des blessures, des déchirures au cours de l'opération.

Nous avons mentionné le paludisme comme une cause majeure de splénoptose : on peut prévoir dès lors que le poids de l'organe sera presque toujours augmenté : au lieu de peser 250 grammes, poids normal, la rate enlevée par Aonzo (1) pesait 4500 grammes, celle d'Albert (2) 2700 grammes, de Lindfors (3) 1155 grammes, vide de sang, celle de Casini (4) 3^{kg}100. Une des malades d'Hartmann avait une rate du poids de 2190 grammes.

Dans de rares observations, la rate était diminuée de volume : cette atrophie coïncidait avec un épaississement de la capsule, une abolition des fonctions de l'organe par suite d'une nutrition insuffisante due à la torsion plus ou moins complète du pédicule (volume d'un œuf de dinde dans un cas de Rokitansky).

Le pédicule est normal le plus souvent : Klein, Heurteaux l'ont vu de la grosseur du pouce, Hartmann du volume du cordon ombilical. Assez fréquemment, il atteint dans son ensemble des dimensions beaucoup plus considérables, par augmentation du calibre des vaisseaux qui le constituent. Dans un cas de Lawrason (5), dans un autre de Nilsen (6), la veine avait acquis le volume de l'intestin grêle; ou bien c'est l'artère qui prend la grosseur de la carotide primitive [fait d'Assaky rapporté par Inotescu (7)]. En regard de cette dilatation, les vaisseaux peuvent, au contraire, voir leur lumière obstruée, soit complètement par une thrombose occupant ou non toute leur longueur, soit incomplètement par la torsion du pédicule, laquelle est rarement assez prononcée pour amener l'obstruction absolue de leur calibre.

Remarquée pour la première fois par Kurns, en 1863, la torsion du pédicule (1/5 des cas) se fait toujours dans le sens des aiguilles d'une montre : ou bien le pédicule n'a fait qu'un demi-tour sur lui-même, ou bien il en a fait deux, trois; chez la malade d'Albert, l'étendue de la torsion était exactement de 180 degrés. Il est de règle que tous les organes du hile soient entraînés dans ce mouvement de rotation; pourtant Rokitansky a signalé une disposition exceptionnelle : les vaisseaux pancréatiques s'enroulaient autour de l'artère et décrivaient trois spirales autour de l'artère demeurée rectiligne.

La composition du pédicule ne subit pas de modification importante en ce qui concerne les organes qui entrent dans sa constitution. Runge (8) y a trouvé, outre les éléments ordinaires, la queue du pancréas contenue dans l'épiploon gastro-splénique. Richelot (9) a fait la même constatation. Chez un sujet observé par Cruveilhier, la rate devait sa mobilité à ce qu'elle était pourvue d'un mésentère propre (méso-rate) qui lui parut formé de quatre feuillets, comme le grand épiploon auquel il faisait suite.

Les ligaments ne présentent rien de spécial : on pourrait seulement se demander si, en ce qui les concerne, il y a dis-

(1) Aonzo. *Wien. Med. Wochens.*, 1882.
(2) Albert. *Verhandlung der deuts. Gesch. f. Chir.*, 1885.
(3) Lindfors. *Nord. Med. Arkiv*, 1893, t. XXVI.
(4) Casini. *Ann. clin. d. ospit. incur. Napoli*, 1887.
(5) Lawrason. *New-Orleans Med. and Chir. Journ.*, 1888.
(6) Nilsen. *Med. Rec.*, 1888.
(7) Inotescu. *Spitalul*, Bucharest 1888.
(8) Runge. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1894, nº 16.
(9) Richelot. *Bull. méd.*, 14 juin 1893. — Acad. de méd., juin.

tension ou rupture. Les expériences de Darfeuille sont loin d'être favorables à cette dernière hypothèse. Il est certain qu'ils commencent par subir un allongement progressif et il est non moins vraisemblable que, consécutivement à leur distension prolongée, il se produit dans leur structure, déjà plus lâche, une altération qui aboutit promptement à l'atrophie.

Les modifications observées du côté du hile, en particulier les troubles vasculaires, ne sont pas sans retentir sur le tissu de la rate : splénite chronique, hémorragies interstitielles (1), infarctus, puis ramollissement, atrophie après le stade de dégénérescence granulo-graisseuse, telles sont les conséquences possibles de la torsion du hile.

Lorsqu'elle fait défaut, le parenchyme splénique est normal ou présente seulement les altérations propres au paludisme. Sur une rate enlevée par Heurteaux, rate dont la partie supérieure était devenue inférieure consécutivement à sa rotation, le parenchyme était en quelque sorte hépatisé à cette partie inférieure. « Il paraissait y avoir tendance à la nécrose et à l'élimination de la portion de la rate enflammée, car on voyait non seulement à la surface externe de l'organe, mais aussi sur une coupe longitudinale, une sorte de sillon qui tendait à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine. »

Pilliet (2) examina histologiquement les rates enlevées par Hartmann et rencontra des lésions profondes d'endartérite dues à la flexion répétée et à la coudure des vaisseaux sanguins au niveau du hile, secondairement des thromboses vasculaires et une atrophie de l'organe, bien qu'il fût en apparence augmenté de volume par stase veineuse. Cette congestion passive serait même susceptible d'aller jusqu'à la rupture capsulaire ou sous-capsulaire.

Nous serons bref sur les déplacements des autres organes entraînés par la chute de la rate. A la vérité, tous les viscères abdominaux peuvent subir des changements de rapport dus à la splénoptose. L'estomac et le pancréas auxquels la rate se trouve plus intimement unie par ses ligaments ont été amenés, l'estomac au niveau des épines iliaques antéro-supérieures [Klein (3)], le pancréas jusqu'au fond du petit bassin [Aonzo (4), Richelot]. Dans une autopsie de Cruveilhier, la rate hypertrophiée avait basculé de gauche à droite, entraînant la grosse tubérosité de l'estomac qui faisait une espèce de coude avec l'estomac resté en place.

Du côté du péritoine, on a noté de l'ascite, en général peu considérable, due soit à la compression, soit à l'irritation de la séreuse, mais il ressort des faits cliniques que l'épanchement n'existe guère que s'il y a torsion du pédicule; quoi qu'il en soit, cet épanchement est, primitivement au moins, aseptique.

L'ectopie de la rate, en tant que phénomène isolé, n'exerce aucune influence sur l'état du sang. Lindfors a cependant constaté une légère augmentation des globules blancs (1 globule blanc sur 250 rouges).

(1) Albert, Rokitansky, Körte, Maccall ont trouvé des foyers hémorragiques dans la capsule. Maccall (*Brit. Med. Journ.*, 12 juillet 1889) évalue à 10 pintes la quantité d'un liquide épais, rouge brun, accumulé sous la capsule.

(2) Pilliet. Soc. de biol., oct. 1895.

(3) Klein. *Münch. Med. Wochens.*, 1889.

(4) Aonzo. Loc. cit.

V

Symptômes. — La splénoptose peut être le point de départ d'une série de troubles morbides portant sur les différents appareils, troubles variables d'ailleurs avec la façon de sentir et de réagir propre à chaque malade. Il en est chez qui le déplacement de la rate ne s'accuse par aucun symptôme : c'est par hasard que le médecin constate l'anomalie de situation de la rate; d'autres fois cette affection passe longtemps inaperçue et se manifeste tout d'un coup par des symptômes bruyants qui attirent immédiatement l'attention.

Quoi qu'il en soit, les malades présentent la plupart du temps deux ordres de phénomènes, des phénomènes d'ordre fonctionnel, les autres d'ordre physique.

Lieutaud raconte qu'un de ses malades avait la sensation d'un animal errant dans le ventre (animalculum ventrem pererrare credens). D'une façon générale, le malade accuse plus simplement une douleur abdominale de siège et de nature variables. Il éprouve des sensations internes plus ou moins confuses, sensations de mobilité avec tiraillements dans l'hypocondre gauche; il accuse une lourdeur pénible à ce niveau, une pesanteur abdominale qu'il ne sait à quoi rattacher, tout cela accompagné d'irradiations vagues, d'endolorissement continu. Ces sensations de tiraillements à point de départ dans l'hypochondre gauche sont exagérées par la station debout, la marche, l'exercice, tous les mouvements brusques ou violents, le port d'un corset étroit.

Certaines positions amènent un soulagement des douleurs, par exemple le repos horizontal, le décubitus sur le côté gauche; parfois la douleur existe seulement lorsque la rate, augmentée de volume, descend vers l'abdomen. La douleur présente des irradiations sans caractère fixe : leur direction varie avec le siège de l'organe déplacé, les viscères comprimés.

A côté des phénomènes douloureux se placent immédiatement par ordre de fréquence les troubles digestifs : ils se caractérisent par de la flatulence après le repas, de l'atonie gastrique et intestinale, de la tympanite, du ballonnement du ventre; ce ballonnement est rarement généralisé, la distension porte seulement sur les anses intestinales situées au-dessus du lieu de compression; il en résulte des périodes de constipation prolongée, de rétention fécale avec phénomènes de coprostase. Les troubles stomacaux prédominants sont dus aux tiraillements ou à la compression exercés sur l'estomac ou l'intestin par les ligaments qui l'unissent à la rate; on a encore invoqué une action réflexe mais cette expression nous paraît ici vide de sens et déguise l'ignorance dans laquelle nous sommes encore pour expliquer certains troubles gastro-intestinaux. Si la compression porte sur la vessie, elle se traduira par de la pollakiurie, des douleurs à la miction et un ensemble de symptômes à rapprocher de la cystite des femmes enceintes; les autres organes réagiront chacun à leur manière.

Ces phénomènes ne tardent pas à retentir sur le système nerveux, et comme dans la néphroptose, surviennent des modifications du caractère, qui devient irritable ou porté à la tristesse. Le nervosisme s'accentue, on arrive à la neurasthénie, à l'hypocondrie.

En présence d'une malade qui accusera les phénomènes précédents, nous serons conduits à faire l'exploration physique de l'abdomen.

La simple inspection de l'abdomen suffira pour faire constater la laxité de ses parois; si le ventre n'est ni flasque,

ni tombant, si la rate offre de grandes dimensions, l'abdomen aura subi une modification plus ou moins localisée de volume et de forme, modification dont le siège variera avec la situation de la rate.

Pour pratiquer la palpation de la tumeur il sera préférable de placer la malade dans la position de Trendelenburg. M. Baudouin (1) a montré que les tumeurs nées de la partie supérieure de l'abdomen et descendues vers l'excavation retournent à leur lieu d'origine, lorsqu'on élève le bassin; cette remarque s'applique aussi à la rate, l'emploi de ce petit moyen fournira de précieux renseignements au clinicien. La palpation fera reconnaître, en un point quelconque de l'abdomen, la présence d'une tumeur de consistance assez ferme, non fluctuante, égale en tous points, analogue à celle du foie ou du rein, plus souvent un peu ramollie. Sa configuration est celle de la rate hypertrophiée, avec sa face externe convexe et unie, sa face interne plane, son bord antérieur convexe et mince, son bord postérieur beaucoup plus épais, arrondi transversalement, remarquables tous deux, principalement l'antérieur, par la présence d'incisures, son hile partant d'une des faces et donnant la sensation d'un cordon de la grosseur du petit doigt. Dans une circonstance exceptionnellement favorable, Martin (2) a même réussi à percevoir les battements artériels au niveau du hile. Quant au volume de la rate il est trop sujet à variations pour que nous essayions même de l'indiquer.

La mobilité de la tumeur est, tout au moins au début, un signe d'une grande valeur; il est possible d'imprimer à la rate des mouvements dans toutes les directions, ou dans une seule direction, le plus souvent dans le sens de la hauteur, de la refouler jusqu'à l'hypocondre gauche, de la remettre à sa place normale. Chez quelques malades la rate change de position d'un jour à l'autre, sous la seule influence des mouvements journaliers, et pour ainsi dire spontanément. Bland Sutton (3), examinant une femme, trouva la rate dans la fosse iliaque droite; le lendemain elle avait émigré du côté gauche; deux jours après, elle avait pénétré dans le petit bassin et s'appuyait sur la partie supérieure de l'utérus. Chez une malade de Cruveilhier, elle occupait tantôt la région hypogastrique où elle était placée en travers, tantôt la région ombilicale, tantôt la région iliaque et l'hypocondre gauches; cette rate déplacée exécutait un mouvement spontané de rotation sur elle-même et se présentait tantôt par sa face concave, tantôt par sa face convexe. S'il est vrai que, la plupart du temps, l'exploration de sa surface n'éveille aucune sensation douloureuse, il faut dire aussi qu'au niveau de sa racine cellulaire, vasculaire et nerveuse, la pression peut provoquer des impressions de douleur.

La percussion fournit des renseignements plutôt négatifs : le chirurgien recherchera la rate par les moyens d'exploration ordinaires, en évitant de coucher la malade sur le flanc droit pour que l'organe mobile ne puisse se déplacer, ou qu'une anse intestinale ne vienne pas s'interposer entre lui et la paroi; grâce à ces précautions, si la rate a quitté sa situation dans l'hypocondre gauche, celui-ci donnera à la percussion une sonorité élevée au lieu de la matité normale qui sera déplacée et trouvée au niveau de l'ombilic par exemple.

(1) Baudouin. In Th. Chiron, 1893.
(2) Martin. *Wien. Med. Wochens.* 1879.
(3) Bland Sutton. London clin. Soc., nov. 1892.

Hartmann conseille de chercher le ballottement de la rate par succussion de l'espace costo-iliaque, mais il s'agit ici d'un procédé plus délicat et qui ne sera pas constamment applicable. Lorsqu'on a des raisons de supposer que la rate est mobile et que pourtant elle est logée dans l'hypocondre gauche au moment de l'examen de l'abdomen, l'artifice suivant sera de quelque utilité : recommander au malade de faire de fortes expirations pour faire descendre la rate, fixer celle-ci en l'accrochant avec la main, percuter la région splénique qui deviendra sonore si l'on est bien en présence de la rate.

La plupart du temps l'auscultation sera négligée ; elle a permis de constater chez de rares sujets un souffle vraisemblablement dû à la compression ou à la coudure de l'artère.

Combiné au palper bimanuel le toucher vaginal permettra de s'assurer de l'état des organes génitaux et d'affirmer que la tumeur n'a pas un point de départ génital ; si les organes du petit bassin sont déplacés par le voisinage de la rate, leur intégrité n'en sera pas altérée, quelques symptômes de compression mis à part; la menstruation demeure régulière.

C'est encore l'examen complet de l'abdomen qui fera connaître l'état des autres viscères, et découvrir lorsqu'ils existeront une ptose du rein, un abaissement de l'estomac avec ou sans dilatation, une éventration de la ligne blanche, une ptose généralisée (1).

VI

Marche. Complications. — Tel est le tableau de l'affection à sa période d'état. Est-ce à dire que toute splénoptose présente une telle complexité de symptômes? Assurément non. Le mode de début est variable, la marche de la maladie est variable, la terminaison est variable.

Ou bien le début est lent, avec augmentation progressive des symptômes, — ou bien avec un début lent l'accroissement se fait progressivement encore, mais avec de petites poussées aiguës pendant lesquelles la malade est obligée de s'aliter en raison de la douleur provoquée par la crise de déplacement, — ou bien il se produit une sorte de « chute aiguë » de la rate : la malade éprouve la sensation du brusque décrochement d'un organe de l'hypocondre gauche et, palpant son ventre, s'aperçoit elle-même de la tumeur, — d'autres fois l'affection reste silencieuse jusqu'au jour où surviennent des phénomènes péritonitiques qui conduisent à un examen de l'abdomen et font reconnaître une rate déplacée.

Cependant la période d'état est fréquemment marquée par des incidents de diverse nature : ce sont en particulier des accidents de torsion du pédicule, de compression intestinale pouvant aller jusqu'à l'étranglement (2). La torsion du pédicule se traduit par un ensemble de symptômes fort alarmants tout à fait comparables à ceux qui résultent de la torsion d'un kyste de l'ovaire : douleurs abdominales, malaise, vomissements, ballonnement du ventre tendu, très sensible à la moindre pression, augmentation de fréquence du pouls. Cet accident s'accompagne presque toujours d'augmentation apparente ou réelle du volume de la tu-

(1) Mann. *Deuts. Med. Wochens.*, 1891, p. 1033. — Foie, rate et reins mobiles.
(2) Bond. Splénectomie pour rate flottante avec étranglement du pédicule, *Weekly Med. Review*, Saint-Louis 1889.

meur, de péritonisme dû à l'irritation des filets du sympatique abdominal. Kœrte (1) a vu survenir tous ces symptômes à la suite de la manipulation de la tumeur. C'est après avoir dansé une nuit entière que la malade d'Albert (2) vit apparaître de tels symptômes. Une malade de Bland Sutton voyait ses douleurs disparaître quand on avait remis la rate en place, mais elles reparaissaient brusquement dès qu'elle subissait de nouveau un mouvement de torsion. Mentionnons la possibilité de poussées congestives en rapport avec les époques menstruelles ou un accès de malaria.

La compression peut porter sur tous les points du tube digestif : sur l'estomac, une observation des plus remarquables en a été fournie par Cruveilhier ; une rate s'était portée vers la région pylorique de l'estomac qu'elle comprimait de telle manière que cette luxation splénique amena des vomissements incurables, le marasme, la mort, et fut prise pour un cancer de l'estomac ; — sur le duodénum de façon à causer une distension mécanique grave de l'estomac (Klob (3) et Rokitansky) ; — sur l'intestin grêle ; — sur le côlon tranverse indirectement étranglé par la queue du pancréas devenu vertical sous l'influence de ses adhérences avec une rate déplacée [Alonso (4)] ; — sur le côlon encore dans le cas de Baimbrigge (5) où l'étranglement était dû à une bride épiploïque au bout de laquelle était suspendue la rate. L'obstruction intestinale est produite soit par la compression directe de la rate [Collins (6)], soit par le pédicule (Kœrte : étranglement et gangrène d'une anse d'intestin grêle), soit par une bride épiploïque (Baimbrigge).

Dans une autopsie de Coomans et Cnaep (7) l'intestin était nettement enclavé entre la tumeur et le plan résistant sur lequel il reposait.

Si la compression et l'occlusion intestinale ne sont pas des exceptions chez les malades porteurs d'une splénoptose c'est qu'après une période de mobilité plus ou moins prolongée la rate contracte des adhérences avec les organes voisins. Il se constitue autour d'elle une zone inflammatoire qui ne tarde pas à s'accompagner de formation d'exsudats et bientôt de neo-membranes comme le péritoine en compose si complaisamment; de sorte qu'on pourrait décrire dans l'histoire clinique de l'affection une période de mobilité et une période d'adhérences avec des accidents de péritonite localisée et toutes les conséquences de cette fixité secondaire d'un organe soumis encore pour lui-même à la possibilité d'une périsplénite et d'un phlegmon périsplénique. Que des adhérences se créent avec l'utérus, la vessie, le rectum, les suites en sont faciles à prévoir. C'est dire assez que la terminaison sera variable, selon les complications capables de survenir inopinément : péritonite aiguë (8), péritonite enkystée suppurée (9) etc., rupture de la rate (10), hémorragies internes.

(1) Kœrte. *Berl. Klin. Wochens.*, 11 sept. 1894.
(2) Albert. *Verhandl. d. Gesch. f. Chir.*, 1885, p. 63.
(3) Klob. *Wien. Wochenb.*, 1856, n° 37.
(4) Alonso. *Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVI, p. 506, et *Archiv. della med. espagnola y extrangue*, oct. 1846.
(5) Baimbrigge. *London Med. Gaz.*, 1846, et *Arch. gén. de méd.*, 1846.
(6) Collins. *Brit. Med. Journ.*, 1882, p. 458.
(7) Coomans et Cnaep. *Ann. des Soc. d'Anvers*, 1869.
(8) Bozzi. *Gaz. méd. de Milan*, 1846, p. 121.
(9) Myers. *Journ. of Amer. of Med. Assoc.*, Chicago 1887, p. 371.
(10) Penrose. A case of splenectomy, *Brit. Med. Journ.*, supplém. du 4 août 1890. — La rupture s'était effectuée près du hile; elle était due à un engorgement de l'organe produit par la torsion du pédicule.

VII

Pronostic. — De ce que les cas de rate mobile sont rarement comparables entre eux, il résulte que nous ne devons pas porter un pronostic général. Si le déplacement de la rate ne compromet que rarement l'existence il donne lieu en tout cas à des troubles de la santé, à des désordres digestifs, des douleurs incessantes qui réclament une thérapeutique efficace. Un élément important d'appréciation sera la cause de la splénomégalie — en réalité premier facteur de l'ectopie — puisque de la notion de ce principe dépendra l'intervention. Il faut compter encore avec les difficultés de l'opération si la rate est fixée par de solides adhérences pénibles à détruire.

L'intervention décidée — et c'est presque toujours la splénectomie — la leucocytose ultérieure est-elle à craindre? Runge a observé après elle une augmentation des globules blancs (1 blanc pour 100 rouges), augmentation qui dura jusqu'à la quatrième semaine, puis le sang revint graduellement à l'état normal. Lindfors a constaté, un mois après la splénectomie, une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. Après extirpation de la rate, une malade de Vulpius fut atteinte de polyadénie et de leucémie, une autre de Credé vit son corps thyroïde augmenter de volume.

Tschistowitsch (1), analysant l'état du sang d'un sujet dératé depuis deux ans, constata une augmentation des leucocytes, surtout des lymphocytes : pendant la période de digestion le sang était plus riche en leucocytes surtout polynucléaires (on sait que, chez les individus normaux, pendant la digestion, les leucocytes diminuent dans le sang des capillaires périphériques). Hartmann écrit à propos d'une de ses opérées : « Le dernier examen du sang fait par M. Vaquez dénote de la leucocytose, mais il existait au moment de l'examen une amygdalite qui jouait peut-être un rôle dans la production des globules blancs. »

Ces faits constituent des exceptions : le sang n'éprouve après la splénectomie aucune altération qui retentisse sur l'état général ; les lésions histologiques de la rate expliquent suffisamment l'innocuité qui suit son ablation au point de vue de la santé. La grossesse a pu évoluer régulièrement, l'accouchement se faire spontanément chez une malade de Spencer Wells.

VIII

Diagnostic. — Assez rarement le chirurgien pose le diagnostic ferme de rate mobile, car beaucoup plus fréquentes que la luxation de la rate sont les affections qui se présentent sous les mêmes symptômes de tumeur abdominale.

L'erreur la plus commune consiste à prendre un déplacement de la rate pour une ptose du rein. Riolan en esquisse déjà le diagnostic, fait remarquer la plus grande longueur de la tumeur formée par la rate. Les éléments du diagnostic différentiel des déplacements de ces organes seront basés sur les résultats fournis par la palpation : volume plus considérable de la rate hypertrophiée, sa forme à bord inférieur plus tranchant, présence de scissures — au contraire contours plus mousses, plus arrondis du rein — possibilité de faire remonter la tumeur jusque dans la fosse splénique recherche du ballottement rénal. A la percussion, vacuité de l'hypocondre gauche — absence de matité dans

(1) Tschistowitsch. *Centralbl. f. Med. Wissench.*, 1894, p. 273.

cette région. La matité splénique se distingue encore par ce fait que la rate est située, dans ses déplacements, au-devant de la masse intestinale, ce qui est le contraire pour le rein.

Il faudra penser aux tumeurs du rein, à l'hydronéphrose, en particulier à l'hydronéphrose intermittente ; leurs caractères spéciaux mettront à l'abri d'une erreur. Les tumeurs du pancréas sont médianes, la percussion détermine au-devant d'elles un son hydroaérique (Beckel). Les tumeurs du mésentère mobiles et médianes aussi sont bridées par en bas, non réductibles dans l'hypocondre gauche, ne s'accompagnent pas de sonorité de cette région.

En raison de la mollesse parfois grande de la rate, on pourrait songer à une tumeur liquide, principalement aux kystes de l'ovaire petits, à long pédicule, mobiles au milieu des anses intestinales ; mais ces kystes ne peuvent être refoulés en haut, la malade sait qu'ils se sont élevés du petit bassin. Enfin les modifications des organes génitaux, le toucher vaginal, seront d'un grand secours pour le diagnostic. Nous ne rappellerons que pour mémoire l'utérus gravide, les abcès ossifluents, le cancer de l'estomac (cas de Cruveilhier).

Si la rate est adhérente, si elle a pris position dans le petit bassin, on éliminera successivement les fibromes utérins, les tumeurs du ligament large ou des annexes, l'hématocèle, le pyosalpinx (1).

En résumé, avant de conclure à la splénoptose, on s'assurera que tous les organes, excepté la rate, sont en place. Besnier (2) conseille pour appuyer le diagnostic de chercher à obtenir une diminution de volume de la tumeur par le froid, l'électricité, le sulfate de quinine.

Le diagnostic des complications, de la compression intestinale, de la torsion du pédicule spécialement, sera établi d'après les symptômes que nous leur avons attribués.

IX

Traitement. — Le traitement sera chirurgical ou médical. Médical, il sera dirigé contre la splénomégalie et contre le déplacement de la rate. Pour combattre la splénomégalie, il sera bon d'administrer le sulfate de quinine, d'essayer l'hydrothérapie, l'électricité. Pour remédier à la mobilité de la rate, le médecin en pratiquera d'abord la réduction avec la main, en faisant prendre à la malade les attitudes qui paraîtront favoriser la remise en place de la tumeur, en particulier la position de Trendelenburg. La réduction sera maintenue par l'application d'une ceinture appropriée, comme la sangle de Glénard, ou d'un appareil de contention avec pelote disposée selon le cas particulier. La malade évitera de se livrer à des exercices violents, de se soumettre au massage, ce qui l'exposerait à une rupture de la rate, à des poussées de péritonite ou à des accidents de compression.

Si le bandage contient mal l'organe, ou s'il est mal supporté, si la malade n'en retire qu'un bénéfice insignifiant, si l'on a des raisons de croire que la rate a contracté des adhérences, sources de douleurs et de tiraillements nouveaux, il sera indiqué d'avoir recours au traitement chirurgical. Celui-ci deviendra urgent en cas d'accidents d'étranglement intestinal, de torsion brusque du pédicule, de phénomènes péritonitiques aigus.

Mais on peut intervenir chirurgicalement de deux manières (1) : par la fixation de la rate, par son ablation. Quelles sont les indications respectives de chaque opération?

La splénectomie est contre-indiquée toutes les fois qu'il existe un état leucémique ou leucocythémique du sang, en raison des difficultés de l'hémostase résultant de l'altération des tissus et des vaisseaux et des troubles concomitants de l'état général ; par conséquent, aucune ablation de rate ne sera tentée sans examen microscopique préalable du sang. Plusieurs auteurs considèrent comme une autre contre-indication le trop grand volume supposé de la tumeur ; passé 3 à 4 kilogrammes, il ne faudrait pas enlever la rate, à cause de la perte de sang plus considérable, du traumatisme opératoire d'autant plus à craindre que l'état général est profondément altéré lorsque la splénomégalie dépasse un tel degré. En dehors de ces conditions défavorables, la splénectomie donne 6 p. 100 de mort (statistique de Hartmann portant sur 45 cas).

Nous serons moins bref sur la splénopexie qui laisse une plus grande part à l'ingéniosité du chirurgien. C'est d'ailleurs une opération plus jeune que la splénectomie. Elle exige un organe sain, facilement mobilisable, un parenchyme peu ramolli qui permette le passage des fils sans se déchirer ; elle ne pourra pas non plus être pratiquée si la rate a subi une augmentation de volume trop considérable, par la raison bien simple qu'elle échouerait fatalement. Relativement à la splénectomie, elle présente deux avantages : danger moindre — conservation de la rate. En revanche, c'est une opération plus difficile ou mieux plus délicate et moins réglée.

Rydygier (2) est un des premiers auteurs qui aient cherché à réaliser la fixation de la rate à sa place normale : il fixe l'organe dans une poche artificiellement formée en détachant le péritoine de la paroi interne de l'abdomen ; il constitue avec la séreuse une poche dont les dimensions sont copiées sur celles de la rate, dont le fond arrondi regarde en bas et qui est destinée à recevoir la partie inférieure de la rate. Pour en empêcher l'agrandissement sous le poids de l'organe, quelques points de suture fixent le péritoine au tissu sous-jacent, au niveau du fond. Le bord libre de la poche est suturé au ligament gastro-splénique. Cette méthode est difficilement applicable dans les cas où le péritoine pariétal est fixé en place par des adhérences solides.

Bardenheuer (3) place sa malade sur le côté droit, fait sur la ligne axillaire une incision qui s'étend du rebord costal à la crête iliaque ; une autre incision est menée au-dessous de la dixième côte, perpendiculairement à la précédente. Il décolle de l'aponévrose le péritoine pariétal, intact jusque-là, puis l'incise dans une étendue juste suffisante pour laisser amener la rate en dehors de lui ; l'orifice péritonéal est refermé par une série de sutures ; puis un fil passé autour de la dixième côte vient traverser l'extrémité infé-

(1) Voir, pour ces erreurs de diagnostic : Treub. *Union méd.*, 13 juillet 1893 (confusion avec kyste de l'ovaire) ; — Rochet. *Bull. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstét.*, 1889 (ectopie de la rate prise pour une inflammation suppurée des annexes) ; — Richelot. Acad. de méd., 13 juin 1893 (diagnostic de fibrome pédiculé) ; — Perels. *Allgem. wiener Med. Zeit.*, 1861, p. 340 (grossesse prétendue).

(2) Besnier. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Rate.

(1) Nous passerons sous silence la ligature de l'artère splénique qui a été proposée et même réalisée pour amener la régression de la tumeur et qui n'est pas sans exposer à des accidents à peu près inévitables.

(2) Rydygier. *Wien. klin. Wochens.*, 1895, n° 24.

(3) In Pluecker. *Centralbl. f. Chir.*, 5 oct. 1895.

rieure de la rate, tandis que des sutures profondes complètent la poche extra-péritonéale.

Tuffier (1) a fixé une rate déplacée en passant en plein parenchyme trois points de catgut qui traversaient d'autre part les lèvres de l'incision péritonéale, puis les mêmes chefs furent passés au-dessous du rein, dans le feuillet profond de l'aponévrose lombaire.

A la suite d'expériences sur les chiens, Zykow (2) recommande le procédé suivant : enfermer la rate dans une sorte de cage ou filet à larges mailles de catgut et fixer ce filet par des sutures à la paroi abdominale. La fixation s'établit par l'intermédiaire de brides conjonctives qui se développent en suivant les fils. Chez plusieurs chiens, Zykow vit la rate diminuer de volume, conséquence probable de la pression exercée par les mailles du catgut.

Les résultats de la splénopexie sont des plus encourageants : la malade de Rydygier avait sa rate parfaitement fixée neuf mois après l'opération. Bardenheuer considère également le succès comme assuré après son intervention. L'insuccès de Glascow (3) ne peut être porté au passif de la splénopexie : il s'était contenté de replacer la rate dans l'hypocondre gauche, espérant qu'une inflammation adhésive consécutive à l'opération contribuerait à la fixer dans sa situation normale. Il est à supposer que les splénopexies ultérieures fixeront mieux la technique dans tous ses détails, et que l'ablation de la rate ne sera pas la seule intervention à opposer à son déplacement; la splénopexie se substituera peu à peu à la splénectomie, comme la néphropexie a pris la place de la néphrectomie dans le traitement des ptoses rénales.

(1) Tuffier. Cong. de chir., 1895.
(2) Zykow. *Wratch*, 7 sept. 1895.
(3) Glascow. *Trans. of the Amer. Assoc. of Obstetric and Gynecol.*, Philadelphie 1891.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1896. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LITHIASE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

M. Routier est intervenu dans huit cas dont sept sur des femmes et un sur un homme. Il donne un résumé de ses huit observations et il conclut ainsi :

Dans les cas de calculs, chaque fois qu'on peut enlever la vésicule biliaire, cela vaut mieux. Pour peu que l'ablation de la vésicule présente quelques difficultés par suite d'adhérences ou d'autres causes, il faut faire la cholécystostomie. Les malades n'en guérissent pas moins bien ainsi que le prouvent les faits de M. Routier. Parmi ces cas, il en est un dans lequel M. Routier intervint pour une appendicite, enleva l'appendice, trouva la vésicule biliaire très hypertrophiée et l'enleva. Elle contenait deux gros calculs.

En résumé, M. Routier estime qu'il ne faut pas dire qu'on fera toujours la cholécystostomie ou la cholécystectomie. Chacune de ces opérations répond à des indications spéciales et elles peuvent donner d'aussi bons résultats l'une que l'autre.

M. Monod possède quatre observations personnelles de lithiase biliaire. Dans un premier cas, il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule qui ne contenait pas moins de 233 calculs. M. Monod fit la cholécystectomie et la guérison fut rapide. Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans. Dans un second cas de lithiase biliaire, M. Monod fit la cholécystostomie, il resta une fistule persistante qui l'obligea à faire consécutivement la cholécystectomie. Il s'agissait d'une femme de trente-trois ans qui guérit rapidement et qui est restée guérie depuis. Elle avait conservé une fistule muqueuse pendant plus de deux ans et demi. La troisième observation est ainsi intitulée : Lithiase biliaire, cholécystostomie, fistule biliaire persistante, cholécystentérostomie, guérison. Dans ce cas, la vésicule était gorgée de calculs. Il s'écoulait par la fistule une énorme quantité de bile. Après la cholécystentérostomie, cette malade fut prise, pendant plusieurs jours, de vomissements biliaires extrêmement abondants. Enfin, dans la quatrième observation, il s'agissait d'un gros calcul que M. Monod ne put ni extraire, ni broyer, ce qui l'obligea à fixer la vésicule à la paroi abdominale. Il y a encore actuellement une fistule biliaire en voie de guérison.

M. Monod rappelle la thèse qu'un de ses élèves, M. Morin, a faite sur l'hydropisie de la vésicule biliaire. Il a réuni 75 cas qui furent traités par l'intervention chirurgicale : soit par la cholécystectomie, soit par la cholécystostomie, soit par la cholédocotomie. Ce sont les cas de cholécystostomie qui sont les plus nombreux. Il semble résulter de ces faits que la cholécystostomie est une opération moins grave que la cholécystectomie. Elle a malheureusement souvent pour conséquence une fistule biliaire intarissable qui, comme dans les cas de M. Monod, peut nécessiter une cholécystectomie consécutive.

RAPPORT

Cholédocotomie. — M. Michaux fait un rapport sur une observation de M. Lejars, relative à un cas de cholédocotomie. Il s'agissait d'une femme de soixante-deux ans, mère de quatre enfants, qui avait eu des coliques hépatiques frustes. Dans les deux dernières années, ces coliques étaient devenues beaucoup plus fréquentes et plus douloureuses, elles s'accompagnèrent d'ictère, devinrent subintrantes et bientôt la malade tomba dans un état cachectique. M. Lejars fit la laparotomie; il put constater que le foie n'était pas gros. Il reconnut la présence d'un calcul dans le cholédoque; il fit l'ouverture du cholédoque, l'extraction du calcul et referma le canal. La malade guérit.

M. Michaux fait observer que les opérations de cholédocotomie sont très rares. Lorsqu'il s'agit d'intervenir dans ces cas, il faut tenir compte de l'âge, du gros foie, du fonctionnement du foie et des reins. Il peut y avoir dans ces éléments autant de contre-indications opératoires.

COMMUNICATION

Ulcération blennorragique. — M. Jullien lit un travail sur ce sujet.

PRÉSENTATION

Lipome de la jambe. — M. Malapert (de Poitiers) présente un énorme lipome de la jambe, qu'il a extrait sur un enfant de cinq ans et demi.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Service de santé en campagne. Le fonctionnement des formations sanitaires (1), par Ch. Billet, médecin principal de deuxième classe.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui ont accompli une période d'instruction à Paris et ceux qui ont

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

suivi les manœuvres du service de santé en 1893 et 1894 ont certainement conservé le souvenir des conférences du médecin-major Billet.

Combien d'entre eux, à cette époque, eussent voulu posséder le texte de ses conférences et le résumé de ses explications sur le terrain! Le conférencier des hôpitaux du Gros-Caillou et de Saint-Martin est devenu depuis médecin principal à Angers. Le service en province lui laisse des loisirs qu'il a utilisés en tenant la promesse qu'il avait faite à un grand nombre de ses auditeurs : il vient de publier ses conférences, rendant ainsi le plus grand service à tous les médecins territoriaux et de réserve.

Le règlement sur le service de santé en campagne ne suffit pas, en effet, pour l'instruction d'un personnel qui ignore à peu près complètement les difficultés que présentera le fonctionnement de nos formations sanitaires en temps de guerre. C'est ce fonctionnement que l'auteur nous présente avec détails, en nous initiant à toutes les péripéties par lesquelles passeront les médecins de régiments, d'ambulances et d'hôpitaux, au cours d'une campagne.

Tout au début, l'auteur indique ce que chacun a à faire au jour même de la mobilisation; il nous donne la liste des vêtements et objets à placer dans notre cantine, ce qui évitera un grave souci, inutile à ajouter à d'autres, au moment du départ; il nous définit la délégation de la solde en faveur des personnes chères que nous laissons derrière nous; il énumère les visites à faire à l'arrivée à notre poste; il trace plus particulièrement les devoirs des médecins-chefs de service et nous donne un aperçu du *Journal de mobilisation* sur lequel ces médecins-chefs trouveront tracée d'avance, jour par jour, leur besogne pendant la période de début.

Les chapitres suivants sont consacrés à des généralités sur la répartition des diverses formations sanitaires, les attributions des différents personnels, à propos desquelles il entre dans les détails nécessaires sur les réquisitions, le journal des marches et opérations, les fiches et les carnets de diagnostic. Dans l'un de ces chapitres, nous avons trouvé condensés les devoirs des médecins-chefs et nous sommes resté effrayé de la multiplicité de ces attributions qui seront lourdes pour nos épaules, si nous ne nous y sommes pas sérieusement préparés à l'avance.

Après le personnel, l'auteur traite du matériel qu'il nous présente, avec raison, comme un modèle du genre, par sa nature même et par son ingénieux agencement.

Une fois ces connaissances générales acquises, l'auteur passe à la partie fondamentale de son livre, au fonctionnement des formations sanitaires. Il nous montre un poste de secours régimentaire, le fait fonctionner en route, en station, au combat; il nous place à la suite du régiment et nous décrit, avec des détails bien intéressants, les devoirs des médecins pendant les marches ; puis nous arrivons au combat, nous assistons à une bataille : nous lisons les ordres que donne le chef de corps, nous suivons les péripéties de la lutte et nous restons convaincus sans peine que l'embarras sera grand, pour un médecin novice, de changer, suivant la marche des événements, l'emplacement de son poste de secours, de le dédoubler, tout en faisant des pansements et des opérations, et finalement de rejoindre avec tout son monde le corps auquel il appartient.

Une des parties les plus importantes de l'ouvrage est celle qui traite de l'ambulance divisionnaire.

Ici encore nous assistons aux difficultés avec lesquelles nous serons aux prises, plus considérables que partout ailleurs, car l'ambulance constitue une individualité militaire, qui se meut comme un corps de troupes, qui a son point initial, ses haltes horaires, son campement, son bivouac particuliers, toutes choses que l'auteur nous explique — heureusement pour nous. Il nous donne textuellement les ordres successifs du général, du médecin divisionnaire, du médecin-chef ; et nous pouvons suivre sur une carte à la fin du volume toutes les pérégrinations d'une ambulance dans un combat, auquel nous avons déjà assisté avec le poste de secours, et auquel nous assisterons encore avec les hôpitaux de campagne.

L'auteur a peint son livre d'un mot : c'est de la clinique.

Viennent ensuite, traités d'une manière analogue, les chapitres consacrés à l'hôpital de campagne, à l'hôpital d'évacuation, aux trains sanitaires et aux infirmeries de gare.

A propos de l'hôpital d'évacuation, l'auteur nous donne le pourcentage des blessés, les diverses catégories dans lesquelles on devra les ranger, leur dissémination proportionnelle dans les diverses formations. C'est un chapitre très intéressant, même pour les médecins de l'armée active, parce qu'il donne une idée aussi nette que possible des emplacements que les médecins-chefs auront à chercher d'avance pour leurs diverses installations.

Quand on a lu tout l'ouvrage, on est convaincu avec l'auteur que rien ne diffère plus d'un médecin militaire qu'un médecin civil : cette conviction une fois acquise, nous reprendrons le volume, nous le relirons attentivement pour essayer d'acquérir, comme le conseille le médecin principal Billet, « toutes les connaissances qui nous manquent pour nous mettre à la hauteur de notre tâche et porter haut le drapeau de la médecine militaire », à laquelle, au moment suprême de la guerre, nous appartiendrons tous.

Die Krankheiten des Gehirns... [Les maladies du cerveau et de ses annexes à la suite des suppurations du nez (1)], par R. Dreyfus.

L'auteur a réuni dans cette monographie l'histoire des diverses affections du cerveau qui peuvent prendre naissance à la suite d'une lésion suppurative des fosses nasales.

Ces accidents (méningite, thrombose des sinus, abcès du cerveau etc.), peuvent survenir à la suite de lésions spontanées, traumatiques ou chirurgicales. On comprend quel grand intérêt pratique présentent ces dernières.

Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes (2), par Rud. R. v. Limbeck.

L'auteur s'est proposé de consigner dans cet ouvrage, qui en est à sa seconde édition, tout ce qui est de nature à intéresser le clinicien dans les notions acquises sur l'hématologie normale et pathologique. Les documents qu'il a consultés et cités sont très nombreux ; très souvent ses recherches personnelles l'avaient mis à même de les critiquer en connaissance de cause. Dans la première partie il expose la technique de l'examen du sang, dans la troisième il étudie ses propriétés chimiques et physiques; la quatrième est consacrée à la morphologie du sang, c'est-à-dire à la description des globules rouges et blancs à l'état normal et pathologique et des parasites du sang. Vient ensuite l'étude des diverses anémies primitives et secondaires.

---

(1) In-8°. — Iéna, G. Fischer.
(2) In-8°. — Paris, G. Fischer.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La chirurgie des voies biliaires est en ce moment à l'ordre du jour. Tandis qu'elle est l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie, elle occupe souvent aussi l'attention de l'Académie. M. Nicaise a lu un rapport sur un procédé ingénieux employé deux fois avec succès par M. Delbet. Dans les cas de kystes hydatiques du foie, communiquant ou non avec les voies biliaires, au lieu de pratiquer la marsupialisation, M. Delbet oblitère la cavité limitée par la membrane adventive par un capitonnage au catgut, suture la plaie hépatique et ferme la plaie abdominale, le tout sans drainage. Mais pour avoir recours à ce procédé, il faut que le liquide kystique et que la bile elle-même, s'il y a fistule biliaire, soient reconnus aseptiques. Dans les deux cas où M. Delbet a eu recours à ce procédé, le succès a été complet.

M. Weill a communiqué une intéressante observation de myosite ossifiante progressive. Il s'agit d'un malade dont la tête est immobilisée sur la colonne vertébrale, dont les mâchoires, les épaules, la plupart des articulations sont complètement ankylosées et dont toute la musculature de la partie postérieure du tronc est transformée en une sorte de carapace dure, osseuse.

Signalons, enfin, une lecture de M. Guépin sur les douleurs vésicales chez les prostatiques, que nos lecteurs trouveront plus loin.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de correspondant étranger. Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Bunge (de Bâle); en deuxième ligne, M. Schmereberg (de Strasbourg); en troisième ligne, M. Ichoer (de Strasbourg).

M. Henri de Brun, membre correspondant, envoie à la Société médicale des hôpitaux (22 mai) une étude sur une grave **épidémie de fièvre typhoïde** qui a sévi à Beyrouth (Syrie) à la fin de 1895 et au commencement de 1896.

Son étiologie est curieuse et instructive, elle confirme du reste ce qu'on savait déjà sur le rôle de l'eau dans la propagation de cette maladie. Un jour une pluie formidable éclate sur Beyrouth et ses environs. En un instant les rues sont transformées en véritables torrents : des enfants, des hommes même sont entraînés et noyés.

Le fleuve du Chien, qui baigne la ville, grossit démesurément. Les collines situées en amont sont lavées et ravinées par ce déluge ; la fièvre typhoïde y régnait. Comme les lieux d'aisance sont inconnus dans le pays, les matières fécales sont simplement déposées sur le sol, avec une insouciance que les Orientaux ne sont pas seuls à connaître. C'est ainsi que les germes de la maladie furent emportés tout d'un coup en masse considérable dans le fleuve du Chien dans lequel s'abreuve Beyrouth. Après une courte période d'incubation (huit jours), les premiers cas apparaissaient ; l'épidémie prit une intensité et une gravité très grandes, elle frappa plus de huit mille personnes, elle était remarquable en général par la brusquerie du début, la sévérité des symptômes, la fréquence des hémorragies intestinales, la fréquence des rechutes et la longue durée de la maladie et de la convalescence.

Un jeune homme, dont l'observation est rapportée par M. Dalché, absorbe 15 grammes d'**acide pyrogallique** délayé dans un verre d'absinthe. Il est pris aussitôt de douleurs intenses à l'estomac, de vomissements noirs qui persistent pendant quelques jours. Bientôt apparaît une teinte subictérique généralisée ; le foie est gros et douloureux, la rate augmentée de volume ; les urines albumineuses présentent une coloration noire accentuée. L'examen spectroscopique y démontre la présence de la méthémoglobine à côté de l'oxyhémoglobine. La mort survint au bout de quatre jours, dans un état de collapsus progressif.

M. Dalché insiste surtout sur les lésions des reins qui étaient en effet très curieuses. Il n'avait aucune lésion épithéliale des tubes urinifères, mais des boules noires étaient enclavées entre le glomérule et sa capsule, ces boules pigmentaires renfermaient du fer ; elles provenaient donc très probablement de la destruction des globules rouges et de la transformation de leur matière colorante. Des corpuscules analogues se rencontraient dans la rate. Il y a là quelque chose de notablement différent de ce qu'on trouve dans le rein, chez des malades atteints pendant leur vie d'hémoglobinurie paroxystique.

MM. Albert Mathieu et Richaud ont eu l'occasion d'étu-

dier deux faits de **sable intestinal**. Cette lithiase s'est montrée chez des femmes atteintes d'entérite muco-membraneuse; deux autres femmes, également atteintes de colite chronique, leur ont déclaré avoir eu également, à plusieurs reprises, du sable dans leurs selles, mais ils ne l'ont pas observé eux-mêmes.

Sur 11 cas de sable intestinal parvenus à leur connaissance, 7 se seraient présentés chez des malades atteints d'entérite muco-membraneuse.

Ce sable était constitué surtout par du phosphate tricalcique et une certaine quantité de carbonate de chaux; il renfermait environ un tiers de son poids de matière organique. Les analyses faites antérieurement par différents auteurs ont montré que la composition du sable intestinal était toujours très analogue. Il n'y a que des variations en somme assez minimes, dues à la proportion plus ou moins grande du phosphate et du carbonate de chaux et du phosphate magnésien qui se rencontre toujours, parfois à l'état de traces, parfois en notable quantité.

Cette composition est exactement celle que l'on a reconnue pour les concrétions pierreuses trouvées dans les fosses nasales, les amygdales, les bronches. On sait que des calculs à base de chaux se produisent dans la vessie et la vésicule biliaire, lorsqu'il survient une inflammation muco-purulente de la muqueuse de ces réservoirs. Il est probable qu'il en est de même pour les concrétions également à base de chaux qui constituent le sable intestinal et que leur production est consécutive à l'apparition de la colite chronique. La sécrétion muqueuse, la desquamation épithéliale en apporteraient les éléments : la stase, circonstance indispensable pour la formation de calculs quels qu'ils soient, se trouve réalisée chez des personnes constipées. En somme, la lithiase calcaire de l'intestin, comme les autres lithiases calcaires, serait la conséquence d'une inflammation chronique antérieure. C'est donc à peu près la théorie du catarrhe lithogène de Meckel.

Il est probable que la lithiase intestinale n'est pas chose très rare; surtout lorsqu'elle est liée à l'entérite muco-membraneuse, elle s'accompagne souvent de crises douloureuses qui ont fait porter plusieurs fois à tort le diagnostic de lithiase biliaire et de coliques hépatiques. Il n'est pas mauvais d'éviter cette erreur.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Ricard.

Adénome hémorragique du rein; néphrectomie transpéritonéale; guérison.

Observation recueillie par M. Launay, interne du service.

La nommée B..., concierge rue de Fleurus, vient consulter à la Pitié, le 9 mai 1894, pour une tumeur de l'abdomen dont elle s'est aperçue il y a seulement quelques mois. Elle a quarante-neuf ans.

Rien d'intéressant à relever dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, nous trouvons des accidents de pelvi-péritonite, dont elle a été soignée par M. Reclus, il y a sept ans, à l'Hôtel-Dieu : elle n'est plus réglée depuis cette époque.

Elle signale en outre un séjour à l'hôpital Saint-Antoine, datant de seize ans : elle renseigne mal sur ce qu'elle éprouvait alors et se rappelle seulement qu'on lui fit, à gauche, dans l'abdomen, une ponction qui aurait donné un liquide ressemblant à du sang.

Actuellement, elle présente des phénomènes assez nets de goitre exophtalmique : goitre, tachycardie, tremblement, sans exophtalmie.

Ce n'est que depuis le mois de décembre 1893 qu'elle a constaté que sa santé s'altérait. Elle se portait très bien en effet depuis son séjour à l'Hôtel-Dieu, n'ayant plus à se plaindre d'aucun phénomène douloureux du côté de l'abdomen.

Elle a remarqué d'abord qu'elle maigrissait et perdait ses forces; que son teint jaunissait, sans localiser autrement son mal.

Peu de temps après, à la fin de février, elle s'est aperçue que son ventre grossissait du côté droit et elle avait de temps en temps, lorsque par exemple elle se retournait dans son lit et se couchait sur le côté gauche, la sensation de quelque chose de gros qui remuait en elle.

Ce n'est que plus tard, au mois d'avril, qu'elle a commencé à se trouver véritablement gênée de sa tumeur et à souffrir. Ces douleurs n'ont pas tardé à devenir presque continuelles en même temps que la saillie de l'abdomen s'accentuait. C'est une sensation de pesanteur douloureuse dans le côté droit, à laquelle viennent souvent s'ajouter des élancements très pénibles dans la région lombaire, la hanche et la cuisse droite. A part ces élancements, qui ne manquent pas un jour, la malade accuse plutôt une gêne qu'une véritable douleur. Depuis quelques semaines, elle ressent en outre des irradiations douloureuses dans l'épaule droite, s'accompagnant de picotements et d'engourdissement du bras jusque dans les doigts. La marche est devenue très pénible.

Aucun autre signe fonctionnel : cependant la malade se plaint d'uriner souvent depuis quelque temps; tandis qu'autrefois elle n'avait qu'une ou deux mictions par jour, elle en aurait au moins dix actuellement et serait obligée de se relever trois ou quatre fois la nuit.

Ajoutons que, peut-être sous l'influence du repos au lit, ce phénomène n'a pu être constaté à l'hôpital dans la période qui a précédé l'opération.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de douleur de miction; les urines sont parfaitement claires : la malade n'a jamais constaté qu'il en ait été autrement et il ne paraît jamais y avoir eu ni hématurie, ni pyurie.

Sans être cachectique, la malade est très amaigrie; elle a toutefois conservé bon appétit et paraît de force à supporter une intervention s'il y a lieu.

La tumeur apparaît à l'inspection simple de l'abdomen : le flanc droit est augmenté de volume; entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque, existe une convexité très nette qui élargit l'abdomen et se continue en arrière jusque dans la région lombaire dont le méplat est effacé.

En bas et en dedans, les limites de la tumeur sont faciles à déterminer : elle descend dans la fosse iliaque jusqu'au niveau de l'épine antéro-supérieure et au-dessous d'elle, la main peut déprimer la paroi et plonger dans la cavité pelvienne qui est libre. En dedans, elle atteint et dépasse un peu la ligne blanche, surtout au niveau de la partie inférieure, le grand axe étant légèrement oblique en bas et en dedans. Par la palpation bi-manuelle, une main dans l'angle costo-vertébral, l'autre à plat sur le flanc droit, on constate aisément que la tumeur prend le contact lombaire et la transmission se fait très nettement et en masse de la main postérieure à la main antérieure.

En haut, sous le rebord costal, on dessine mal le contour du néoplasme et l'extrémité des doigts ne peut se glisser sous le bord inférieur du foie.

Pendant ces manœuvres, on a la sensation d'anses intestinales qui fuient en gargouillant sous la main. Mais elles ne fuient pas toutes et on trouve au moins une anse adhérente au-devant de la partie supéro-interne.

La surface de la tumeur paraît lisse et régulière; sa consistance est uniformément dure; il n'y a pas de fluctuation et une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz reste sèche : l'aiguille ne donne pas la notion qu'on a pénétré dans une cavité.

Matité partout, sauf en avant et en dedans, où la percussion confirme la présence de l'intestin. Toutefois il n'y a pas de zone sonore entre le foie et la tumeur.

Ajoutons enfin qu'elle est assez mobile et que son volume peut être apprécié au double de celui d'une tête fœtale à terme.

Diagnostic : tumeur rénale, probablement de nature maligne.

Laparotomie le 22 juin 1894. M. Ricard incise la ligne blanche sur une longueur de 15 à 18 centimètres. Les anses intestinales qui recouvrent la tumeur ne sont qu'en partie refoulées; plusieurs restent adhérentes en avant et en bas; de plus, cette incision verticale ne donnant pas assez de jour, elle est complétée par une incision horizontale traversant le flanc droit et formant avec elle un ⊣. On commence alors à libérer le néoplasme de ses adhérences intestinales; c'est là le temps le plus laborieux de l'opération, car la partie supérieure seulement est à nu et on constate en ce point la coloration spéciale du parenchyme rénal. M. Ricard procède à une véritable dissection de l'intestin qui encadre toute la partie inférieure de la tumeur et qui ne peut être décollé qu'à l'aide du bistouri. On réussit cependant à ne pas déchirer les tuniques intestinales et, après environ vingt minutes de travail, l'intestin est dégagé et refoulé sans accident et sans hémorragie importante.

Le pédicule est assez facilement trouvé en arrière et en haut. Ligature à la soie au niveau du hile, section du pédicule et ablation de la tumeur : ce temps de l'opération ne présente rien de particulier.

L'abdomen est complètement refermé : surjet au catgut pour le péritoine; soie plate pour les muscles et la peau.

L'opération a duré environ une heure.

Le soir, à six heures, la malade présente un état bizarre de surexcitation nerveuse : elle a été agitée tout l'après-midi; on a dû l'attacher pour qu'elle ne sorte pas de son lit. Elle n'a pas vomi, la langue est un peu sèche. Elle a uriné sous elle à plusieurs reprises.

T. 38°2. P. 128 : régulier et un peu faible.

Pour ne pas surcharger le fonctionnement du rein restant, on ne prescrit rien autre qu'un peu de champagne glacé.

23 juin : L'état ne s'est pas amélioré; l'excitation nerveuse persiste et la malade réclame constamment à boire; le pouls est devenu très irrégulier : deux ou trois pulsations précipitées s'intercalent à chaque instant et le rendent très difficile à compter. Il est plus faible que la veille et marque environ 136. T. 39°1.

La malade a de nouveau uriné sous elle et a de la diarrhée. Pas de vomissement.

Le soir, la malade est un peu plus calme et le pouls moins agité : T. 38°4.

24 juin : Le mieux constaté hier soir s'est accentué : il y a eu un peu de sommeil pendant la nuit. Le pouls a repris sa régularité et son ampleur. Sécrétion urinaire abondante.

T. mat., 38°2; T. vesp., 38°2.

25 juin : État très satisfaisant.

T. mat., 37°5; T. vesp., 37°9.

Rien de particulier les jours suivants : la malade mange, n'a plus de diarrhée et ne se plaint que d'être trop serrée dans son pansement. Température normale.

29 juin : Premier pansement. Réunion immédiate parfaite. On enlève tous les fils.

La malade se lève au bout de trois semaines.

Examen de la pièce. — Les principaux caractères macroscopiques de la tumeur sont les suivants :

Elle présente environ le volume d'une tête d'enfant de six à huit ans; deux parties distinctes la constituent : le rein et la tumeur proprement dite.

Incisée le long de son bord externe, celle-ci laisse écouler environ deux grands verres d'un liquide de couleur chocolat : il s'agit donc d'un kyste et non d'un néoplasme solide, comme on l'avait cru après l'examen clinique. Mais la disposition relative de la poche et de ce qui reste du parenchyme rénal permet de comprendre comment la ponction faite à la seringue de Pravaz, sur la face antérieure de la tumeur, n'a pas donné de liquide : l'aiguille enfoncée en plein parenchyme rénal n'a pu certainement pénétrer jusque dans la cavité.

Le rein occupe en effet la portion antérieure et inférieure dn néoplasme. La surface en est marquée de sillons plus profonds qu'à l'état normal et les dimensions en sont accrues, atteignant environ deux fois celles d'un rein sain.

Lorsqu'on rend à la tumeur la position qu'elle occupait dans l'abdomen, on voit que la direction du rein était modifiée : entraîné par le néoplasme qui s'est développé en arrière et en dehors, il a basculé sur le hile; le grand axe est devenu oblique en bas et en dedans, l'extrémité inférieure s'étant rapprochée de la colonne vertébrale.

Le hile ne présente aucune altération : l'uretère, perméable et non dilaté, fait suite à un bassinet à peine distendu. Les vaisseaux sont sains.

La poche surajoutée au rein a pris naissance dans le parenchyme : elle s'est développée en dehors et en arrière, distendant le bord convexe et la face postérieure de l'organe. C'est donc le parenchyme aminci qui en constitue la paroi : elle ne présente plus la coloration propre au tissu du rein, mais un aspect nacré rappelant celui des kystes ovariques.

La poche ouverte, on constate que la paroi est d'une épaisseur inégale; très aminci au point le plus saillant de la tumeur, où on ne retrouve pas trace à l'œil nu du tissu du rein, elle s'épaissit de plus en plus vers les deux pôles de la tumeur et au niveau de la partie intra-rénale où le parenchyme refoulé constitue la paroi.

La surface interne de la poche présente un aspect villeux très irrégulier : elle est recouverte de végétations peu saillantes et friables. Close de toutes parts, la cavité ne communique pas avec le bassinet, ce qui rend compte de l'absence de modification des urines dans l'histoire clinique de la tumeur. La poche est unique, sans cloisonnement ni brides, et son volume est supérieur à celui des deux poings. L'enkystement est parfait et la tumeur en se développant a, pour ainsi dire, pénétré comme un coin dans le rein, écartant les deux faces l'une de l'autre pour venir faire saillie dans le sinus. Il en résulte que, si on examine la pièce par le hile, la poche paraît avoir, outre sa paroi propre, une paroi externe formée par les parois antérieure et postérieure du sinus lui-même.

A l'œil nu, ce qui reste du parenchyme rénal paraît sain.

L'examen histologique de la pièce a été fait par M. Pilliet.

Il s'agit d'un adénome hémorragique du rein. La tumeur s'est enkystée, ce qui est de règle quand les néoplasmes de cette nature sont très volumineux.

La masse de l'adénome s'est nécrosée et la plus grande partie a dû s'éliminer spontanément, en sorte qu'on ne rencontre qu'en quelques points très limités les tubes épithéliaux caractéristiques. Sans eux, on pourrait croire à la présence d'une poche purulente, car cet adénome nécrosé

s'était sans doute infecté ensuite par voie ascendante ; la poche est, en effet, infiltrée d'abcès miliaires. Malgré cela, le diagnostic histologique ne paraît pas douteux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

RAPPORTS

Kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires. — M. NICAISE fait un rapport sur un travail de M. Delbet. Dans un premier cas, qui a été l'objet d'un rapport de M. Duplay, M. Delbet avait réussi à accoler la paroi de la cavité adventive par une suture en capiton et à réduire le foie dans le ventre sans drainage. Cette opération avait été suivie d'un plein succès.

M. Delbet vient d'employer le même procédé dans un second cas, où il y avait communication du kyste avec les voies biliaires. Chez un homme de cinquante ans, il fait une incision de 10 centimètres au niveau de la tumeur. Il ponctionne et tire un liquide clair, puis jaunâtre. Il décolle la membrane hydatide et voit la bile sourdre au fond de la poche en quantité considérable. Il agrandit alors l'incision hépatique, suture l'orifice de la fistule biliaire, nettoie ce qui reste de la poche et procède alors au capitonnage. Pour cela, il passe deux gros fils de catgut profondément dans l'épaisseur de la paroi ; en serrant ces deux fils, il adosse les parois du kyste et supprime sa cavité. Il suture ensuite l'incision hépatique par un surjet au catgut, rentre le tout dans la cavité abdominale sans drainage et ferme complètement la plaie.

M. Nicaise estime que ce procédé constitue un progrès sur la marsupialisation. Mais ce procédé ne saurait être appliqué que dans les cas où le liquide du kyste est clair, non infecté, et où la bile est également aseptique.

Eaux minérales. — M. ROBIN lit une série de rapports sur les eaux minérales.

LECTURES

Douleurs vésicales des prostatiques. — M. A. GUÉPIN. Le phénomène qui inquiète surtout le malade à toute période des accidents provoqués par le déplacement du col vésical dû à l'augmentation de volume de la prostate et spécialement à l'hypertrophie sénile de cette glande, est certainement la douleur : c'est contre ses diverses modalités qu'il demande au chirurgien d'agir rapidement et efficacement. Il convient donc, avant d'en aborder le traitement, d'étudier ces douleurs dans leurs caractères et dans leurs rapports avec les autres symptômes, partant dans leurs causes et le mécanisme de leur production.

La douleur ne se montre que tardivement à la première période (période latente) de l'hypertrophie prostatique. A la fin d'une miction et surtout d'une miction nocturne, ou sous l'influence d'une de ces causes congestives si funestes (retenue, écart de régime, refroidissement, etc.), il se produit une contraction pénible de l'urèthre et de la vessie, simulant un besoin intense d'expulsion et, sans avoir été satisfait, se calmant peu à peu.

Mais bientôt le début de la miction, puis toute sa durée, sont marqués comme la fin par des spasmes avec irradiations douloureuses, dont l'intensité est fort variable suivant les sujets, qui se prolongent un certain temps après l'évacuation de l'urine. On est alors à la seconde période, période d'excitation vésicale, faisant suite à la passivité et aboutissant rapidement à la rétention.

La rétention est bien connue dans ses signes fonctionnels, dans ses crises d'excitation qui, lorsqu'elles se montrent, ont une fréquence et une intensité se rapprochant jusqu'à la continuité ; il n'est donc point nécessaire d'insister.

Mais la vessie vidée, même avec toutes les précautions indispensables dans le cathétérisme, il survient de nouveau après quelques heures, si le malade est abandonné à lui-même, de la rétention d'urine douloureuse ; et chaque cathétérisme paraît diminuer la capacité vésicale, c'est-à-dire rapprocher les besoins pathologiques impuissants et les douleurs qui les accompagnent. Dans ces efforts d'expulsion la vessie se tend ; la palpation sus-pubienne permet de la reconnaître à sa situation et à sa forme, quand elle est suffisamment dilatée, malgré la contraction abdomidale ; du méat il s'écoule souvent un peu de sang. Passe-t-on une sonde ? Celle-ci éveille une vive sensibilité dans la région prostatique qu'elle franchit à frottement et souvent pénètre dans la vessie par un brusque ressaut, indiquant l'élévation de la lèvre inférieure du col, valvule de Mercier, que l'on sait être aujourd'hui une expression symptomatique du spasme de l'urèthre profond. Cet ensemble de signes rappelle celui de la cystite ; cependant les urines sont claires. Dans ces circonstances, il y a infection aiguë de la prostate, avec retentissement rapide sur l'état général. La sonde à demeure eût pu, le plus souvent et en suivant toutes les règles que je résumais ici-même (séance du 15 avril 1896), permettre d'éviter l'excitation vésico-uréthrale, en évitant l'infection prostatique.

Ainsi, dans tous les cas, — volontairement, pour ne point prolonger outre mesure ces quelques réflexions, je laisse de côté les complications possibles, — la douleur des prostatiques est causée par une contracture vésico-uréthrale. A la première période : contracture de la vessie sur l'urine stagnante, dont le déplacement du col ne permet plus l'évacuation. A la seconde période : même phénomène de plus en plus accusé jusqu'à la rétention. Alors, si la prostate vient à s'infecter, surtout par le mélange d'urines septiques aux sécrétions qui dilatent ses éléments glandulaires, retentissement réflexe sur la vessie marchant de pair avec l'état prostatique, s'aggravant et guérissant avec lui.

Il résulte de cet exposé, nécessairement schématique en raison de sa brièveté, que le traitement doit avoir pour but de prévenir tout phénomène d'excitation vésicale. Il se trouve également satisfaire à toutes les autres indications qui ne sont point tirées de la considération de l'élément douleur. C'est ainsi qu'à la période de passivité vésicale, on cherchera à obtenir le dégonflement de la prostate. Celui-ci tient, en général, à la congestion locale et à la dilatation glandulaire par stagnation des sécrétions. Contre la congestion, nous avons l'hygiène, le régime, la saignée locale, la déplétion du rectum et même certains médicaments comme l'hamamelis, contre l'état glandulaire ; les lavements simples et médicamenteux, les suppositoires calmants et modificateurs, la compression de la prostate faite en temps opportun, suivant les règles posées par mon maître Reliquet, précédée de la suppression de tout ce qui favorise et entretient la dilatation glandulaire, c'est-à-dire de toutes les causes de voisinage du spasme de l'urèthre profond, ainsi que je l'exposais devant la Société de biologie (19 janvier 1895).

A la période d'excitation, la sonde à demeure remplit toutes les indications, associée aux moyens calmants locaux et décongestifs déjà énoncés.

Mais si l'état douloureux s'aggrave, chose heureusement fort rare, quand aucune précaution n'a été négligée, la fistulisation de la vessie s'impose ; elle offre alors le dernier espoir, d'ailleurs précaire, d'arrêter les accidents infectieux rapidement menaçants.

Myosite ossifiante progressive. — M. WEILL lit une observation dont voici le résumé :

Il s'agit d'un Israëlite, de trente ans, né en Roumanie,

sans antécédents héréditaires ou personnels, dont l'affection remonte à onze ans. A ce moment, il y eut de la fièvre, des vomissements, des douleurs intenses, de la rougeur et de la tuméfaction de tout le côté droit de la partie supérieure du corps. Après amendement progressif et disparition des symptômes aigus au bout de trois mois, on a constaté que toutes les parties atteintes étaient devenues dures et rigides; l'épaule droite était ankylosée, la tête immobile sur le cou, les mâchoires contracturées au point que, pour pouvoir alimenter le malade, il fallut pratiquer une brèche entre les dents.

Deux ans de suite, à la même époque, les mêmes phénomènes aigus se sont reproduits encore du côté droit, descendant toujours plus bas et amenant peu à peu l'ossification de tout le côté. Puis le côté gauche a été envahi à son tour; des accès se montrèrent tous les printemps, jusqu'à il y a quatre ans. Depuis, il n'y a pas eu de nouvelles poussées, sauf il y a quelques mois. Actuellement, la station debout et la marche sont possibles; le tronc est fortement incliné en avant et à droite; la tête tournée à gauche est immobile sur la colonne vertébrale, qui est complètement raide. Ankylose complète des deux mâchoires, des deux épaules, du coude droit; elle est incomplète au coude gauche. Aux membres inférieurs, ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite, du genou et de l'articulation tibio-tarsienne gauches.

Toute la musculature de la partie postérieure du tronc est transformée en une espèce de carapace dure, osseuse, avec des travées, des reliefs, des excavations.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Le fonctionnement du service des déclarations de maladies contagieuses, à la Préfecture de police, en 1895.

Le service des épidémies de la Préfecture de police a adressé au Conseil d'hygiène de la Seine la note suivante, que nous croyons bon de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Il a été déclaré en 1895, à Paris, à la Préfecture de police, en exécution de la loi du 30 septembre 1892, les cas suivants de maladies contagieuses :

Fièvre typhoïde, 1 389; variole, 542; scarlatine, 3 281; diphtérie, 4 327; diarrhée cholériforme, 65; dysenterie, 20; infection puerpérale, 183; ophtalmie des nouveau-nés, 5.

Ces déclarations proviennent :

A. des médecins; *B.* des hôpitaux; *C.* des feuilles de décès pour les cas non déclarés pendant la vie.

Tel est le bilan des déclarations faites en 1895 à la Préfecture de police, et la question suivante se pose immédiatement, question capitale en l'espèce : Comment fonctionne notre service? Pour combien de cas de chacune des maladies contagieuses ayant régné à Paris en 1895, la déclaration a-t-elle été faite? Pour combien n'a-t-elle pas été effectuée?

Nous croyons que la question peut être résolue d'une façon, sinon rigoureuse, du moins suffisamment approchée, de la manière suivante :

Les cas déclarés pour chacune des maladies contagieuses forment deux catégories : les uns traités à l'hôpital, les autres en ville. Le soupçon sur le plus ou moins d'exactitude des déclarations ne peut porter que sur les cas de la ville. Or, nous connaissons exactement le nombre des cas de chaque maladie traités à l'hôpital; une simple soustraction nous donne le nombre des déclarations pour malades atteints de la même affection, traités en ville.

Nous connaissons d'autre part, par la statistique municipale, le nombre total des décès de l'année 1895 pour chaque maladie contagieuse et aussi le nombre de ces décès qui se sont produits à l'hôpital. Une opération simple nous donne donc le nombre des décès qui se sont produits en ville pour chaque maladie infectieuse.

Ces chiffres obtenus, il sera facile de faire le raisonnement suivant :

X... cas de telle maladie traités à l'hôpital ont donné N... décès, c'est-à-dire une mortalité de tant pour cent.

X... décès de la même maladie se sont produits en ville et correspondent à N... cas traités en ville et *déclarés* à la Préfecture de police; ce qui donne une mortalité de tant pour cent.

Nous n'aurons qu'à comparer alors, pour cette maladie, la mortalité hospitalière (base certaine, et suspecte seulement de faibles erreurs), à la mortalité obtenue en opérant sur le chiffre des décès en ville (chiffre certain) et le nombre de cas traités en ville, et ayant fait l'objet de la déclaration, pour juger du plus ou moins de rigueur des déclarations provenant de la pratique de la ville. Nous avons appliqué cette méthode seulement aux quatre grandes maladies contagieuses parisiennes : fièvre typhoïde, variole, scarlatine, diphtérie, et les éléments de notre calcul sont exposés dans le tableau suivant :

	Cas	Décès	Proportion p. 100.
Fièvre typhoïde :			
Déclarations. .	1 389	270	19,43
Hôpitaux . . .	737	107	14,51
En ville. . . .	652	163	25,00
Variole :			
Déclarations. .	542	16	2,96
Hôpitaux . . .	36	5	13,72
En ville. . . .	506	11	2,17
Scarlatine :			
Déclarations. .	3 281	181	5,51
Hôpitaux . . .	1 211	60	4,95
En ville. . . .	2 070	121	5,84
Diphtérie :			
Déclarations. .	4 327	420	9,70
Hôpitaux . . .	3 108	391	12,55
En ville. . . .	1 219	29	2,37

Il faut maintenant tirer de ce tableau les conclusions qu'il comporte :

Fièvre typhoïde. — La mortalité hospitalière pour cette affection a été, en 1895, de 14,51 p. 100 ; en ville 163 décès certains se sont produits ; ils correspondent à 652 cas *déclarés*, ce qui donnerait une mortalité de 25 p. 100. Or, la mortalité hospitalière par fièvre typhoïde est toujours, *dans une même période*, supérieure à la mortalité en ville, et cela pour des raisons cent fois dites : tous les auteurs sont d'accord là-dessus.

En admettant que la mortalité en ville pour fièvre typhoïde, en 1895, a dû atteindre au plus 10 p. 100 (la mortalité hospitalière étant de 14 p. 100), on a quelques chances de rester dans les limites de la vérité. 163 décès pour fièvre typhoïde en ville devraient donc correspondre à 1 630 cas; nous n'en trouvons que 652 : la déclaration a donc manqué sans aucun doute pour plus de moitié des cas de cette affection traités en ville.

Variole. — 36 cas de variole dans les hôpitaux ont donné 5 décès, soit 13,72 p. 100. 11 décès en ville répondent à 506 cas *déclarés*, soit 2,17 p. 100 de mortalité. On peut dire ici, en s'appuyant sur cet écart entre la mortalité hospitalière et la mortalité urbaine, que tous les cas produits en ville ont dû nous être déclarés.

Nous serions plutôt tentés de suspecter que trop de varioles nous ont été déclarées et que le diagnostic a peut-être été trop facilement porté dans bon nombre de cas de la pratique urbaine. Mais nous n'insistons pas, n'ayant pas de données certaines pour juger l'écart de la mortalité hospitalière et de la mortalité urbaine de la variole.

Scarlatine. — 1 211 cas dans les hôpitaux ont donné 60 décès, soit 4,95 p. 100; 121 décès en ville correspondent à 2 070 cas *déclarés*, soit une mortalité de 5,84 p. 100. La mortalité hospitalière par scarlatine, à l'heure actuelle, où l'isolement est fait dans les hôpitaux, où les infections secondaires — si dangereuses dans cette affection, et autrefois si fréquentes dans le milieu hospitalier — sont écartées dans la mesure du possible, ne doit pas être beaucoup plus élevée que la mortalité en ville. Nous pouvons donc admettre que le chiffre de déclarations, qui nous donne 5,84 p. 100 de décès, est inférieur à la réalité, mais l'est de bien peu.

Diphtérie. — 3 108 cas dans les hôpitaux ont donné 391 décès, soit 12,55 p. 100 de mortalité ; d'autre part, 29 décès en ville correspondent à 1 219 cas *déclarés*, soit une mortalité de 2,37 p. 100. Nous admettons volontiers que la mortalité hospitalière reste plus élevée, *même aujourd'hui*, que la mortalité en ville : le traitement est mis en œuvre plus tard à l'hôpital qu'en ville, car trop souvent les parents ont attendu à la dernière extrémité avant d'amener l'enfant au pavillon de diphtérie, et les résultats du précieux traitement sérothérapique sont, on le sait, d'autant plus efficaces qu'il a été appliqué plus tôt. A cette raison on pourrait en ajouter d'autres encore, telles que moindre danger des infections secondaires en ville qu'à l'hôpital. L'on sait combien la diphtérie se trouve aggravée par ces infections (bronchopneumonie, etc.). Mais toute part faite à ces éléments de plus forte gravité à l'hôpital, il n'en est pas moins vrai que le chiffre de mortalité obtenu en calculant d'après les déclarations de ville et les morts correspondantes, paraît un peu bas et nous ne craignons pas de dire qu'il nous est *déclaré plus de diphtéries qu'il n'en existe réellement en ville.* La raison, d'ailleurs, paraît simple. Aujourd'hui, ce qu'on inscrit à l'hôpital sous le nom de *diphtérie* est bien la *diphtérie*, l'examen bactériologique étant fait et le tri des angines ainsi soigneusement opéré. En ville il n'en est plus de même. L'examen bactériologique n'est pas fait dans tous les cas, et bien des angines sont sans doute étiquetées *diphtérie* et traitées comme telles, qui sont des angines blanches à micro-organismes étrangers à la diphtérie. La crainte d'une erreur, le désir d'une désinfection, pour prévenir toute *éventualité de contagion*, peuvent encore dicter le diagnostic diphtérie et la déclaration.

En résumé, aux 1 389 cas de fièvre typhoïde enregistrés à la Préfecture de police, nous estimons qu'il faudrait en ajouter, pour arriver à la vérité, de 900 à 1 000, ce qui porterait le total à 2 000 et quelques cas.

Les cas de scarlatine et de variole nous paraissent assez exactement déclarés.

Pour la diphtérie, tous les cas réels n'ont peut-être pas été déclarés, mais la somme des cas enregistrés à la Préfecture de police égale bien *au moins* ce qu'il a dû exister de diphtérie à Paris en 1895. — L. T. (*Ann. d'Hyg. publ.*)

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1 et 5, et celle du 7 août 1851, article 8, *in fine*;

Vu le vœu formulé par l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices, et tendant à ce que, dans le concours des prix de l'internat, l'épreuve, dite du mémoire, soit jugée la première;

Vu l'avis conforme émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 30 avril 1896;

Considérant que, pour donner suite à ce vœu, il y a lieu de compléter, par une disposition additionnelle, l'article 124 du règlement sur le service de santé, relatif aux concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie;

Arrête :

Article premier. — L'article 124 du règlement sur le service de santé, relatif aux concours annuels pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, est complété par la disposition additionnelle ci-après :

« Le mémoire est jugé au début du concours.

A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois de novembre, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau quarante-huit heures avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours. »

Art. 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 5 mai 1896.

Signé : E. Peyron.

Vu et approuvé :

Paris, le 15 mai 1896,

Pour le préfet de la Seine et par délégation,

le secrétaire général de la Préfecture,

Signé : Bruman.

Pour ampliation :

Le secrétaire général,

Derouin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au concours de médecine au Bureau central ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Des péritonites chroniques. »

Les questions restées dans l'urne étaient : « Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic des affections pulmonaires compliquant le diabète. » — « Syphilis du poumon. »

— Le concours de l'adjuvat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Cunéo et Gosset, *ex æquo* ; Ombrédanne ; Brin et Le Für, *ex æquo*.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 27 mai : Suite de la discussion sur la cholélithiase. — Rapport : 1° abcès du cerveau, trépanation ; 2° corps étranger de la vessie, taille hypogastrique, par M. Boffe (rapporteur : M. Chauvel). — Communications : M. Reclus, phlegmon ligneux du cou. — M. Courtin (de Bordeaux), cure radicale de la hernie du cæcum.

— M. le docteur Gougeon, médecin adjoint au lycée de Laval, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Doisneau, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grandmougin et Rullier, médecins-majors de première classe, en retraite ; et M. le professeur Stolz (de Nancy).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mai 1896, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme de Graveron (Louise), veuve de Courteilles, en religion sœur Marie Chantal, supérieure des sœurs de l'hospice général à Tours (hospice mixte) depuis le 18 juin 1868 : a rendu de grands services pendant la guerre de 1870-1871, en organisant les ambulances de la région et en soignant les blessés avec autant d'intelligence que de dévouement. Services particulièrement dévoués à l'armée depuis vingt-huit ans.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1896, une médaille d'honneur, en argent, a été décernée à MM. Ranguedat, Gachon, Clair, Marty et Planty, médecins des paquebots de la compagnie des messageries maritimes, qui ont rapatrié de septembre à décembre 1895 de nombreux malades et convalescents du corps expéditionnaire de Madagascar et ont dû suffire presque seuls à cette difficile et pénible mission.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mai 1896, une médaille d'honneur des épidémies, en bronze, a été décernée à M. le docteur Weiss, médecin à Coutances-aux-Forges (Meuse), en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1895-1896 dans cette localité.

— Les médecins militaires dont les noms suivent ont obtenu le certificat d'aptitude au grade supérieur prévu par les décisions ministérielles des 26 avril, 24 mai 1883 et 8 février 1889 :

M. le médecin-major de première classe Perrin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Boiron, Noel, Leprêtre, Duhaut, Bimler, Baret, Ducros, Joly (P.-L.), Hublé, Castel, Desprez, Spite, Petit (J.-J.-H.), Raynal, Carlier, Lepagnez, Tayac, Rostan, Salebert, Fabre, Vachez, Poirier, Pelletier, Pélix, Jette, Vogelin, Chameroy, Clavelin, Dupeyron, Dumontier, de Poul de Lacoste, Billet, Piot, Landouzy, Ott, Pascaud, Bonnamy, Delorme, Bonnery, Collinet, Gleize, Bernaray, Géhin, Ricoux, Marcelin, Faveret et Valissant.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mouret, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bisson (de Caumont), Paul Blocq, ancien chef des travaux pathologiques à la Salpêtrière ; et Ransquins (de Montdidier).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices de dissection et le classement dans les pavillons de dissection (École pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) auront lieu comme suit :

I. *Étudiants de deuxième année de dissection.* — A partir du 1er novembre 1896, les étudiants de deuxième année de dissection seront appelés et classés, dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1896, à la Faculté de médecine de Paris, la huitième inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la quatrième inscription (nouveau régime d'études : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1896, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres — ou qui auraient pris la huitième ou la quatrième inscription dans une Faculté ou École des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Pour 1896-97, le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à neuf heures du matin, le vendredi 30 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

II. *Étudiants de première année de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la cinquième inscription.

Les étudiants appelés sous les drapeaux en 1896-1897 sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée, de Paris a Orléans et du Midi. — *Excursion aux Gorges du Tarn, organisée avec le concours de la Société des voyages économiques, les 4 juin, 2 août et 13 septembre 1896.* —Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Ispagnac, Sainte-Enimie, Le Tarn, Saint-Chély, Pougnadoires, Le Rozier, Dargilan, Montpellier-le-Vieux, Maubert, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, 260 francs ; 2e classe, 230 francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer ; la nourriture, le logement, les omnibus, voitures et barques pendant toute la durée du voyage (sous la responsabilité de la Société des voyages économiques).

Les souscriptions seront reçues aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement chirurgical des goitres.

Par le docteur A. Rivière,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous voulons essayer de réunir dans une étude d'ensemble (1) les faits importants relatifs au traitement chirurgical des goitres simples et compliqués. — Disons de suite d'ailleurs que nous ne croyons guère au goitre restant toujours simple : le goitre constitue en effet une affection à laquelle il faut remédier parce qu'elle mène généralement et suivant les circonstances soit au crétinisme ou au myxœdème, soit à la suffocation, soit au basedowisme plus ou moins fruste (2), soit au cancer thyroïdien. C'est là du moins l'opinion de nombreux chirurgiens autrichiens, suisses et lyonnais, plus compétents en la matière.

Dans cet article nous nous bornerons à une étude de médecine opératoire : donnant de chaque méthode la technique et la critique, nous occupant d'ailleurs presque exclusivement des opérations qui *peuvent et doivent* être pratiquées dans l'état actuel de la science.

Voici quel sera le plan de ce travail : après avoir donné une classification anatomique des goitres considérés uniquement au point de vue de l'intervention chirurgicale, classification sur laquelle repose l'emploi de tel ou tel procédé, et après avoir rappelé en quelques mots le traitement médical dont nous apprécions toute l'importance, mais qui est simple par ce qu'efficace, nous mentionnerons les méthodes chirurgicales abandonnées et qui ne doivent pas être tirées de l'oubli (broiement sous-cutané, séton etc.), nous discuterons un peu plus longuement les injections iodées parce qu'elles comptent encore des partisans, mais nous réserverons toute notre attention aux vraies méthodes chirurgicales : les unes, opérations conservatrices comme l'exothyropexie ; les autres plus radicales, comme les thyroïdectomies ou la strumectomie.

I

Classification anatomique des goitres au point de vue de leur traitement chirurgical. — La classification des goitres que nous proposons et que nous avons déjà mentionnée dans notre thèse (3) n'a aucune prétention anatomo-pathologique microscopique. Nous avons en effet jadis contrôlé et admis au point de vue pathogénique et histologique la théorie et les faits énoncés par Wœlfler (1) sur l'importance des adénomes fœtaux.

Notre classification, qui est celle de M. le professeur Poncet distingue plusieurs formes de tumeurs goitreuses (2).

1° *Des hypertrophies thyroïdiennes sans noyaux énucléables, goitres parenchymateux*, dans lesquels le tissu thyroïdien se présente parfois avec les caractères macroscopiques du tissu glandulaire normal. On trouve à la coupe deux aspects principaux : *ou bien* une surface lisse, plane, de coloration rouge brun, ressemblant à du tissu hépatique, formant une tumeur plus lourde que le tissu thyroïdien normal, sans kystes, ni tumeurs isolées, offrant une grande résistance et dans sa fragmentation se cassant comme un bloc ; *ou bien* une coloration rose grisâtre, une consistance plus friable, avec la présence de petites néoformations miliaires qui s'échappent sous forme d'une substance colloïde lorsqu'on presse la tumeur entre les doigts.

Ces formes atteignent généralement un volume moins considérable que les kystes : cependant M. Poncet enleva un lobe latéral droit hyperplasié qui à lui seul pesait 500 grammes (les lobes latéral gauche et médian laissés en place de parti pris étaient, réunis, plus volumineux que le lobe droit et certainement d'un poids supérieur; le tissu pathologique subit en quelques semaines une régression considérable, l'atrophie fut telle qu'après quelques mois le goitre restant avait à peu près disparu).

2° *Les goitres à noyaux énucléables justiciables de la strumectomie ou énucléation intra-glandulaire de Socin* (3). — Billroth avait déjà indiqué que certaines tumeurs goitreuses sont souvent limitées par une capsule qui adhère plus ou moins intimement au parenchyme glandulaire, mais c'est au chirurgien de Bâle que revient le mérite d'avoir montré, au point de vue opératoire, l'importance de cette donnée anatomo-pathologique.

Dans la pratique, l'opération de Socin s'adresse à deux ordres de tumeurs, à coup sûr très différentes au point de vue du manuel opératoire de leur ablation.

Dans une première catégorie de faits il s'agit de kystes à parois plus ou moins épaisses, de contenu encore plus variable, mais qui ont pour caractère essentiel d'avoir une poche les isolant des tissus ambiants, quelles que soient d'ailleurs les dimensions de la tumeur, qui peut varier du volume d'un pois à celui d'une tête fœtale et au delà. Ces tumeurs encapsulées font corps plus ou moins intime avec le parenchyme thyroïdien, *mais peuvent toujours en être plus ou moins facilement séparées*, alors que parfois, suivant la comparaison de M. Poncet, elles peuvent être aussi aisément énucléées qu'un kyste sébacé simple du cuir chevelu.

Il existe une seconde variété, à coup sûr plus rare, dans

(1) Les limites de ce travail ne nous permettant pas même de mentionner simplement les innombrables travaux parus sur la question, nous avons voulu surtout faire œuvre éclectique et pratique, nous appuyant principalement sur l'autorité et la compétence de nos maîtres, MM. Poncet et Jaboulay. En outre, nous prévenons le lecteur que nous n'avons étayé notre opinion que sur des travaux de la période antiseptique.

(2) On peut considérer comme un fait acquis, au point de vue physiologique, l'influence de l'appareil thyroïdien sur le bon fonctionnement de l'appareil nerveux central. Toute modification pathologique de la glande peut donc retentir sur ce dernier : qu'il s'agisse d'une hypo, d'une hypersécrétion, ou d'une viciation des produits élaborés. L'expérience clinique est là pour démontrer que toute lésion thyroïdienne chronique peut, à un moment donné quelconque de son évolution (après avoir été pendant un temps plus ou moins long très bien tolérée), devenir le point de départ d'accidents divers, reconnaissant alors pour cause l'altération thyroïdienne initiale, encore bien même pourtant qu'aucun phénomène nouveau ne semble être survenu du côté du goitre.

(3) Rivière. *La glande thyroïde et les goitres*, Th. de Lyon, 1893.

(1) Wœlfler. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin 1883 et 1890.

(2) Avant d'aller plus loin, nous tenons à faire observer, au point de vue de la simplicité anatomo-pathologique et du traitement chirurgical qui en découle, que le processus de ces différentes lésions offre de grandes analogies avec celui d'autres organes glandulaires ou non (mamelles, prostate, parotide, utérus), dans lesquels certaines tumeurs affectent les mêmes particularités.

(3) Dans notre thèse, essayant de ramener cette classification d'anatomie chirurgicale à celle — pathogénique — de Wœlfler, nous avons rapporté *les goitres sans noyaux énucléables* à certaines formes d'*adénomes fusant, à l'hypertrophie simple et à la dégénérescence sénile;* et les *goitres à noyaux énucléables à l'adénome colloïde*, à point de départ interacineux des formations vésiculaires avec tendance à former du tissu thyroïdien adulte.

laquelle la poche kystique est à peine développée : sa paroi est si mince ou fait corps si intime avec le tissu glandulaire qui l'entoure qu'après l'incision de cette tumeur on ne peut songer à l'enlever en totalité et que l'on doit alors se contenter de son évacuation, plus ou moins facile suivant le contenu solide ou relativement liquide du kyste. Il semble que dans ces cas on soit en face d'une prolifération adénoïde de la poche et que l'épaississement de cette dernière n'ait pas marché de pair avec le tissu pathologique qu'elle renferme.

On fait alors une ablation intra-kystique, soit avec une curette mousse, soit avec les doigts suivant les dimensions de la tumeur, et nous avons vu, maintes fois alors, des hémorragies plus ou moins abondantes intra-cavitaires qu'il fallait se hâter d'arrêter par le tamponnement et un capitonnage méthodique de la poche du kyste.

On le voit il s'agit bien de deux interventions différentes : toujours intra-glandulaires ; mais dans l'une la tumeur encapsulée est enlevée en totalité, contenant et contenu ; dans l'autre au contraire on doit se borner à l'énucléation du contenu.

3° Les *kystes proprement dits* ont un contenu très variable, *séreux*, *hématique*, *colloïde*. Leur poids a pu les séparer complètement de la glande, à laquelle ils ne sont plus reliés que par un pédicule : leur paroi est plus ou moins épaisse suivant leur ancienneté, l'emploi de tel ou tel traitement antérieur direct qui a pu enflammer la poche etc. Ils sont la plupart du temps multiples, de volume alors variable : les kystes uniques sont cependant fréquents et peuvent atteindre parfois des dimensions considérables (1). La poche de ces tumeurs peut alors présenter les altérations bien connues d'épaississement, de calcification, de vascularisations, qu'il est utile de connaître au point de vue des difficultés parfois réelles de leur ablation. En résumé, quel que soit le genre d'altération, le tissu de ces tumeurs encapsulées ou kystes forme un tout indivis qui n'est susceptible d'aucune fragmentation ou énucléation ; mais ces tumeurs offrent cette particularité intéressante de s'être à la longue, par suite de leur développement, de leur poids, etc., libérées des tissus environnants et du parenchyme thyroïdien dans lequel elles ont pris naissance.

4° Nous devons mentionner, au point de vue des précautions opératoires à prendre : les goitres à développement vasculaire exagéré (hémorragies), les déformations ou ramollissements de la trachée (asphyxie, mort subite), les goitres exophtalmiques dont l'opération est plus grave [Kocher, Mickulicz (2)].

5° *Les goitres cancéreux* (dont d'ailleurs nous ne reparlerons plus) se développent à peu près exclusivement sur d'anciens goitres et, au point de vue de leur traitement, nous devons encore établir deux variétés de tumeurs malignes de la thyroïde. Dans la plupart des cas la dégénérescence offre des caractères tels de diffusion, et cela à une date même très rapprochée de son apparition, que l'ablation de toute la glande thyroïdienne s'impose si l'on veut recourir à une intervention chirurgicale (3). A côté de cette forme de *cancer diffus* qui, en clinique, nous a paru être à peu près constante, puisque, sur cinquante cancers thyroïdiens observés par M. Poncet, elle fut rencontrée quarante-neuf fois, doit prendre place une variété de *dégénérescence intra-kystique*, dans laquelle la néoplasie reste pendant un temps plus ou moins long limitée par la poche qui lui forme barrière : l'éradication complète de la tumeur maligne est alors possible et n'exige pas d'autre technique opératoire que celle d'une tumeur encapsulée solide. Malheureusement ces transformations carcinomateuses débutant par la paroi interne du kyste sont l'exception et, lorsque nous disons que le cancer se développe sur de vieux goitres, il faut entendre surtout par là que les anciens kystes thyroïdiens jouent vis-à-vis du parenchyme glandulaire qui les entoure, le rôle d'une irritation lente et continue qui, en fin de compte, aboutit à la dégénérescence de ce tissu.

Certes on peut généralement cliniquement séparer les goitres cancéreux des autres formes, mais peut-on de même distinguer les goitres kystiques des hypertrophies thyroïdiennes en masse ? Ce dernier diagnostic aurait une réelle importance au point de vue de l'intervention même et aussi du procédé : la strumectomie (ou énucléation intra-glandulaire) devant être considérée comme plus bénigne que la thyroïdectomie partielle ou amputation d'une plus ou moins grande masse du tissu thyroïdien. Nous croyons avec Roux [de Lausanne (1)] que la forme du goitre, les sensations fournies par le palper peuvent dans un grand nombre de cas permettre de reconnaître l'existence des kystes ; mais il est telle circonstance où la forme arrondie, la lobulation du goitre etc., qui militent en faveur de tumeurs encapsulées, laissent encore de l'hésitation dans l'esprit du chirurgien, qui ne peut être vraiment sûr de la variété du goitre en présence duquel il se trouve que lorsque par l'opération il a le tissu malade sous les yeux et sous les doigts. Nous attribuerons aussi une certaine valeur au signe de Mme Anna Bégoune (2), quoiqu'il soit assez difficile à apprécier. Disons enfin que, pour MM. Roux et Poncet, le traitement iodé peut être considéré comme une pierre de touche capable d'édifier le chirurgien sur la nature du goitre : les tumeurs à noyaux, tant soit peu anciens et ayant une certaine épaisseur de poche, pouvant être considérés comme rebelles à l'iode.

La proportion des goitres à noyaux énucléables est variable suivant les régions. Roux et Socin en Suisse trouvent une grande majorité de ces formes ; M. Poncet à Lyon, quatre sur cinq ; Hahn (3) à Berlin au contraire dit n'en pas rencontrer.

Disons, en terminant cette étude anatomo-pathologique, que tous les goitres, quelle que soit leur forme, peuvent être le siège d'hémorragies interstitielles ou intra-kystiques, ou d'accidents de strumite qui peuvent forcer la main du

(1) Nous avons vu récemment à la clinique des kystes uniques du volume d'une grosse orange et bien au delà, renfermant 5 à 600 grammes de liquide.

(2) Congr. des chirurg. allem., Berlin 1896.

(3) Nous savons, depuis les thèses d'Orcel (Lyon 1889) et de Bertrand (Lyon 1895), qu'il vaut mieux en pareil cas s'abstenir de toute opération qui aurait pour but l'ablation des tissus malades. C'est que, en effet, comme l'a souvent vu M. Poncet dans les cas de ce genre, l'opération est particulièrement grave et ne donne qu'une survie de quelques jours, au maximum de quelques mois. Au reste, ne trouve-t-on pas généralement à l'autopsie de ces sujets des invasions ganglionnaires, des noyaux de généralisation à distance ou au voisinage qui témoignent de l'inutilité d'une opération radicale ?

(1) Roux. *Remarques sur 115 opérations de goitres*, 1891, et Congr. de chir., 1894.

(2) Anna Begoune (*Inaug. Dissert.*, Berne 1884) insiste sur la recherche du calibre des artères nourricières : les tumeurs hyperplasiques sont fortement vascularisées, les kystes séreux sont abordés par de petits vaisseaux, les kystes hémorragiques présentent des dispositions variables.

(3) Hahn. *Arch. f. klin. Chir.*, 1888.

chirurgien. Nous avons, avec Jaboulay, dans une série de communications en 1892-1893, indiqué que ces strumites devaient être mises sur le compte d'infections subaiguës, de même d'ailleurs que les goitres dits aigus.

II

THÉRAPEUTIQUE DES GOITRES. — TRAITEMENT MÉDICAL. — Nous ne pouvons le passer complètement sous silence, quoique nous ne fassions ici qu'une étude chirurgicale. Rappelons simplement, surtout au point de vue du goitre endémique, l'influence de l'hygiène et de la qualité des eaux (1) et aussi de la suppression des causes amenant des congestions thyroïdiennes.

Quant à la conduite à suivre, nous nous rallions absolument à la proposition de Roux, suivie depuis longtemps par les chirurgiens lyonnais : « Ne jamais opérer les goitres avant que plusieurs essais de traitement par l'iode en aient démontré l'inefficacité : mettant à part, cependant, les cas où le chirurgien a la main forcée par les accidents qu'il ne faut jamais laisser arriver à la période ultime. »

Le traitement médical efficace est simple : il comprend l'iode et ses divers composés : iodure de potassium, teinture d'iode, iodoforme — intus et extra — continués longtemps et à petites doses (2).

Rappelons cependant qu'on a décrit des accidents d'iodisme (amaigrissement, sueurs, dyspnée, palpitation, hémoptysie) attribués par les uns à une intoxication iodée, par les autres (3) à ce que les substances toxiques emmagasinées dans le corps thyroïde des goitreux seraient mises en liberté par l'iode et lancées dans le torrent circulatoire.

Aussi croyons-nous, avec Trousseau, qu'il faut s'abstenir d'iode chez les goitreux nerveux, candidats au basedowisme. Il sera toujours prudent, dans l'emploi de la médication interne par l'iodure, de tâter la susceptibilité du sujet à ce médicament, de donner de faibles doses au début, ne pas dépasser 50 centigrammes par exemple, et l'on devra suivre avec soin les effets de ce traitement. Il est prudent également, au moindre signe d'intoxication, et même sans cela, de suspendre l'administration de l'iodure à l'intérieur toutes les trois semaines par exemple. Enfin, on se rappellera qu'on ne doit arriver aux fortes doses que progressivement et jamais d'emblée.

Mentionnons simplement le traitement des goitres par la digitale (4), le phosphate acide de soude (5), les médications thyroïdiennes (6), etc.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Avant d'entrer dans l'étude des méthodes chirurgicales actuellement en vogue, rappelons rapidement quelques-unes de celles tombées dans l'oubli ou rarement employées et qui appartiennent à l'histoire du traitement du goitre. Nous dirions volontiers que nous les indiquons ici simplement pour être complets et aussi pour prévenir contre leur emploi les praticiens qui en trouvent encore la description dans une série d'articles ou de monographies consacrés au traitement des goitres.

Le *séton*, déjà repoussé par Bonnet (de Lyon), et momentanément réhabilité par le docteur Mollière, qui utilisait des écheveaux de crins de cheval pour le drainage des kystes thyroïdiens. Ce mode de traitement, comme du reste beaucoup d'autres moyens employés, a pu, dans l'espèce, donner des succès ; mais il est passible de telles objections (dans un grand nombre de cas, insuffisance, durée et aussi danger de ce mode aveugle d'intervention), qu'il ne saurait être mis en parallèle avec l'ablation du kyste qui est le seul traitement auquel il faille avoir recours. Les récidives étaient en outre fréquentes et il est arrivé maintes fois à divers chirurgiens — à M. Poncet entre autres — d'éprouver ultérieurement de grandes difficultés dans l'ablation de kystes autrefois drainés et récidivés.

Le *broiement sous-cutané* de Billroth et Gaillet (de Reims), que l'on pratiquait à l'aide de trocarts plus ou moins volumineux introduits dans la tumeur et la triturant : il s'ensuivait un hématome et, par suite, des dangers de suffocation ou de suppuration. Billroth renonça d'ailleurs lui-même à son procédé, dès 1877.

Les *caustiques* et surtout les pâtes de Vienne et de Canquoin furent très employés par Sédillot, Bonnet. Ce dernier, embrochant avec une flèche les goitres suffocants rétrosternaux soulevés, les fixait, grâce à cette méthode, au-dessus du sternum et guérissait ainsi certaines formes. M. Ollier eut, par les caustiques, un des premiers succès de la thérapeutique chirurgicale du goitre exophtalmique. Inutile de dire que cette méthode n'a plus de raison d'être aujourd'hui.

L'*électricité*. — Picou (1) dit que Chevorteck (de Vienne) a guéri trente goitres, anciens et rebelles à l'iode, par des courants continus d'intensité moyenne (jusqu'à produire une légère sensation de brûlure) administrés pendant cinq ou six minutes. Il changeait les électrodes de place toutes les minutes. Costes a employé simultanément l'électricité et les frictions iodées. Le Fort n'est pas favorable à la méthode. Nous avouons n'avoir aucune expérience de cette thérapeutique qui tente par sa bénignité, mais qui, malheureusement pour elle, n'a pas, depuis lors, reçu le contrôle de la pratique des médecins et chirurgiens qui se sont occupés du goitre.

Injections parenchymateuses interstitielles et intra-kystiques. — Disons d'abord qu'on a injecté, là comme ailleurs, le pernicieux perchlorure de fer (Alquié, de Montpellier, 1859), l'alcool à 1/5 (Schwalbe), l'alcool pur (Billroth = mort), le chlorure de zinc (Le Fort), la liqueur de Fowler (Grumach), l'ergotine (Pepper, de Boston, 1877), l'ergotinine Ivm au 1/3 (une à quatre seringues, Debaisieux). Coghill a même injecté cette dernière substance dans le tissu cellulaire sous-cutané. Maunoir (de Genève), en 1812, et Velpeau, en 1842, ont injecté du vin.

C'est l'iode, principalement sous deux formes (teinture d'iode et iodoforme), qui a le plus de partisans. Bouchacourt (2) le préconisa le premier. Luton, en 1863, puis dans l'article du dictionnaire, posa les indications et les règles

(1) Fleury (Clermont 1833) racontait avoir vu, lors d'une épidémie de goitres aigus dans un pensionnat de jeunes filles, celles-là en être garanties qui *faisaient bouillir* l'eau qu'elles buvaient ou y mêlaient du vin. Ce fait cadre bien avec notre théorie de la nature infectieuse de certains goitres.

(2) Un centigramme à 2 grammes de KI par jour; Lasègue de 1 à 6 grammes de teinture d'iode; Glover, 10 à 15 centigrammes d'iodoforme; Reverdin (Congr. de chir., 1891), 20 centigrammes d'iodoforme.

(3) MAYOR, GAUTIER, RAPIN. Soc. méd. Genève, mars 1895.

(4) MENSEL (de Gotha). *Semaine méd.*, 1894.

(5) KOCHER. Congr. de Berlin, 1896.

(6) Cette médication thyroïdienne, qui paraît très efficace contre certaines formes de goitres (les hyperplasiques), demande une étude à part.

(1) PICOU. *Du traitement du goitre*, Th. de Paris, 1878.

(2) BOUCHACOURT. *Bull. de thérap.*, 1844.

définitives de la méthode adoptée par Duguet (1), Mackensie, Verneuil, Le Fort, Terrillon, Richelot, Le Dentu, Thiéry (2), Rosander [de Stockholm (3)].

Les injections d'iode (4) agissent probablement comme antiseptique avec une influence presque spécifique et aussi par réaction inflammatoire locale.

Étude critique. — Cette méthode a donné d'assez bons résultats, surtout dans les hypertrophies simples : mais, quoiqu'elle soit prônée, encore actuellement, par nombre de chirurgiens de valeur, nous la repousserons avec la majorité des auteurs autrichiens, suisses ou lyonnais, compétents en la matière. Voici sur quels arguments basent leur opinion Wœlfler, Roux, Poncet et Jaboulay, etc. :

D'abord la fréquence des strumites arrivant souvent à la suppuration et à la gangrène ; des hémorragies secondaires intra-kystiques ou non ; de l'asphyxie immédiate ou consécutive, lorsque l'on opère sur des goitres déjà constricteurs. Ce fait, déjà signalé par Bonnet et Philippeaux (5), a engagé le professeur Berger (6) à n'admettre les injections iodées qu'à condition de se tenir prêt à une intervention plus chirurgicale (7).

On a également signalé des cas de mort subite par thromboses ou embolies [cas de Lücke, Kocher, Schmidt, Seitz, Demme, Schwalbe, analysés par Schmidt (8) et Krieg (9); assez fréquents probablement (parce que souvent non publiés), et à craindre surtout dans les goitres vasculaires ou volumineux].

La syncope est un accident presque banal.

Dans le goitre exophtalmique, l'iode injectée peut amener une exacerbation des symptômes.

MM. Ollier et Chandelux ont vu, dans un cas, un goître se généraliser sous forme de cancer à la suite d'injections iodées.

Nous ne saurions proscrire trop énergiquement, malgré les succès publiés, les injections de liquides modificateurs, irritants ou autres, dans l'épaisseur des goitres. C'est là une thérapeutique encore une fois des plus aveugles et par cela même aussi des plus dangereuses.

En résumé, nous pensons que les divers modes de traitement que nous venons de passer en revue répondent à la période pré-antiseptique de la chirurgie. Malgré leurs inconvénients et leurs dangers, ils ont eu autrefois leur raison d'être et, suivant l'expression parfaitement en situation ici, ne doivent être rappelés que pour n'être point réinventés par quelque esprit plus ou moins ingénieux à la recherche de moyens thérapeutiques dits simples, par opposition aux méthodes chirurgicales qui doivent être mises en usage et qu'il n'est plus permis d'ignorer.

(1) Duguet. *Goitres et médication iodée*, Paris 1886.
(2) Thiéry. Th. de Paris, 1886.
(3) Rosander, Congr. de Berlin, 1890.
(4) Luton, Duguet, Mackenzie emploient la teinture d'iode pure (récente ou ancienne par quantités de 1 à 5 grammes), Verneuil, 10 grammes teinture d'iode, 10 grammes d'eau, 1 gr. KI. — Boéchat (de Fribourg) emploie, ainsi que Terrier, l'éther iodoformé, qui a cependant, reconnaissent ces auteurs, l'inconvénient de se volatiliser trop vite et de déterminer de la douleur et de l'emphysème. — La formule de Mosetig est : iodoforme 1 gramme, benzol 9, huile de vaseline 10 grammes, huile de gaultheria XI gouttes; ou bien encore : iodoforme 10 grammes, glycérine 20 grammes.
(5) Bonnet et Philippeaux. *Gaz. méd. de Paris*, 1851.
(6) Berger. Soc. de chir., 1880, à propos d'une communication de Védrènes.
(7) Signalons cependant la thèse de Girod (Montpellier 1889) à conclusions opposées.
(8) Schmidt. *Deuts. Med. Wochens.*, 1884.
(9) Krieg. *Med. Corresp. Bl.*, Wurtemberg 1886.

Traitement chirurgical proprement dit (sanglant). — Nous arrivons maintenant au traitement chirurgical des goitres à proprement parler, c'est-à-dire à la mise en pratique d'opérations sanglantes par lesquelles le chirurgien se propose d'agir directement sur la lésion thyroïdienne : ici encore, pour ne rien omettre, nous parlerons d'un procédé opératoire auquel nous ne croyons guère, la ligature des artères thyroïdiennes.

La *ligature des artères thyroïdiennes* fut pratiquée maintes fois par divers chirurgiens (1), surtout dans ces dernières années, pour obtenir la rétrocession des goitres. D'après les observations publiées, il ne semble pas que cette exsanguification, plutôt apparente que réelle, des tumeurs thyroïdiennes doive prendre place dans la thérapeutique des goitres. Car dans les observations où une amélioration s'est produite, il est tel autre traitement chirurgical que nous considérons comme plus simple et plus efficace, auquel nous eussions donné la préférence.

III

Des thyroïdectomies. — Dans la thérapeutique des goitres que nous avons exposée jusqu'à présent, il n'était question que du traitement du goitre en général et tout au plus de certaines variétés apparentes : rien d'étonnant dès lors que l'on eût enregistré à côté de succès de nombreux insuccès.

Le vrai traitement curatif des goitres est, en effet, subordonné à leur variété et à la classification anatomo-pathologique que nous avons établie dès le début. Conformément à cette division, nous décrirons les divers procédés opératoires et modes de traitement chirurgical qui, répondant à des notions anatomo-pathologiques bien assises, méritent seuls d'être mis en usage.

Parmi ces opérations, la première et la seule pratiquée jusqu'à ces dernières années était la thyroïdectomie totale ou partielle.

La *thyroïdectomie totale.* — Nous n'en parlerons pas, car elle est abandonnée par tous les chirurgiens, en raison des accidents graves, mortels, qui en résultent et qui sont connus de tous.

La thyroïdectomie partielle (2) est une ablation portant le plus souvent sur un seul lobe de la thyroïde, ou encore sur une partie plus étendue de la glande, mais alors qu'on conserve systématiquement de celle-ci une masse plus ou moins volumineuse.

Cette opération ou amputation partielle de l'organe, comme l'indique bien le mot thyroïdectomie, ne doit être pratiquée que dans les cas de goitre parenchymateux, charnu, solide, etc., tout autant de termes synonymes qui peuvent se résumer en ce seul mot : *goitre anencapsulé.* Il peut exister des contre-indications à cette opération, mais lorsqu'on veut enlever un goitre charnu, c'est elle que l'on pratique.

(1) Recommandée par Jones en 1807, exécutée par Blizard, Langenbeck 1829; Walther, Larrey 1824; Porta 1852; mais surtout depuis la période antiseptique pratiquée par Wœlfler (*Wien. Med. Wochens.*, 1886), Billroth (*Wien. Med. Wochens.*, 1888) et Rydygier (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin 1890).
(2) Augier. *De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goitre parenchymateux*, Th. de Lyon, 1892.

La thyroïdectomie partielle, comme tout acte chirurgical bien réglé, comprend des temps séparés qui ont en outre, dans une description, l'avantage de rendre le procédé plus saisissant et pratique pour qui veut le répéter.

Pour plus de simplicité, nous supposerons une hypertrophie uniforme de corps thyroïde et l'ablation d'un seul lobe.

Premier temps. — Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. La forme, le siège, la direction de cette incision importent peu : ils doivent être cependant subordonnés à certaines règles. C'est ainsi que la section des parties molles doit être parallèle au grand axe de la tumeur, la dépasser notablement en haut et en bas, et quelle que soit la situation de cette dernière, répondre, suivant M. Poncet, à la partie la plus saillante.

Deuxième temps. — Les couches musculaires qui recouvrent le lobe à enlever, et qui souvent forment un véritable éventail au-devant des hypertrophies d'un certain volume, seront incisées avec la pointe du bistouri, ou mieux encore dilacérées, suivant la longueur de l'incision avec l'extrémité mousse d'une sonde cannelée, qui fait une brèche suffisante pour l'introduction de l'extrémité des deux index du chirurgien. Dans cette manœuvre, il écarte violemment et cependant sans brutalité, par cela même sans crainte de blessures vasculaires, les lèvres de la plaie musculaire, qu'il agrandit ainsi jusqu'aux limites de l'incision cutanée.

A ce moment la thyroïde apparaît sillonnée par un réseau vasculaire plus ou moins développé. Le plus souvent alors il sera nécessaire, pour agir rapidement et pour avoir une porte de sortie du néoplasme en rapport avec ses dimensions, de transformer cette incision en une incision en T par une section des parties molles, faite soit en dehors, soit en dedans, ou encore par une incision cruciale. Pour ce faire, l'extrémité de l'index est introduite sous les plans musculaires et cutanés qu'elle soulève et le doigt ainsi laissé en place servant de jalon à la pointe mousse des ciseaux permet, sans danger, la section large des parties molles superposées. Il va sans dire que des pinces hémostatiques sont rapidement appliquées sur les orifices vasculaires béants et que, laissées en place, elles peuvent encore servir de tracteurs utiles pour l'écartement des lèvres de la plaie.

Troisième temps. — L'index de la main droite introduit avec précaution reconnaît les limites de la masse thyroïdienne que l'on va amputer, cotoyant la capsule de la glande, en quelque sorte comme le détache-tendons suit le squelette dans une dénudation sous-périostique ; on détache ainsi le tissu cellulaire plus ou moins adhérent, on mobilise progressivement la tumeur et l'on arrive souvent à la luxer entre les lèvres de la plaie après avoir libéré et mobilisé ses parties profondes qui s'engagent au-dessous du sternum, de la ceinture clavi-pectorale. Ce déplacement en masse, lorsqu'il ne s'accompagne pas de troubles respiratoires, d'asphyxie imminente, doit être maintenu et rend alors plus facile la ligature des artères thyroïdiennes.

Quatrième temps. — Cette ligature de la thyroïdienne supérieure et de la thyroïdienne inférieure doit être exécutée encore à l'aide de l'index recourbé en crochet, qui soulève les tissus vasculaires et permet d'appliquer, à quelques millimètres de distance sur les vaisseaux, des pinces hémostatiques, rendant la section entre elles sans danger d'hémorragie. Il est telle circonstance cependant où il peut être plus simple suivant le peu de volume de l'isthme thyroïdien, l'absence de vaisseaux à son niveau, de chercher s'il n'existe pas, comme on le voit de temps à autre, un interstice celluleux qui indique une certaine indépendance de l'isthme et du lobe que l'on veut enlever ; s'il n'en est pas ainsi, on peut sans crainte l'inciser, sa section donne, somme toute, peu de sang. La capsule seule peut être une cause d'hémorragie, mais il sera alors facile de saisir les vaisseaux divisés avec une pince hémostatique. La section pratiquée, l'hémostase assurée, on procède à la libération de dedans en dehors, avec les doigts, avec la pointe du bistouri dirigée du côté de la trachée, de la tumeur qui se dégage petit à petit et qui bientôt finit par être mobilisée.

La ligature des thyroïdiennes, qui seules fixent encore la masse du tissu pathologique, devient le dernier temps de l'ablation.

Etude critique. — Cette opération incomplète est justifiée par le fait, admis aujourd'hui (1), de l'atrophie des portions de glande thyroïde hypertrophiée qui survient après diverses opérations portant sur celle-ci.

La thyroïdectomie partielle qui, *nous le répétons*, est *une opération de nécessité pour les goitres charnus* qu'on ne peut traiter par l'exothyropexie ou la mise à l'air, n'expose guère — comme dangers — qu'aux hémorragies, à l'entrée de l'air dans les veines, aux bronchites (surtout lorsqu'on a pratiqué l'anesthésie par l'éther ou qu'on a été obligé de faire une trachéotomie, ce qui, malgré l'opinion de Rose, nous paraît aggraver le pronostic). C'est, en somme, une opération dont la mortalité dans les conditions normales doit être nulle.

IV

Strumectomie ou énucléation intra-glandulaire des tumeurs thyroïdiennes encapsulées (2). — Du jour où elle a été démontrée possible par les recherches de Socin, cette opération est devenue l'opération de choix pour certaines variétés de goitre, que l'on rencontre plus généralement dans la région lyonnaise que les goitres charnus (4/5) ; elle consiste dans l'extirpation des kystes par une sorte de dissection, pratiquée surtout avec les doigts et l'enlèvement de

(1) Voici la genèse de cette idée. Lors des études sur le myxœdème opératoire, on avait reconnu que les accidents ne se montraient pas chez les opérés auxquels on avait laissé volontairement ou par mégarde une portion de la glande thyroïde, et ce qui avait été d'abord considéré comme une maladresse opératoire devint une règle de prudence. Reverdin disait alors : « Nous ne voudrions pratiquer l'extirpation que contraints et forcés. Toutes les fois que cela sera possible, nous ferons l'extirpation partielle ou l'énucléation. » L'opération incomplète devint peu à peu une méthode grâce à Reverdin, Billroth et surtout Mickulicz (*Centralbl. f. Chir.*, 1885, et *Wien. Med. Wochens.*, 1886). C'est alors que s'établit le *fait de l'atrophie des goitres à la suite des opérations de voisinage portant sur la thyroïde* : dès 1883, Sydney Jones (*The Lancet*) avait publié trois observations d'atrophie de goitres après la section de l'isthme ; en 1887, Julius Wolff signalait le fait d'une jeune fille dont un lobe thyroïdien très hypertrophié avait considérablement diminué de volume après l'ablation d'un autre lobe et de l'isthme ; M. Poncet (Th. d'Augier, 1892) rapportait un fait analogue ; Köhler, en 1893, rapportait que dans 26 observations partielles il avait 23 fois observé l'atrophie des portions thyroïdiennes non enlevées. Hacke, d'ailleurs, et Prengrueber (*Bull. méd.*, 1889) avaient également parlé des bons résultats des opérations intra-nasales ou simulées sur le goitre exophtalmique. *C'est de ce fait que sont nées les belles opérations de l'exothyropexie et de la mise à l'air ; grâce à lui se sont trouvées justifiées les opérations incomplètes sur les goitres : strumectomie et thyroïdectomie partielle.* — Voir Th. de Jenny, Lyon 1893 (*De l'atrophie des goitres laissés en place après diverses opérations pratiquées sur le corps thyroïde*).

(2) De Prelles. *L'énucléation intra-glandulaire des goitres ; strumectomie*, Th. de Lyon, 1892.

leur poche. Cette opération présente comme avantage de conserver tout d'abord, ainsi que le recherchaient intentionnellement les premiers chirurgiens qui l'ont pratiquée, la plus grande quantité possible de tissu thyroïdien, puis d'être d'une remarquable simplicité d'exécution, sans exposer, comme la thyroïdectomie partielle, à des hémorragies, à la blessure des gros troncs vasculo-nerveux : en un mot, comme toutes les manœuvres sous-capsulaires elle donne une grande sécurité opératoire.

Malgré que le siège, le nombre, le volume, les adhérences des tumeurs encapsulées puissent modifier sa technique, celle-ci peut se décrire méthodiquement en prenant pour type, par exemple, l'ablation d'un ou plusieurs kystes développés dans un lobe latéral.

Premier temps. — Découverte de la tumeur. — L'incision de la peau et des parties molles sous-jacentes jusqu'à la tumeur doit se faire dans la même aire opératoire que pour la thyroïdectomie et toutes les interventions thyroïdiennes en général et répondre à la partie la plus saillante de la masse. Sa forme et sa direction seront donc variables et pourront d'ailleurs être modifiées par d'autres incisions complémentaires.

Deuxième temps. — Ablation du kyste devenu plus ou moins apparent. — Le plus souvent, lorsque la tumeur est superficielle, on reconnaît assez aisément la paroi kystique, à nu sur une partie de son étendue; mais souvent aussi, elle est recouverte par une certaine épaisseur de tissu thyroïdien normal, au milieu duquel elle peut être complètement enfouie. Le kyste constaté, il sera toujours utile, comme le conseille M. Poncet, soit d'inciser directement sa paroi avec la pointe du bistouri, soit mieux encore, lorsqu'il a un certain volume et pour éviter l'écoulement de son contenu sur la plaie, de le ponctionner et le vider avec un trocart. Grâce à cette manœuvre, on délimite exactement la paroi du kyste et on peut trouver plus facilement le plan de clivage entre cette dernière et le tissu thyroïdien : on évite ainsi que le doigt s'égare dans les tentatives d'énucléation de la tumeur, dont l'extirpation deviendrait longue et difficile, si le doigt ou un instrument mousse errait dans le tissu thyroïdien ambiant. Le kyste ouvert, il est facile de saisir entre les mors d'une pince hémostatique chacune de ses lèvres et de reconnaître sa limite de séparation d'avec le tissu sain : certains de ces kystes (récents, non enflammés) s'enlèvent alors aussi facilement que des kystes sébacés du cuir chevelu. Un autre avantage de l'évacuation du contenu de la poche est de diminuer le volume de la tumeur, ce qui permet d'exercer facilement des tractions sur elle, grâce aux pinces qui tiennent les bords de l'ouverture. Dans la dénudation des tumeurs kystiques, il faut procéder avec soin, quoique assez vite, en se servant exclusivement des doigts qui manœuvrent comme s'il s'agissait de la rupture d'adhérences viscérales.

L'hémorragie est à peu près nulle, ou du moins, si du sang s'écoule parfois en assez grande quantité, comme il provient uniquement du parenchyme glandulaire, généralement peu vasculaire, il s'agit d'hémorragies en nappe que la compression arrête en attendant une hémostase plus complète. Il ne faut pas oublier, en effet, que, dans les interventions sur la thyroïde, ce sont les réseaux artériels et surtout veineux, *capsulaires et péri-capsulaires*, qui sont la principale cause des hémorragies abondantes. Dans la strumectomie, ce genre d'hémorragie est vraiment la seule à redouter; aussi l'attention doit-elle être particulièrement attirée du côté de la vascularisation superficielle.

L'extirpation d'un ou de plusieurs kystes superficiels rend les parties postérieures de la glande accessibles et l'on constate fréquemment alors d'autres tumeurs encapsulées, plus profondément situées, qui doivent être encore enlevées de la même façon. Lorsque l'œil et surtout le doigt ne perçoivent plus de noyaux indurés dans le parenchyme thyroïdien, il faut alors procéder à l'*hémostase définitive*.

Mais avant d'en arriver à la description de ce troisième temps de l'opération, mentionnons une manœuvre qu'il faut pratiquer toutes les fois que la tumeur à énucléer ne fait pas saillie entre les lèvres de la plaie et que l'on risque ainsi de faire une opération cavitaire sur des tissus profondément situés et mobiles. Il est de première utilité alors de procéder au déplacement de la masse, à sa luxation entre les bords de la plaie : ce qui permet de faire une opération en surface, à ciel ouvert, dans laquelle on voit bien ce que l'on fait et où les hémorragies seront moindres et susceptibles d'être mieux arrêtées.

Troisième temps. — Hémostase définitive. — Il va sans dire que, pendant le cours d'une strumectomie, tout orifice vasculaire béant doit être immédiatement saisi entre les mors de pinces hémostatiques et qu'il faut naturellement en avoir un grand nombre sous la main ; mais ce serait une erreur de croire que l'hémorragie d'origine thyroïdienne, succédant à l'ablation des kystes, puisse être arrêtée de la même façon. Du sang rouge s'écoule en abondance dans le fond de la plaie et on serait fort embarrassé de saisir des ouvertures vasculaires béantes, puisqu'il s'agit d'une hémorragie en surface. Si le sang ne s'écoule pas en trop grande quantité, on peut espérer que, par un tamponnement (paquets de gaze stérilisée maintenus quelques minutes avec la main), l'hémorragie s'arrêtera ; mais ce serait, croyons-nous, un leurre de compter sur l'efficacité définitive de ce procédé. L'hémorragie pourrait alors, en effet, reparaître, provoquée par des mouvements, le réveil, etc., et si l'on songe qu'après de telles opérations, l'hémorragie est à peu près le seul accident à redouter, on cherchera une sécurité complète. Cette dernière ne peut être donnée que par la *suture hémostatique de la plaie thyroïdienne*. Pour ce faire, il faut avoir à sa disposition des aiguilles à bords mousses de Hashdorn, de courbure, de dimensions variées, et aussi des fils à suture qui, devant être abandonnés dans la plaie, seront de catgut parfaitement aseptique. Alors, à l'aide des pinces hémostatiques déjà laissées en place dans le fond de l'entonnoir formé par la plaie thyroïdienne, à l'aide aussi de nouvelles pinces saisissant ce fond, il faut ramener, en quelque sorte, à la surface, cette masse thyroïdienne cavitaire et saignante, l'étaler et pratiquer un faufilage de ce tissu hémorragique. On a de la sorte de larges valves saignantes adossées complètement par leur surface et il ne reste plus qu'à serrer et à nouer le fil, pour que l'hémostase soit définitivement assurée.

Cette suture en large surjet doit être faite avec soin, car lorsque des hémorragies se produisent, elles sont alors dues à un défaut de compression par suite des vides laissés dans cette plaie cavitaire. Quant aux vaisseaux divisés sur lesquels on a placé des pinces, ils doivent être liés séparément.

Enfin le drainage de la plaie nous paraît utile, car il s'agit d'une plaie contuse de la thyroïde qui sera d'ailleurs vite souillée par des sécrétions abondantes.

Énucléation intra-kystique. — Les kystes thyroïdiens ont un contenu très variable : quelques-uns d'entre eux renferment, en dehors d'un liquide hématique, des masses char-

nues constituées par des fongosités, souvent très vasculaires, de la poche ; en pareil cas, si la poche est mince, et, ce qui peut arriver, non décorticable, il faut, le kyste incisé, abraser avec les doigts ou une curette mousse tout son contenu et alors tamponner cette cavité pour assurer l'hémostase. Il s'agit alors non plus d'une strumectomie typique ou énucléation intra-glandulaire, mais bien d'une *ablation intra-capsulaire* ou *intra-kystique*, qui peut être, comme l'a vu plusieurs fois M. Poncet, une opération de nécessité. C'est néanmoins une bonne opération, car la paroi du kyste, si mince qu'elle n'avait pu être enlevée, bourgeonne et la guérison survient par ce mécanisme.

Ablation des gros kystes ; énucléation massive. — La dégénérescence kystique du corps thyroïde peut, avons-nous dit, se présenter sous les aspects les plus variés. Il y a là toute une gamme d'altérations vésiculaires dont l'un des termes serait une dégénérescence kystique totale de la glande, sa transformation en une sorte d'hydatide pédiculée, comme on l'observe chez certains goitreux crétins dont le tissu thyroïdien a subi à ce point la dégénérescence colloïde que l'on a peine à retrouver quelques rudiments de tissu sain. Un autre terme serait représenté par l'existence isolée, comme nous l'avons vu plusieurs fois, d'un kyste unique pouvant acquérir des dimensions considérables et provoquer par un volume anormal des troubles fonctionnels commandant l'intervention.

Le kyste uniloculaire refoule devant lui en se développant et distend le tissu thyroïdien au milieu duquel il s'est développé et, lorsqu'il a acquis un certain volume, il tend, par son propre poids, à se pédiculiser, à s'isoler. S'il appartient aux couches superficielles de l'organe, il n'offre plus guère de connexion avec le tissu thyroïdien que par son fond, une partie de sa coque, et l'on est étonné alors de la facilité avec laquelle une telle tumeur peut être enlevée. Le plus souvent, cependant, des adhérences très résistantes, qui s'expliquent bien par le fait de cette poche ancienne irritant les tissus en contact, réclament des manœuvres de dissection plus laborieuses.

Parfois ces gros kystes, uniques ou multiples, mais alors que l'un d'entre eux a un volume de beaucoup supérieur à celui des autres, semblent s'être substitués complètement à la thyroïde qui a été refoulée, amincie, et ne forme plus entre eux que quelques travées et à leur surface une sorte de pédicule d'épaisseur variable, de telle sorte que l'opération pratiquée n'est plus une énucléation intra-glandulaire, mais bien une thyroïdectomie partielle. Lorsqu'on rencontre pour la première fois un cas de ce genre, on est tout étonné d'enlever ainsi la totalité d'un lobe thyroïdien après avoir isolé toute cette masse des tissus ambiants, et cependant sans avoir à pratiquer la ligature des artères thyroïdiennes.

C'est là, par opposition à l'énucléation intra-glandulaire et à l'énucléation intra-kystique, l'*énucléation* que nous pourrions appeler *massive* des kystes thyroïdiens. Dans ces cas, la tumeur s'est mobilisée vis-à-vis des tissus dans lesquels elle s'est développée, se substituant à eux ; elle s'est libérée également vis-à-vis du pédicule vasculaire, dont d'ailleurs les vaisseaux sont atrophiés, et aussi vis-à-vis des autres parties constituantes de la thyroïde (du lobe médian par exemple, quand il s'agit de la dégénérescence d'un lobe latéral). Une extirpation de ce genre ne nécessite, en effet, aucune incision de la masse pathologique, mais exclusivement celle destinée à conduire sur la tumeur.

V

Étudions maintenant une opération nouvelle qui, quoique plus efficace dans les cas de goitre parenchymateux, peut remédier cependant à toutes les formes anatomiques du goitre.

EXOTHYROPEXIE (1) ET MISE A L'AIR. — Sous le nom d'*exothyropexie* ou d'*opération de Jaboulay*, ainsi qu'avait proposé de l'appeler M. Poncet après les premières opérations, il faut entendre la mise au dehors partielle ou totale du goitre, mais aussi dans certains cas, ainsi que l'ont maintes fois fait MM. Poncet et Jaboulay, la mise à l'air des tissus hypertrophiés sans déplacement des parties goitreuses. Deux cas peuvent, en effet, se présenter, dans lesquels le chirurgien se préoccupe d'obtenir l'atrophie des tissus hypertrophiés, en laissant de côté les deux ordres d'opérations sanglantes jusqu'alors exclusivement pratiquées : la thyroïdectomie partielle ou la strumectomie.

Dans la première catégorie des faits, on se trouve en présence de goitres suffocants qui, la plupart du temps, sont des goitres plongeants, sous-squelettiques, et il faut alors en pareil cas avoir recours à la mobilisation, puis au déplacement avec luxation des portions goitreuses qui compriment la trachée. Chez de tels malades, la première indication est de parer aux accidents asphyxiques, de lutter mécaniquement contre eux par la suppression immédiate de leur cause, quitte à compter ensuite sur l'atrophie qui peut avoir la même action, mais une action éloignée. C'est alors que la dénudation plus ou moins étendue du goitre, après une large section des parties molles qui l'enserrent, ne suffit pas et qu'il est nécessaire, dans cette exothyropexie, de dégager la trachée par un déplacement permanent des tissus qui la compriment. Dans ces manœuvres de libération, le doigt va plus ou moins profondément à la recherche des masses compressives et les amène avec les précautions voulues en un lieu voisin où elles ne sont plus susceptibles de provoquer des accidents de compression.

Dans une deuxième catégorie de faits, les troubles fonctionnels sont moins marqués, ou tout au moins ne paraissent pas devoir provoquer des accidents graves immédiats, ou bien encore il s'agit de certaines formes de goitre exophtalmique sans phénomènes trachéaux à proprement parler, et alors l'intervention se borne à la mise à nu, à l'exposition prolongée à l'air des masses goitreuses sans les manœuvres de déplacement et de luxation, inutiles dans l'espèce : le but que l'on se propose d'atteindre est, en effet, l'atrophie plus ou moins rapide de la néoplasie thyroïdienne et d'autres manœuvres que celles nécessitées par la dénudation de la glande thyroïde ne sont en rien justifiées.

On le voit, l'exothyropexie peut avoir à poursuivre un double but, et les divers temps de cette opération sont alors subordonnés aux résultats que l'on recherche. Il est rare que l'on soit dans l'obligation de laisser entre les lèvres de la plaie cutanée la totalité de la glande hypertrophiée, ce qui à la rigueur pourrait paraître indispensable dans des compressions latérales de la trachée par les lobes hypertrophiés. Il suffira souvent de libérer avec les doigts et de mobiliser l'un

(1) Th. Gérard, Lyon 1893 ; Poncet et Jaboulay, Acad. de méd., 1894 ; *Bull. méd.*, 1894 ; Poncet, Soc. de chir., 1894 ; Jaboulay, *Méd. moderne*, 1894 ; *Semaine méd.*, 1894 ; *Lyon méd.*, 1894 ; Albertin, *Arch. prov. de chir.*, 1895 ; Hartmann, *Mercredi méd.*, 1895 ; Blanc, *Loire méd.*

de ces lobes pour voir plus ou moins disparaître les troubles respiratoires. Dans ces manœuvres, il sera du reste toujours prudent de ne pas chercher d'emblée un déplacement en masse, de se guider sur les troubles de la respiration qui peuvent être, au contraire, accrus par une compression ou un déplacement alors exagéré de la trachée : c'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois un soulèvement trop rapide du goitre augmenter le tirage et accroître les accidents asphyxiques qu'il devait combattre. La réintégration dans leur lit primitif des parties hypertrophiées est la seule pratique qui fasse alors immédiatement cesser ces troubles respiratoires provoqués par les tiraillements, les coudures, les compressions de la trachée. Il suffira le plus souvent, en pareille occurrence, de maintenir soulevé un des lobes hypertrophiés, soit par des lanières de gaze sous-jacentes, soit encore par des points de suture aux tissus voisins, fixant au dehors les masses compressives, pour que l'on n'ait plus à redouter la suffocation. Dans certains cas, on peut s'aider d'une incision du lobe médian qui, sans crainte de véritable hémorragie, permettra de dégager la trachée des masses latérales qui l'enserrent, soit avec le doigt, soit avec la pointe mousse du bistouri.

Le plus souvent, on se trouve en présence de goitres plongeants, appartenant soit au lobe médian, soit à un lobe latéral, et s'engageant à une profondeur variable du côté du médiastin ; il suffit alors de ramener au dehors ces « goitres en dedans » (expression employée par certaines malades), pour que la respiration se rétablisse normalement (1).

Étude critique.— L'indication urgente (2) de cette opération est de parer à des accidents asphyxiques immédiats ; son but éloigné l'atrophie du goitre. Aussi l'expérience clinique a-t-elle montré à MM. Poncet et Jaboulay qu'elle peut s'appliquer à des variétés très diverses de cas. C'est ainsi qu'elle trouve son emploi dans les goitres charnus simples, dans les goitres très vasculaires, dans les exophtalmiques et aussi dans les formes encapsulées justiciables de la strumectomie.

Il importe cependant de préciser. Cette opération est, en somme, à part quelques variantes, un des premiers temps de la thyroïdectomie ou de l'énucléation intra-glandulaire. A ce titre, par la rapidité de son exécution, par l'absence d'hémorragie réelle, en un mot par sa simplicité, il est telle circonstance, facile à prévoir, où, redoutant une intervention plus compliquée et plus grave, on lui donnera la préférence. Cette absence de complications opératoires constitue le principal titre de l'exothyropexie, et nous avons vu, maintes fois, grâce à elle, guérir des goitres parenchymateux, dont l'extirpation eût été dangereuse dans ses suites immédiates ou éloignées. C'est surtout dans les goitres charnus, non kystiques, que l'exothyropexie pourra produire l'atrophie et la guérison, aussi également dans les goitres à petits kystes aréolaires de date relativement récente, mais ayant cependant résisté à un traitement iodé méthodique.

Lorsque, au contraire, on se trouve en face de goitres kystiques avec des poches un peu épaisses, surtout lorsqu'elles sont un peu anciennes, on ne peut guère compter sur leur régression ; alors l'exothyropexie peut être le premier temps d'une strumectomie qui sera, à quelques jours de là, pratiquée avec plus de sécurité.

Enfin, certaines variétés de goitre exophtalmique (d'origine thyroïdienne) peuvent, en raison de leur vascularité, des dangers de l'intervention, justifier l'emploi de l'exothyropexie.

Le seul danger réel (1) de cette opération est l'intoxication iodoformée et thyroïdienne : la glande mise à nu absorbe en effet facilement et, en outre, irritée, sécrète plus abondamment ses produits. On a vu des accidents même mortels (1 cas) survenir après simple incision et pansement iodoformé. Aussi devra-t-on panser à plat et avec des chiffons de gaze stérilisée et mettre peu ou pas d'iodoforme en contact direct avec la plaie. Dans les premiers jours, les sécrétions séreuses d'origine thyroïdienne sont souvent très abondantes : c'est sur elles qu'on se guidera pour renouveler le pansement. La guérison s'obtient généralement au bout de six à sept semaines par réintégration spontanée du goitre, qui s'est atrophié.

Jaboulay préconise depuis quelque temps une opération plus simpliste encore que l'exothyropexie. C'est la « mise à l'air » (Th. Poujin, Lyon 1895), qui consiste, lorsque le chirurgien est arrivé sur le goitre, à le libérer des parties voisines à l'aide des doigts recourbés en crochet, mais sans le déplacer et en évitant, à cause des vaisseaux, de se rapprocher des cornes supérieures et inférieures. Pansement à plat au moyen de couches de gaze stérilisée, placées de telle façon que la plaie reste béante pour favoriser l'écoulement ultérieur de sérosité. Notre maître et ami Jaboulay nous a tout récemment montré des résultats merveilleux obtenus par cette bénigne intervention.

Pour résumer cette étude de médecine opératoire, nous dirons que le chirurgien n'est guère libre de choisir son mode d'intervention : c'est la forme anatomique du goitre qui le guide : la thyroïdectomie partielle est l'opération de nécessité qu'il pratique lorsqu'il ne peut faire autrement, c'est-à-dire lorsqu'il se trouve en présence d'un goitre charnu.

Rappelons cependant que, quelle que soit la forme anatomique du goitre, l'exothyropexie est toujours possible (sauf les cas où elle amène des accidents de suffocation), quitte, si l'atrophie secondaire se manifeste peu, à être complétée par une intervention plus radicale, mais devenue plus facile.

(1) L'incision primitive sera faite suivant les mêmes principes que pour toute intervention thyroïdienne.

(2) Le professeur M. Polosson vient d'exothyropexier un goitre suffocant *in extremis* à l'hôpital. — Exitus dès l'incision de la peau ; luxation rapide du goitre ; la malade (une jeune femme) dès lors respire librement (après quelques manœuvres de respiration artificielle), revient à elle et guérit.

(1) Naturellement, on n'observe après l'exothyropexie ni myxœdème, ni crétinisme (au contraire), ni tétanie, etc.

Nouvelles formules d'oculistique (1889-1895), par le docteur DE BOURGON. In-12. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Die Pathologie der Schutzpocken-impfung, von S.-R. Dr L. FURST, Special Arzt fur kinderheilkune, Berlin. In-8°. — Prix : Mk 2,25. — Berlin, W. 35, Oscar Coblentz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er juin 1896.

En attendant qu'un enseignement officiel de la déontologie mette le jeune confrère, qui entre dans l'exercice de la profession, au courant de ses droits et de ses devoirs vis-à-vis des confrères et des malades, il est bon d'enregistrer les efforts tentés par les différentes sociétés médicales pour réglementer, au mieux des intérêts de tous, les relations de confrère à confrère.

C'est ainsi que le Conseil général des sociétés d'arrondissement a adopté les principes suivants :

Article premier. — Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

Art. 2. — Si le médecin, appelé en l'absence du médecin traitant, constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à voir le malade *après avoir averti son confrère*.

Art. 3. — Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Art. 4. — Tout médecin appelé près d'un malade, dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie, fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant : s'il échoue, il doit prévenir, *sans délai*, le confrère auquel il succède.

Art. 5. — Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera fait par le médecin ordinaire.

Art. 6. — Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

Art. 7. — Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Art. 8. — Le cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament, et quel que soit le médecin traitant.

Ces règles nous paraissent devoir être acceptées, sans contestation d'aucune sorte. Elles sont sages et modérées, et tiennent également compte de la volonté des malades et de l'intérêt bien compris du corps médical. Nous ne nous arrêterons donc pas à les discuter, la lecture attentive des articles suffira pour entraîner la conviction. Il est un point seulement qu'on nous permettra de relever : c'est celui qui traite des consultations.

Tantôt la consultation a lieu à l'aide et en présence du médecin traitant. Dans ce cas, s'il y a désaccord au point de vue du diagnostic ou du traitement suivi, il est de règle que le médecin consultant s'abstienne de toute réflexion pouvant, à tort ou à raison, porter préjudice à son confrère, et contribuer ainsi à lui enlever la confiance des malades à qui il donne ses soins. Ce sont là des règles de bonne confraternité si élémentaires, que ceux qui ne les suivent point sont de bien rares et de bien fâcheuses exceptions. Le consultant qu'il soit appelé par le choix de la famille, ou par celui du médecin traitant, doit évidemment et avant tout prendre l'intérêt du malade ; mais même s'il pense qu'il y a eu erreur dans la thérapeutique employée, il peut toujours, par sa façon de s'exprimer, éviter de jeter sur son confrère le moindre blâme et il doit s'abstenir de la moindre réflexion pouvant prêter à une interprétation malveillante.

Et lorsque, comme cela arrive souvent, l'accord est complet entre le médecin traitant et le médecin consultant, il faut que celui-ci ne se croie pas obligé de trouver quelque chose de nouveau, quelque chose d'inédit, et qu'il ait la franchise de déclarer que ce traitement suivi est bien, qu'il est ce qu'il doit être et qu'il sache rendre pleine et entière justice à la conduite du médecin traitant. Cela vaut mieux que de chercher à se grandir et à se faire valoir, aux dépens d'un confrère, peut-être moins titré, mais qui, en somme, avait vu juste et soignait son malade comme il était convenable de le faire.

Cette façon de procéder est d'ailleurs généralement suivie et s'il y a de regrettables exceptions, elles tiennent à des particularités de caractère que les réglementations les plus légitimes ne sauraient réformer.

Tantôt, au contraire, le médecin ou le chirurgien consultant se trouve interrogé à part, dans son cabinet, chez le malade, voire même à l'hôpital. Dans ce cas, certains consultants ont une tendance plus blâmable à se laisser aller à critiquer plus ou moins sévèrement et plus ou moins justement la conduite suivie par le médecin ordinaire. Cela est d'autant plus regrettable que le malade saisit mal les nuances d'une appréciation qui n'est pas parfois une critique, qu'il dénature les paroles qu'il entend sans les comprendre; c'est alors qu'un mot imprudent et souvent injustifié peut, de la part d'un médecin consulté seul, causer bien du tort et occasionner bien des ennuis au médecin traitant.

C'est parfois devant ses élèves, qu'il veut instruire, que le médecin se livre, au lit du malade, à l'hôpital, à la critique du traitement qui a été suivi en ville. Cette critique est, en elle-même, très logique et très profitable aux élèves, car elle montre souvent les difficultés de la pratique et fait toucher du doigt les causes d'erreur. Mais elle demande à être formulée avec tact et courtoisie et surtout elle ne doit jamais être faite devant le malade, qui, nous le répétons, comprend toujours mal et interprète mal. Sinon lorsque ce dernier quittera l'hôpital, il s'empressera de porter préjudice au médecin qui l'a traité et le récompensera, par de mauvais propos, de ses soins souvent aussi dévoués que peu rémunérés.

La science et l'enseignement ne perdront rien à plus de discrétion; la profession médicale y gagnera en respect et en considération.

Présentation de deux malades fort intéressants à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (29 mai).

Le premier, amené par M. Le Gendre, est atteint d'une **lésion trophique** limitée à la zone du cubital de la main gauche. Il existe une hyperesthésie marquée de l'auriculaire, de l'annulaire et de la moitié interne du médius. De temps en temps, à l'extrémité de ces doigts, il se produit des bulles pemphigoïdes remplies d'un liquide sanguinolent. Ces bulles se dessèchent et l'épiderme correspondant desquame. Il est curieux de constater que, de ce côté, les battements de l'artère cubitale sont beaucoup moins accusés que du côté opposé. Il s'agit vraisemblablement d'une névrite du cubital.

Le second malade, présenté par M. Widal, est un **hystérique** chez lequel on observe des poussées simultanées ou successives d'orchite, d'érythème noueux, d'ulcérations de la bouche, de la verge et du scrotum.

L'hystérie est démontrée par l'existence d'un certain nombre de stigmates caractéristiques, hémi-anesthésie gauche, plaques hystérogènes, et par des attaques convulsives.

Les poussées d'orchite sont très fréquentes, elles sont caractérisées par la tuméfaction, tantôt de l'épididyme, tantôt du corps même de la glande. Ces poussées répétées — on en a compté une vingtaine en quelques mois — n'ont pas amené l'oblitération des conduits efférents, car le sperme est normal. En même temps que ces poussées testiculaires, apparaissent des plaques cutanées d'érythème noueux qui se succèdent presque sans relâche aux membres inférieurs; souvent aussi il survient de petites ulcérations arrondies de la muqueuse buccale; elles laissent des cicatrices pigmentées; d'autres fois, ce sont des ulcérations superficielles de la verge ou du scrotum.

A un moment, le malade, sous l'influence d'une piqûre d'épingle, a eu un œdème bleu hystérique de la main. Il y a donc chez lui une grande facilité aux manifestations attribuables à un trouble vaso-moteur.

Il y a quelque temps, un médecin qui le soignait a constaté, pendant quelques jours, dans l'urine, de l'albumine à flots; depuis, cette albuminurie n'a pas reparu.

Tous ces accidents sont attribués à l'hystérie par MM. Balzer et Widal, qui ont successivement soigné ce malade. L'albuminurie indiquerait chez lui l'existence non seulement d'un trouble de la vaso-motricité périphérique, mais même de la circulation capillaire dans les viscères.

M. Gilles de la Tourette, qui admet la possibilité des troubles circulatoires des viscères chez les hystériques, pense qu'ils peuvent amener de véritables hémorragies et, en particulier, des hémorragies cérébrales; elles pourraient devenir mortelles.

Il a vu, dans deux cas, des hystériques avérées succomber à la suite d'accidents qui rappelaient absolument l'hémorragie cérébrale et, pour lui, il pense qu'il s'agissait réellement d'une hémorragie de cause hystérique. Malheureusement cette théorie ne s'appuie sur aucune autopsie.

MM. Hayem et Siredey rappellent à ce propos, en citant des exemples probants, *avec autopsies*, que l'hystérie peut simuler complètement les tumeurs cérébrales avec convulsions limitées, épilepsie jacksonnienne et hémiplégie consécutive. Dans certains cas, en se basant sur la nature et la répartition des phénomènes convulsifs ou paralytiques, on avait cru pouvoir déterminer, avec précision, le siège cortical des lésions; à l'autopsie, la surprise fut grande de ne trouver aucune lésion appréciable.

M. Hervieux, en offrant à la Société son rapport annuel sur le service de la vaccine, fait ressortir, non sans une légitime satisfaction, que les très nombreuses revaccinations faites à Paris ont enrayé rapidement la dernière épidémie de variole. A Marseille, au contraire, où les vaccinations et les revaccinations ne se sont pas faites en aussi grand nombre, loin de là, il a fini par y avoir dans la dernière année plus de 700 morts causées par cette maladie. Cela représenterait pour Paris un chiffre énorme de décès. Et dire qu'il y a encore des adversaires de la vaccine!

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Sur un procédé de restauration des pertes de substance étendues de la voûte palatine, en particulier des pertes de substance antéro-postérieures.

Par le docteur E. Delorme,

Médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

Pour oblitérer les pertes de substance de la voûte palatine, congénitales ou acquises, deux méthodes sont actuellement employées et souvent opposées l'une à l'autre : la prothèse, l'autoplastie. La dernière, la seule qui m'intéresse, emprunte à la muqueuse périostique voisine de la perte de substance, sur la voûte palatine ou sur elle et le vomer, des lambeaux latéraux ou antéro-postérieurs qu'elle déplace plutôt qu'elle ne les libère et qu'elle réunit ensuite. Baizeau, Langenbeck, Lannelongue, ont, entre autres, attaché leur nom à ce mode d'occlusion dont les succès ne sont plus à compter et qui, à l'heure actuelle, est exclusivement suivi.

Mais il a, comme toutes nos ressources thérapeutiques, ses indications et ses contre-indications, ses conditions favorables ou défavorables d'application. Pour réussir, il faut que l'étoffe autoplastique ne manque pas, il faut qu'il existe entre les bords latéraux de la perte de substance et l'arcade dentaire correspondante une étendue suffisante de muqueuse périostique utilisable et que le bord antérieur de la fente ou de l'orifice palatin ne soit pas trop rapproché de la courbe de l'ogive palatine rétrécie et recouverte par un périoste particulièrement adhérent. C'est dire qu'il ne faut pas que la perte de substance soit trop large ou trop antérieure. L'expérience hautement reconnue de Trélat sur cette question peut nous servir de guide. Il nous dit : Si l'étroitesse des parties est telle qu'on ne puisse trouver sur les parties latérales de la fente une largeur de 12 à 13 millimètres à donner au lambeau, l'opération se présente dans des conditions défavorables; si on ne peut trouver que 10 millimètres, il vaut mieux y renoncer. Dans ces cas, on en est réduit à faire appel à la prothèse, à ses appareils coûteux, facilement altérables, exigeant une surveillance et des réparations incessantes.

On aurait lieu de s'étonner que des tentatives nouvelles n'aient point été faites en vue de faire disparaître ce désirata thérapeutique, si on ne savait combien cette chirurgie buccale est pleine d'imprévus, de difficultés déconcertantes qui en restreignent la pratique et la localisent en quelques mains.

Le procédé d'autoplastie que je recommande présente précisément tous ses avantages dans ces cas de pertes de substance étendues. Il permettrait d'oblitérer des orifices ou des fentes de 3, 4, 5 centimètres de long, sur 2 à 3 de large et même plus.

Il consiste, d'une façon sommaire, à détacher de la muqueuse de la joue un lambeau en forme de ⊣, à base postérieure adhérente. Son pédicule, qui correspond à l'espace interdentaire et qui ménage le canal de Sténon, se continue en avant avec une branche verticale, rectangulaire dans son ensemble, d'étendue variable, taillée derrière la commissure labiale. Ce lambeau disséqué est retourné à angle obtus, sa surface cruentée répondant à la bouche. Les bords de la branche verticale ou antérieure du ⊣ sont fixés à ceux de la perte de substance, et pour éviter que la base du lambeau ne soit coupée entre les deux arcades dentaires, on interpose entre elles un appareil qui les maintient écartées jusqu'au moment jugé propice pour la section du pédicule.

Cette description trop synthétique a besoin d'être complétée :

La bouche et le nez du patient ayant été depuis quelques jours, antiseptisés, surtout la veille et le jour de l'opération, l'opéré est placé en pleine lumière, la tête renversée, bien maintenue, et la bouche largement béante, comme on le fait dans toute opération de palatoplastie. Les lèvres et la joue sont tendues du côté où l'on doit prendre le lambeau, soit par des pinces placées au-dessus et au-dessous de la commissure, peu engagées en arrière, soit par trois ou quatre anses de fils qui traversent la lèvre supérieure, l'inférieure et la commissure et qu'on attire en avant comme les pinces.

Les choses étant ainsi disposées, j'avive largement avec un couteau de de Graëfe ou de Jean-Louis Petit les bords de la perte de substance, en commençant par la partie postérieure, puis je commence à délimiter la branche verticale antérieure du lambeau par une incision verticale antérieure de 3, 4, 5 centimètres, placée à un demi-centimètre en arrière de la commissure. Aux limites supérieure et inférieure de cette incision je porte une section perpendiculaire à la première, longue de 2, 3 centimètres et plus, puis deux incisions supérieure et inférieure parallèles à la première, qui s'arrêtent à 2 ou 2 centimètres et demi l'une de l'autre, pour ménager au lambeau une base suffisante. Ces dernières sections se continuent en arrière, parallèlement, dans une étendue de 3, 4, 5 centimètres, sur la partie de la muqueuse jugale intermédiaire entre les deux arcades dentaires, laissant entre elles un espace pédiculaire de 2 centimètres et demi à 3 centimètres.

Dans ce tracé, on a soin d'éviter l'orifice du canal de Sténon. On ne dépasse pas l'épaisseur de la muqueuse et de sa couche glandulaire.

Le lambeau muqueux en ⊣ ainsi délimité est dégagé avec de petits ciseaux courbes à strabisme, en même temps que la couche glandulaire qui le double et lui assure quelque consistance. On s'arrête dans ce dégagement lorsqu'on s'est assuré que le lambeau proprement dit peut être appliqué contre la perte de substance sans la moindre tension.

Avec un surjet ou des fils de soie à points passés, on réunit ensuite les deux lèvres de la perte de substance jugale verticale, puis celles de la perte de substance horizontale.

Cela fait, le lambeau es retourné de façon que sa surface cruentée réponde à la cavité nasale. On le fixe aux quatre angles d'abord, puis dans sa continuité par des fils de soie ou mieux des fils métalliques fins, espacés l'un de l'autre de 3 à 5 millimètres, placés avec l'aiguille de Reverdin ou de fines aiguilles courbes à strabisme et disposés de façon que la surface cruentée du lambeau corresponde bien à toute l'épaisseur de la muqueuse avivée de l'orifice palatin. Pour obtenir ce résultat, le fil traverse presque toute l'épaisseur du lambeau à 3 millimètres environ de son bord. En serrant les fils, le bord du lambeau se recourbe, s'engage dans la perte de substance et correspond bien à toute l'épaisseur de ses bords. Pour éviter que la base lâche de ce lambeau ne tire, en s'affaissant, sur les sutures, on assujettit ses bords à la muqueuse palatine voisine par deux fils de soutien, l'un supérieur ou antérieur, l'autre inférieur ou postérieur. Il ne reste plus alors qu'à interposer, entre les arcades dentaires du côté opposé à celui où on a pris le lambeau, un morceau prismatique de liège de 3 à 4 centimètres de base, à angles arrondis, creusé sur ses faces supéro-inférieures d'une rainure large et profonde dans laquelle s'engageront les dents des deux maxillaires que rapprochent les nombreux tours d'une bande disposée en forme de fronde.

Cet appareil, qu'on pourrait encore remplacer par un bloc de gutta-percha de même forme, doit être laissé en place jusqu'à ce que l'adhérence du lambeau ait été obtenue et son pédicule sectionné.

Après section du pédicule presque au ras de la perte de substance, la partie non adhérente du lambeau est réunie par quelques points de suture au bord correspondant de l'orifice, à nouveau avivé à la curette ou au bistouri.

J'ai supposé que la perte de substance se présentait surtout sous l'aspect d'une fente antéro-postérieure. C'est dans ces cas surtout qu'on pourrait utiliser le lambeau rectangulaire à angles arrondis dont je viens de décrire la disposition. Par contre, une perte de substance palatine, circulaire ou ovalaire, imposerait la formation d'un lambeau arrondi ou ovalaire. De même, une perte de substance qui ne serait pas franchement médiane ou latérale, mais qui serait oblique

par rapport au grand axe du palais, forcerait à incliner la branche verticale du lambeau sur son pédicule antéro-postérieur. Enfin, une perforation antérieure serait plus aisément comblée par un lambeau à base antérieure. Il est presque inutile d'insister sur ces détails.

Le traitement consécutif serait celui de toute palatoplastie. Le maintien du malade au lit pendant huit jours favoriserait l'écoulement, dans l'arrière-gorge, des mucosités naso-buccales qui ne pourraient rester impunément au contact du lambeau; le séjour dans une chambre bien chauffée préviendrait l'éternuement et la toux, si dangereux pour la stabilité de ce lambeau. Le silence serait absolu, les pressions de la langue contre la voûte palatine interdites, les aliments liquides, potage avec jus ou poudre de viande, lait, seraient pris à la régalade ou glissés par un tube de caoutchouc jusqu'au fond de la bouche. Le lambeau serait une ou plusieurs fois par jour recouvert d'une poudre antiseptique, de salol, portée à sa surface avec un pinceau et insufflée dans l'orifice nasal correspondant à la perte de substance ou dans les deux orifices. Quelques tours de bande assureraient l'immobilité des lèvres supérieure et inférieure et un opercule de toile caoutchouté placé devant la bouche préviendrait le dessèchement du lambeau.

On pourrait se demander — et je l'ai fait — si l'on n'éprouvera pas quelques difficultés à combler la perte de substance de la muqueuse jugale. La répétition de ce procédé sur le cadavre montre la facilité avec laquelle les bords de la plaie, si écartés, se rapprochent grâce à l'extensibilité de la muqueuse. J'ai constaté le fait sur le vivant deux fois, une fois chez un malade auquel j'ai refait un bord muqueux de lèvre inférieure en empruntant à la muqueuse jugale un grand lambeau; une seconde fois sur un malade chez lequel, il y a quelques jours, j'ai employé le procédé que je viens de décrire. Chez cet homme, qui présentait une perte de substance de la voûte palatine de 2 centimètres carrés environ correspondant à la partie antérieure de la voûte, d'origine syphilitique, et dont on avait tenté en vain l'oblitération par un lambeau muco-périostique palatin, j'ai pu constater combien il était facile de combler la perte de substance jugale. Ce lambeau arrondi avait près de 3 centimètres de diamètre et son pédicule presque la même étendue; la réunion fut des plus aisées jusque tout près de ce pédicule; elle se fit sans tension et elle ne laissera qu'une cicatrice linéaire insignifiante. Chez lui, j'ai observé encore que l'hémorragie était peu abondante et facile à arrêter par une compression momentanée, enfin que le lambeau simplement retourné, non tordu sur son pédicule, et non tiraillé par conséquent, conserve toute sa vitalité. Chez cet homme, opéré depuis sept jours, il est bourgeonnant et adhérent.

Le principe de la restauration des pertes de substance de la voûte palatine par un lambeau pris à distance n'est pas nouveau. Je signalerai l'autoplastie par lambeau frontal faite par Blasius et Musbaüm; la prise par Thiersch d'un gros lambeau jugal comprenant à la fois la peau et la muqueuse, et refoulé dans la bouche après l'ablation de plusieurs dents. Plus intéressantes sont, à mon point de vue, les tentatives de Regnoli, de Rose et de Quénu, qui, entre autres, ont emprunté aux lèvres des lambeaux plus ou moins étendus; mais les procédés de ces chirurgiens diffèrent assez de celui que je viens de décrire pour que cette relation conserve tout son intérêt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1896. — Présidence de M. MONOD.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LITHIASE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

M. TUFFIER rappelle avoir, dans sa communication, abordé deux points de la question, concernant l'un le diagnostic et l'autre le traitement. Sur le premier point, il y a lieu de distinguer les cas où il n'y a pas de tumeur de ceux où elle est évidente. En l'absence de toute tuméfaction, on devra se guider sur les symptômes et sur la douleur localisée, dont on a fait ressortir avec soin toute l'importance. Dans le cas contraire, on recherchera si la tumeur appartient au rein ou au foie; en général, cette distinction peut être faite; cependant ce diagnostic est parfois difficile, par exemple lorsqu'il y a à la fois rein mobile et lithiase vésiculaire. Quelquefois les caractères de la tumeur sont peu tranchés.

En ce qui concerne le traitement, nous sommes tous d'accord pour n'accorder que peu de faveur à la cholécystotomie idéale et sur la nécessité de pratiquer la cure radicale des fistules biliaires. Quant au choix à faire entre la cholécystectomie et la cholécystostomie, chacune de ces opérations a ses indications et ses contre-indications. On aura recours à la première, sans ouvrir la vésicule, lorsque celle-ci non adhérente est facile à enlever, et lorsque le foie est aseptique et le canal cholédoque perméable; dans les autres cas il vaut mieux pratiquer la cholécystostomie. L'opération, souvent facile, parfois difficile à cause des adhérences de voisinage ou du ratatinement de la vésicule, est une opération bénigne et efficace. Elle supprime les accidents du moment et, si elle se complique de fistule biliaire, qui, dans les premiers jours, peut avoir son utilité, elle ne présente pas de suites contre lesquelles on ne puisse lutter. A propos de ces fistules, que l'on a des chances de prévenir par une bonne ligature, il est à remarquer qu'elles sont plus fréquentes quand il existe une lésion antérieure des voies biliaires.

RAPPORTS

Corps étranger de la vessie. Adhérence du péritoine épaissi à la paroi abdominale. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une observation de **M. BOPPE**, concernant un jeune homme dont la vessie contenait un tuyau de porte-plume. M. Boppe a fait la cystotomie et a extrait ce corps étranger sans aucun incident; la seule particularité sur laquelle il attire l'attention, est l'existence d'une plaque péritonéale en avant de la vessie, présentant une épaisseur de 1 centimètre et une adhérence avec la paroi abdominale; il a fallu la traverser pour pénétrer jusque dans la vessie.

Abcès du cerveau consécutif à une grippe; trépanation; mort. — **M. CHAUVEL** analyse une autre observation de M. Boppe ayant trait à un abcès du cerveau, consécutif à une otite suppurée survenue dans le cours d'une grippe. L'otite paraissait guérie depuis quelques jours, lorsque le malade fut pris de fièvre, de paralysie et d'aphasie. Une première trépanation, faite au milieu de la ligne rolandique, ne fit découvrir aucune collection. Le lendemain, l'état général restant aussi mauvais, une deuxième trépanation fut pratiquée plus en dehors, sans aucun résultat. A l'autopsie, qui eut lieu six jours plus tard, un abcès du volume d'un œuf de pigeon fut trouvé dans la partie antérieure de la première circonvolution frontale.

LECTURES

Hernie cæcale. — **M. COURTIN** (de Bordeaux) fait une communication sur un cas de hernie cæcale. Résection de l'anse iléo-cæcale; entérorraphie; guérison.

COMMUNICATIONS

Du phlegmon ligneux du cou. — M. RECLUS rappelle l'attention sur quatre cas d'une variété spéciale du phlegmon du cou dont il n'existe pas de description. C'est une nouvelle observation du même genre qu'il vient communiquer. Il s'agit d'un porteur à la Halle, ne présentant aucun antécédent particulier, qui fut pris d'une douleur assez vive au niveau de l'isthme du gosier ; six semaines après, apparaît à la région antérieure du cou une tuméfaction constituée par une plaque indurée occupant l'espace compris entre le bord inférieur du corps thyroïde et le sternum d'une part et les deux bords antérieurs des sterno-mortoïdiens d'autre part. Il s'agissait d'une plaque uniforme, sans bosselure, sans chaleur ni douleur, sans douleur à la pression, d'une coloration lie de vin, d'une dureté ligneuse, rappelant, en ce sens, les caractères du squirrhe en cuirasse. MM. Gouguenheim et Terrier, qui avaient vu ce malade, avaient diagnostiqué un sarcome. Plusieurs concurrents au Bureau central avaient porté le même diagnostic. Averti par les faits antérieurs, M. Reclus ne s'y trompa point et porta d'emblée le diagnostic du phlegmon ligneux du cou. Il se produisit vers le centre de la tumeur une petite élevure fluctuante, suivie de cinq semblables. L'examen bactériologique du pus fait par M. Lesage a montré la présence de bacilles pseudo-diphtéritiques de Lœffler. Cette constatation devint un guide précieux pour la thérapeutique. On fit une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux, puis deux autres injections de 10 centimètres cubes chacune ; immédiatement les douleurs de la gorge disparurent, les abcès ne reparurent plus et le résultat définitif fut très satisfaisant, le malade ne tarda pas à guérir complètement.

M. Reclus rappelle les principaux caractères de cette affection, son siège au niveau du cou, l'absence de chaleur et de douleur, sa coloration lie de vin et cette dureté ligneuse. Sur les cinq observations qui lui sont personnelles, M. Reclus compte cinq hommes, plutôt âgés ; dans l'un de ces cas, il y avait eu une inflammation antérieure du côté de la gorge ou des ganglions du cou. M. Reclus a donné à cette affection le nom de phlegmon ligneux de la partie antérieure du cou.

M. QUÉNU ne croit pas que ces phlegmons soient spéciaux au cou. Il s'agit là d'une infection accompagnée d'un œdème dur, chronique. M. Quénu en a observé à la partie postérieure du cou, sur la nuque. Ces œdèmes s'accompagnent d'un foyer purulent insignifiant. M. Quénu a, dans ce moment, dans son service, une malade qui présente un phlegmon ligneux de la paroi abdominale. Ces phlegmons n'offrent donc rien de spécifique.

M. REYNIER appuie l'opinion de M. Quénu ; il a vu trois ou quatre phlegmons ligneux du cou ; dans un cas où l'examen bactériologique a été fait, on a trouvé des staphylocoques. En général, ces phlegmons étaient survenus chez les gens surmenés, cachectiques, dont la nutrition était défectueuse. Ils peuvent en effet être le résultat d'une mauvaise nutrition. Ils suivent une marche chronique.

M. RECLUS croit que tout le monde reconnaîtra qu'il était nécessaire d'appeler l'attention sur cette affection particulière non encore décrite, cela était d'autant plus utile que M. Reclus a vu plusieurs de ses collègues s'y tromper. Pour la question de spécificité, l'examen bactériologique n'ayant pas été fait dans tous les cas, on ne saurait encore se prononcer ; quant à la question de terrain plus ou moins préparé, M. Reclus partage complètement l'avis exprimé par M. Reynier : dans les cinq observations il a pu constater que la cachexie dominait, sauf dans le dernier cas.

M. PONCET, tout en reconnaissant l'importance du terrain, estime que, dans des cas de ce genre, l'agent pathogène peut aussi intervenir d'une façon très évidente.

Cholécysto-duodénostomie. — M. DELBET communique une observation sur ce sujet.

PRÉSENTATION

Tétanos consécutif à une plaie du talon. — M. BROCA présente un enfant ayant été atteint de tétanos consécutif à une plaie du talon et guéri par le traitement mixte, chloral et injections antitétaniques. C'est le seul cas où ces injections, ainsi employées, aient été suivies de succès.

M. CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que M. Broca oublie de rappeler l'observation de guérison qu'il a lui-même communiquée à l'Académie avec ce même traitement.

M. DELORME ne croit pas que M. Broca soit autorisé à attribuer la guérison de son malade aux injections, puisqu'un traitement mixte a été mis en usage.

M. RECLUS signale trois guérisons par ce même traitement. Il emploie ces injections comme traitement préventif.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les toxines microbiennes. Contribution à l'étude de leur action physiologique (1), par J. ARTAUD.

L'auteur a particulièrement décrit dans ce travail les toxines solubles produites par le pneumo-bacillus liquefaciens bovis, le bacille de la morphe, et le bacillus heminecrobiophilus qui provoque chez l'agneau une maladie particulière.

Ces produits solubles jouissent de deux propriétés fondamentales : ce sont des poisons directs à manifestations rapides et des ferments à déterminations secondaires éloignées. Celles-ci évoluent lentement après une phase latente d'incubation. Ils sont complexes, leur masse se compose d'une série de substances capables chacune d'être isolée, injectée, possédant des propriétés spéciales, parfois essentiellement contraires.

Les troubles et les lésions observés dans les maladies infectieuses sont dus aux toxines solubles sécrétées par les microbes.

Die otogene Pyæmie [la Pyohémie d'origine auriculaire (2)], par Hugo HESSLER.

Cet ouvrage est une étude très documentée et très étendue sur les accidents de pyohémie qui peuvent résulter de la suppuration de l'appareil auditif. Le voisinage de la veine jugulaire et des sinus est, comme on le sait, une circonstance anatomique qui prédispose à cette grave complication. Leur pathologie, leur séméiologie et leur anatomie pathologique doivent intéresser non seulement le médecin auriste, mais même le praticien de la médecine générale qui peuvent avoir l'occasion de rencontrer ces graves accidents. Ils trouveront dans le présent travail tous les renseignements voulus en ce qui concerne le diagnostic, en particulier le diagnostic de la phlébite des sinus et de sa localisation.

Des soins à donner aux malades [hygiène, surveillance médicale (3)], par A. DEMMLER.

L'auteur a résumé dans ce livre « les notions pratiques que les médecins doivent donner à leurs aides, quels qu'ils soient, gardes-malades ou mères de famille ».

---

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. — Iéna, G. Fischer.

(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Gauthier-Villars.

On trouvera dans ce livre de très bons conseils pour ces *aides*. Nous n'oserions pas dire que l'auteur a évité le grand écueil de manuels semblables et qu'il a toujours évité de donner à ses lecteurs des notions de séméiologie qui leur inspireront une confiance exagérée en leur mince savoir et les rendront quelquefois importuns pour le malade et encombrants pour le médecin. Un semblable guide devrait être diminué de moitié.

LE PROFESSEUR STOLTZ

Les obsèques du professeur Stoltz ont eu lieu à Andlau (Alsace), où le doyen des accoucheurs français s'était retiré en 1879. Il y était né le 14 décembre 1803; il s'est donc éteint dans sa quatre-vingt-treizième année, après avoir joui d'une robuste santé et échappé aux infirmités de la vieillesse.

Fils d'un officier de santé, il fit ses études à Strasbourg où il conquit tous ses grades, et obtint, au concours, la chaire d'accouchements en 1834. Doyen de la Faculté de Strasbourg en 1867, il vint au 1er octobre 1872 à Nancy, pour y reconstituer, avec la plupart de ses collègues, la nouvelle Faculté de médecine, dont il resta le doyen jusqu'au moment où il prit sa retraite, en 1879, pour retourner dans son pays natal. La croix de commandeur de la Légion d'honneur fut alors la récompense de ses cinquante années d'enseignement, comptées depuis la date de son agrégation en 1829. Il était membre, associé ou correspondant de la plupart des Académies et Sociétés savantes.

Sur sa tombe, M. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, a exprimé les regrets des anciens collègues et successeurs de l'éminent doyen. Il rappela aussi ses sentiments d'indépendance politique, indépendance qu'il fit sauvegarder jadis pour ses subordonnés (1).

Cependant Stoltz avait, à Strasbourg, occupé des fonctions municipales, et même il fut conseiller général du Bas-Rhin.

Après M. le doyen, M. le professeur Alphonse Herrgott a rappelé que son père fut un des premiers internes de Stoltz, et lui-même un des derniers internes de sa clinique avant de lui succéder dans ses fonctions officielles. Il exprime, en outre, les condoléances adressées officiellement par MM. Bergeron, au nom de l'Académie de médecine, les professeurs Tarnier et Pinard, Champetier de Ribes, etc.

M. le docteur Eugène Bœckel (de Strasbourg), ancien agrégé de la Faculté de Strasbourg, adresse aussi un dernier adieu à l'ancien maître et ami de la plupart des médecins alsaciens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Tissier et Potocki.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le jury du prosectorat est définitivement composé ainsi qu'il suit : MM. Le Dentu, Tillaux, Poirier, Ricard et Retterer.

La première séance a eu lieu lundi. La question posée a été : « Parotide, anatomie et physiologie. Symptômes et diagnostic des tumeurs de la parotide. »

Les autres questions restées dans l'urne étaient : « Pancréas, anatomie et physiologie. Plaies de l'estomac. — Rectum, anatomie et physiologie. Symptômes et diagnostic du cancer du rectum. »

— Par décret, en date du 31 mai 1896, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Sacreste, médecin-major de première classe hors cadre, en remplacement de M. Charier, retraité; maintenu au premier régiment d'infanterie; — M. Génin, médecin-major de deuxième classe, en remplacement de M. Lippman, retraité; maintenu au 37e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Baret, médecin-major de deuxième classe hors cadre, en remplacement de M. Larroque, mis hors cadre; maintenu au 6e chasseurs d'Afrique; — Delom-Serbé, médecin-major de deuxième classe, en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Génin, promu; désigné pour le 160e d'infanterie; — MM. les médecins aides-majors de première classe Rossignot, en remplacement de M. Peradon, démissionnaire; maintenu provisoirement au 4e d'artillerie; — Benoit, en remplacement de M. Rocheblave, mis hors cadre; maintenu au corps d'occupation de Madagascar; — de Schuttelaere, en remplacement de M. Benoit, mis hors cadre; désigné pour le 91e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 31 mai 1896, M. Ponsot, médecin aide-major de deuxième classe au 8e chasseurs à cheval, est désigné pour le 1er d'artillerie.

— Par arrêté du préfet de la Seine, en date du 4 mai 1896, sont nommés médecins inspecteurs du personnel enseignant des écoles communales de Paris :

M. le docteur Brochin, ancien médecin inspecteur du personnel enseignant;

M. le docteur Adler, ancien interne, lauréat de l'Assistance publique;

M. le docteur Raymond, médecin inspecteur des écoles.

— L'Administration a à pourvoir, par suite de la nomination de MM. les docteurs Jeanselme et Jacquet comme médecins des hôpitaux, aux deux places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au règlement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés par le directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions susénoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 15 juin prochain. Elles devront être adressées à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marius Rasurel (de Pont-d'Ain); sir Russell Reynolds, président de la « British medical Association »; et William Salomon (de Cowbridge), mort dans sa cent septième année.

(1) A un ministre qui lui demandait des renseignements sur les opinions politiques de ses collègues, on sait que le doyen Stoltz répondit par un refus, ajoutant simplement qu'il n'avait jamais été un mouchard, et qu'à son âge, il ne voulait pas commencer ce métier. D'ailleurs, il répétait maintes fois à ses élèves qu'ils ne devaient point s'occuper de politique : « Restez médecins, et ne faites que de la médecine. — Oh! des gouvernements!!! ce que j'en ai déjà vu! », s'exclamait-il en étendant ses grands bras, et les énumérant depuis 1803! »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chantemesse vient d'adresser à l'Académie une note qui a été lue par M. Cornil et qui signale un nouveau danger qui va contrarier bien des gourmets. Il faudra désormais un certain courage ou une forte dose de gourmandise pour manger des huîtres. En effet, M. Chantemesse vient de démontrer que le plaisir de manger des huîtres pouvait devenir un excellent moyen de contracter la fièvre typhoïde. Ce n'est pas tout; M. Gautier a ajouté qu'il y avait plusieurs manières de s'empoisonner avec les huîtres; elles sont, paraît-il, toujours très dangereuses au moment du frai. L'Académie, justement soucieuse des intérêts de la santé publique, a nommé une commission chargée d'étudier cette question du danger des huîtres. M. Cornil a bien indiqué un moyen de parer à ces dangers, ce serait de les manger cuites. Mais cette proposition a soulevé d'énergiques protestations de la part des vrais amateurs d'huîtres, qui paraissent être en assez grand nombre à l'Académie.

M. Nicaise a lu un travail sur l'emphysème sous-cutané au cours de l'accouchement. Cet emphysème, qui se produit par suite de la rupture de la trachée, est une complication heureusement très rare de l'accouchement. Les expériences qu'a faites M. Nicaise, jointes aux observations qu'il a rassemblées, n'en sont pas moins fort intéressantes et bonnes à retenir.

Dans un rapport sur une observation adressée par M. Robert (de Pau), relative à l'accouchement forcé dans l'éclampsie, M. Charpentier s'est montré quelque peu sévère à l'égard des conclusions de M. Robert, en repoussant d'une part l'étiologie qu'il a admise et, d'autre part, le traitement qu'il a appliqué, bien que ce traitement ait été suivi de guérison.

L'Académie s'est adjoint deux nouveaux membres correspondants étrangers, MM. Bunge (de Bâle) et Schmiedeberg (de Strasbourg). Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Blache sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Roux; en deuxième ligne, M. Rivière; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Commenge, Corlieu, Galezowski et Paul Richer.

LES HUITRES ET LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. le docteur CHANTEMESSE,
Médecin du Bastion 39.

La transmission de la fièvre typhoïde par l'eau de boisson impure et l'efficacité des mesures qui s'opposent à ce mode de contagion ne sont plus mises en doute aujourd'hui. Une autre source de fièvre typhoïde se rattache à la précédente et mérite d'attirer l'attention dans notre pays : la propagation de la maladie par les huîtres mangées crues. J'ai connu plusieurs personnes qui, soucieuses de leur santé et veillant avec soin sur leur eau de boisson, avaient contracté la fièvre typhoïde en mangeant, sans défiance, des huîtres souillées par des eaux contaminées. De ces observations je me contenterai d'en citer une qui a presque la rigueur d'une expérience de laboratoire.

Dans une petite ville de l'Hérault, Saint-André-de-Sangonis, où le dernier cas de fièvre typhoïde remontait à un an environ, un marchand reçut, le 15 février dernier, une bourriche d'huîtres venant de Cette. Ces huîtres furent vendues et mangées crues par quatorze personnes de la ville. Toutes celles-ci ont été malades et, dans les six maisons où l'on a consommé ces huîtres, les membres de la famille et les domestiques qui n'en ont pas mangé n'ont éprouvé aucun malaise. Sur les quatorze personnes atteintes, huit en ont été quittes pour des accidents relativement bénins qui ont duré deux ou trois jours et qui ont consisté en douleurs gastriques, vomissements, diarrhée, borborygmes, inappétence et malaise général. Quatre autres, les plus jeunes, qui n'avaient pas fait une grande consommation d'huîtres, ont éprouvé des accidents longs et tenaces qui ont persisté de quinze à vingt-cinq jours; les selles étaient infectes, pénibles, d'apparence dysentériques; le ventre était ballonné, plein de gargouillements et douloureux à la pression; les malades souffraient d'un malaise général et d'une grande prostration. Les deux autres personnes, une jeune fille de vingt ans et un jeune homme de vingt et un ans, ont été atteints d'une fièvre typhoïde exceptionnellement grave. La jeune fille a succombé. J'ai vu un de ces malades et les détails de l'épidémie et de sa provenance m'ont été fournis par un confrère, M. le docteur Cristol (de Saint-André-de-Sangonis).

Les détails cliniques de cette observation ressemblent étroitement à ceux qui font suite d'ordinaire aux infections produites par les mollusques. Le poison absorbé le même jour, à la même dose sensiblement, par diverses personnes, traduit ses effets suivant l'aptitude réactionnelle des individus. Les uns n'éprouvent que des douleurs stomacales, les autres des accidents intestinaux, les autres, enfin, subissent une véritable infection typhique. La période d'incubation est variable. Les troubles légers commencent quelques heures après le repas; les phénomènes plus graves mettent quelques jours à éclore. La fièvre typhoïde peut attendre de douze à vingt jours avant d'éclater.

L'épidémie attribuée aux huîtres de Cette pouvait-elle être provoquée par des huîtres d'autre provenance, achetées au hasard chez les marchands de Paris? Était-il possible d'en acquérir la certitude expérimentale? C'est le problème que j'ai cherché à résoudre. J'ai acheté, chez un des principaux marchands de Paris, des huîtres fraîches de diverses provenances, à leur arrivée à Paris, au moment où elles allaient être livrées à la consommation. J'ai choisi des Marennes vertes et blanches, des huîtres dites anglaises, des huîtres dites d'Ostende, des huîtres portugaises, etc. Elles étaient vivantes, bien conservées et d'aspect appétissant. Je les ai soumises, avec l'aide de mon externe M. d'Avellar, à un examen bactériologique méthodique, au laboratoire de M. le professeur Cornil. Toutes renfermaient beaucoup de germes et bon nombre étaient contaminées par la présence de coli-bacilles. Quelques-unes de ces huîtres vivantes ont été placées dans de l'eau de mer souillée intentionnellement de déjections typhiques et de bacilles typhiques. Après un séjour de vingt-quatre heures dans cette eau, ellés ont été retirées et conservées fermées pendant vingt-quatre heures encore, c'est-à-dire le temps que nécessite d'ordinaire le voyage des huîtres, de leur parc au lieu de consommation. Après ce temps les huîtres étaient encore vivantes, sans odeur particulière et de belle apparence. L'examen bactériologique a démontré qu'elles renfermaient dans leur corps et dans l'eau qui les baignait des coli-bacilles et des bacilles typhiques vivants. L'analyse bactériologique confirmait donc pleinement les données de l'épidémiologie.

L'huître de bonne qualité est un aliment excellent et parfaitement inoffensif, son caractère de nocuité accidentelle lui vient des souillures auxquelles on l'expose. Le danger est moindre dans les contrées où l'huître est consommée cuite; il devient grave dans les pays : la France, l'Angleterre, l'Italie, etc., où l'huître est mangée crue. La souillure la plus fréquente est contractée dans les parcs d'engraissement ou de réserve.

Ceux-ci sont installés pour la plupart au bord de la mer, près de l'embouchure des rivières, des canaux, des ruisseaux qui charrient des germes et des déjections de toutes sortes. Dans ce mélange d'eau de mer et d'eau douce chargée de matières organiques, l'huître prospère mais se contamine facilement. Dans le midi et l'ouest de la France, on pourrait citer nombre de parcs réputés les plus favorables à l'engraissement où les faits se passent de la façon que j'indique. A Cette, d'où sont venues les huîtres cause de l'épidémie de Saint-André-de-Sangonis, le canal, qui fait communiquer le port avec l'étang de Thau, traverse la ville et reçoit en abondance des déjections et des ordures; il donne aussi asile aux huîtres qui, placées dans de grandes caisses, y sont communément immergées. A l'embouchure de la Vilaine, le parc de Pénestin est baigné constamment par les eaux du fleuve qui transporte les déjections de Redon, de Rennes et de bien d'autres agglomérations humaines. Mêmes réflexions pour les parcs du Morbihan situés sur la rivière de Vannes. Je n'ai pas visité les parcs de Marennes, mais la souillure de quelques-uns des échantillons d'huîtres de cette provenance, achetés chez les marchands de Paris, nous éclaire suffisamment à ce sujet.

Des faits, très analogues à ceux que je viens de signaler, ont été constatés à l'étranger, en ce qui concerne la transmission de la fièvre typhoïde et du choléra. Déjà en 1880, dans un congrès de la *British medical Association* tenu à Cambridge, Cameron avait indiqué ce mode de propagation de la fièvre typhoïde. Dans ces dernières années les publications sur ce point sont devenues fréquentes. Qu'il me suffise de citer les observations de Conn (*New-York Evening Post*, 1894), de William Broadbent (*British medical Journal*, 1895) et celles de Johnston-Lavis faites antérieurement à Naples. En Amérique les faits de transmissions infectieuses par les huîtres sont devenus assez inquiétants pour que le gouvernement se préoccupât de mesures préventives soumises aux délibérations de la *State Fish and game Commission*.

Il est donc souhaitable que les mesures de surveillance prises pour assurer l'innocuité des viandes de boucherie et des abattoirs s'étendent à cette autre partie de l'alimentation constituée par les mollusques mangés crus. L'importance de cette alimentation est grande, puisque le nombre des huîtres consommées à Paris chaque année dépasse, paraît-il, trente-cinq millions. La mesure principale devra porter sur la surveillance des parcs et des réserves. Si l'on ne peut supprimer la contamination des parcs, peut-être serait-il possible d'envoyer les huîtres, quelques semaines avant leur consommation, en mer, sur les côtes sauvages de Belle-Ile, de la Bretagne, etc., où elles se dépouilleraient de leurs impuretés. Il y a, en effet, dans les pratiques actuelles, un danger réel et grave et qui peut être évité.

HOPITAL MILITAIRE DE TENIET EL-HAAD.

Coup de feu de l'abdomen; perforation du foie et du gros intestin; péritonite généralisée; laparotomie; guérison (1).

Par le docteur J. Rougier,

Médecin aide-major de première classe.

Le 6 juillet 1895, vers midi, un jeune berger indigène âgé de quinze ans, Dj. ben Br..., s'amusait à courir après la diligence allant de Téniet el-Hâad à Affreville, quand un voyageur lui tira un coup de revolver calibre 7, à la distance de 4 mètres, et l'atteignit au *flanc droit*. L'enfant tomba sur le coup et fut transporté le lendemain soir vers cinq heures, à l'hôpital de Téniet el-Hâad.

Le trou d'entrée de la balle siège à 4 centimètres au-dessous du sein et un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Il est régulier et recouvert d'une légère croûte. L'hémorragie externe a été insignifiante. Nulle part, on ne voit d'orifice de sortie. Le ventre est ballonné et douloureux dans toute son étendue. Le pouls est bon et régulier. T. 38°8. Quelques légers vomissements. Le malade ne paraît pas très

(1) *Archives de médecine et de pharmacie militaires.*

affaissé. Traitement : diète absolue. Une pilule d'opium à 5 centigrammes. Enveloppement ouaté de l'abdomen.

7 juillet, T. 39°5, P. 90. La nuit a été agitée. L'état général est le même que la veille, mais le ventre paraît plus douloureux. Le blessé a uriné un peu.

Pas de selles. En raison du trajet du projectile et des symptômes généraux, on porte le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation du foie, peut-être de l'intestin, et péritonite généralisée. La laparotomie immédiate est décidée et pratiquée avec l'assistance de notre confrère civil, quarante heures après l'accident.

L'incision faite sur la ligne médiane a une longueur de 12 centimètres avec l'ombilic pour centre. Les diverses couches de la paroi sont incisées sur la sonde cannelée et l'hémorragie est arrêtée avec soin avant l'ouverture du péritoine. Ce dernier est congestionné et les anses intestinales sont plongées dans le sang. En recherchant le trajet de la balle, on constate qu'elle a pénétré dans le foie, de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Elle est ressortie à la face antéro-inférieure de cet organe, où l'on voit le trou de sortie très net et obturé par un caillot.

La balle a pénétré ensuite dans le gros intestin, à la partie antéro-externe du côlon ascendant et un peu au-dessous de son union avec le côlon transverse. A ce point, on trouve des adhérences encore fragiles qui obturent l'orifice intestinal, adhérences qui sont respectées avec soin. Mais, malgré l'examen minutieux de cette portion jusqu'à la valvule iléo-cæcale, on ne constate pas d'orifice de sortie. Pour plus de sûreté, on dévide dans toute son étendue l'intestin grêle qui est trouvé sain. La balle semble donc être restée dans le côlon.

La cavité abdominale est débarrassée du sang qu'elle contient (environ un demi-litre), puis lavée avec une solution tiède de chlorure de sodium à 6 p. 100 et à la température de 38 degrés. Le péritoine étant refermé, on fait un double étage de sutures à la soie et finalement une suture cutanée au crin de Florence. Durée de l'opération : une heure et quart.

Pansement à la gaze iodoformée et enveloppement ouaté. Boules d'eau chaude. Diète absolue. Une injection de morphine. Comme l'hôpital ne possède pas d'appareil à glace et qu'il n'est pas possible d'en trouver en ville, on donne de temps en temps au blessé une cuillerée à café de lait froid.

Température le soir de l'opération : 38°2.

9 juillet : T. M. 37°2 ; S. 38 degrés; même régime.

10 juillet : T. M. 37°5 ; S. 37°8 ; même régime.

A partir du moment où il a été opéré, le blessé n'a pour ainsi dire pas eu de fièvre.

Le 11 juillet, on lui donne : bouillon, œuf, et lait.

Le 14, le pansement est levé; la plaie est cicatrisée et la guérison a eu lieu par première intention. La paroi est souple et résistante. On donne un lavement laxatif.

Le 20, on enlève les crins et le malade est autorisé à se lever en portant un bandage de corps bien rembourré et solidement fixé.

Il est sorti le vingtième jour après l'accident et a repris son ancienne existence.

On n'a pas cessé d'examiner les matières fécales, mais la balle n'a pas été retrouvée.

REVUE DE LA PRESSE

Myomes de l'intestin. — M. le professeur A. Heurtaux (de Nantes) a consacré à l'étude de ces myomes une étude intéressante, dans les Archives provinciales de chirurgie. Nous reproduisons la partie de cette étude consacrée au diagnostic, au pronostic et au traitement.

« *Le diagnostic* des myomes de l'intestin est loin d'être toujours facile.

Chez le malade dont Förster a parlé, la tumeur fut trouvée à l'autopsie. Jamais elle n'avait causé de troubles ; mais il est vrai qu'elle s'était portée vers le péritoine et n'altérait en rien le calibre de l'intestin.

La malade de Geissler, âgé de 28 ans, enceinte de deux mois, fut considérée comme atteinte de vomissements incoërcibles dus à la grossesse. L'avortement provoqué ne modifia en rien les accidents et la mort survint après un temps qui n'est pas indiqué. Les conditions particulières dans lesquelles se trouvait cette malade étaient bien de nature à égarer le diagnostic.

Si, chez un malade éprouvant une constipation habituelle ou temporaire, accompagnée de coliques, parfois de vomissements alimentaires ou bilieux, on sent à travers les parois abdominales une tumeur arrondie, mobile, peu ou pas douloureuse; si cette tumeur est observée depuis quelques années sans modification de son volume et sans altération de la santé générale, on est autorisé à soupçonner un myome de l'intestin. Un cancer aurait une évolution locale plus rapide et conduirait à la cachexie. Je ne parle pas de la nature des selles, la présence du sang dans les garde-robes peut être constatée dans les deux cas; cependant, quand le myome fournit du sang, celui-ci est bien plus abondant que dans le cancer (Obs. 5).

La vésicule biliaire bourrée de calculs ne sera généralement pas confondue avec un myome de l'intestin. Dans le premier cas, en effet, le malade a eu presque toujours des coliques hépatiques antérieures ; souvent il présente de l'ictère ; parfois la tumeur montre de notables variations de volume d'une époque à une autre; enfin, si le malade atteint de lithiase biliaire peut avoir de la constipation, jamais il ne présente de signes d'obstruction intestinale.

L'invagination chronique, la péritonite chronique partielle, l'induration de la région cæcale avec rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal et du cæcum lui-même, causée par des appendicites anciennes et répétées, comme j'en ai vu un bel exemple, pourraient à la rigueur entrer en ligne de compte. Cependant, en pareil cas, la tumeur plus ou moins douloureuse que l'on rencontre n'a pas une forme aussi régulièrement sphérique, une consistance aussi dure, et surtout elle n'a pas la mobilité du myome de l'intestin.

Lorsque la tumeur, occupant le rectum, est accessible au doigt, le diagnostic précis peut être fait. Chez ma seconde malade, j'ai pu dire qu'il s'agissait d'un polype myomateux, parce que le toucher rectal me fit reconnaître la présence d'une tumeur lisse, de consistance dure, que le doigt pouvait contourner et qui était fixée à la paroi de l'intestin par un pédicule. Une tumeur offrant ces caractères ne pouvait être qu'un myome, car je suis convaincu que les fibromes purs de cette région n'existent pas.

Si l'on se place uniquement au point de vue de sa nature, de toutes les tumeurs de l'intestin celle que j'étudie en ce moment est la plus favorable. En effet, le myome est, par lui-même, d'une bénignité absolue; il peut persister pendant bien des années sans porter aucune atteinte à la santé générale. Ajoutons les chances d'une expulsion spontanée et la possibilité d'une opération radicale.

Mais il ne faut pas perdre de vue les accidents redoutables qu'il détermine souvent. L'absence complète de troubles

intestinaux paraît rare ; fréquemment le myome provoque des obstructions intestinales et, ce qui est infiniment plus grave, il peut conduire à l'invagination. Ainsi mourut la malade de Geissler.

Le siège de la tumeur établit de grandes différences au point de vue du pronostic ; les myomes du rectum sont infiniment moins graves que ceux des régions plus élevées de l'intestin, puisqu'ils ne peuvent causer l'invagination et sont justiciables d'opérations bénignes.

Quand un myome est reconnu ou simplement soupçonné, il faut en délivrer le malade, pour lui épargner les risques que lui fait courir la tumeur, et ne pas trop compter sur les chances possibles d'une expulsion spontanée. Tout retard serait condamnable.

Si la tumeur est sentie à travers les parois abdominales, on doit pratiquer la laparotomie. L'incision de l'abdomen sera faite au niveau même de la tumeur. L'anse intestinale malade étant amenée hors de la plaie, on interrompra le cours des matières au-dessus et au-dessous de la tumeur à l'aide de pinces à mors garnis de caoutchouc, comme dans les cas où l'on se propose de faire l'entéro-anostomose. A ce moment, l'intestin devra être incisé longitudinalement à son bord convexe, au point le plus éloigné du mésentère, au niveau du myome, dans une étendue suffisante pour dégager la tumeur. Celle-ci étant pour ainsi dire toujours pédiculée, une ligature à la soie sera fortement appliquée sur le pédicule, après qu'on aura acquis la certitude que toute l'épaisseur des tuniques intestinales n'a pas été entraînée dans le pédicule. La tumeur extraite, la section de l'intestin sera de suite fermée par un double rang de sutures muco-muqueuse et séro-séreuse.

S'il y avait en même temps une invagination de l'intestin, cette complication serait traitée à l'ordinaire.

Quand le myome occupe le rectum, l'intervention chirurgicale devient très simple.

Je rappellerai que, chez ma première malade, la tumeur, devenue libre, avait franchi les côlons transverse et descendant, et qu'elle était retenue au-dessus de la valvule de Houston. Dans un cas de cette nature, la manœuvre d'extraction est facile : le malade étant anesthésié, une large valve de Sims est introduite dans le rectum, ce qui permet d'apercevoir la tumeur. Les branches de longues tenettes, insinuées entre la tumeur et l'anneau qui l'enchatonne, la saisissent avec force et permettent de l'extraire à la faveur de mouvements de va-et-vient.

Quand la tumeur adhère au rectum par un pédicule, voici quelle doit être la conduite du chirurgien :

1° Saisir la tumeur avec deux pinces à traction et l'attirer hors de l'anus ;

2° Déplacer alors successivement les deux pinces pour les reporter jusque sur le pédicule, à une certaine distance au-dessus de la tumeur ;

3° Passer au travers du pédicule une aiguille armée de deux fils de soie, pour lier le pédicule en deux parties. Ce fil doit être placé à peu de distance de la tumeur, pour le cas où une portion du péritoine aurait été entraînée au centre du pédicule ;

4° Faire la section du pédicule à son union avec la tumeur. Inspecter la surface de section ; et, si l'on y remarque un vaisseau de quelque importance, on le lie au catgut ou à la soie ;

5° Enlever les pinces à traction ; le pédicule remonte dans le rectum.

C'est ainsi que j'ai opéré ma seconde malade ; deux beures après, survenait une débâcle abondante et, après quelques heures, tout ballonnement avait disparu.

Carlier et Van der Espt, chez leur malade, s'étaient bornés à mettre une simple ligature autour du pédicule, sans le traverser, et l'avaient coupé au-dessous avec l'écraseur de Chassaignac. Or la muqueuse, en se rétractant, fit détacher la ligature. Il est vrai qu'il ne survint pas d'hémorragie ; toutefois je crois plus prudent de suivre les préceptes que je viens de donner et qui procurent une sécurité absolue. »

THÉRAPEUTIQUE

Traitement prolongé de la syphilis.

Par le docteur X. Delmis.

Toutes les observations, tous les travaux des syphiligraphes modernes ont mis en évidence ce fait : le traitement de la syphilis ne produit son plein effet que lorsqu'il est longtemps prolongé. Aussi, enseignent-ils que l'on doit continuer longtemps, et reprendre souvent l'usage des deux médicaments spécifiques : le mercure et l'iodure de potassium. Néanmoins, il importe de ne pas tomber dans l'excès contraire. Les graves accidents d'intoxication, observés à la suite d'excès de l'un ou de l'autre médicament, montrent qu'il existe des limites, variables du reste, suivant les circonstances, mais qu'il importe de fixer pour chaque cas particulier, et de ne pas dépasser.

Prenons pour exemple une syphilis d'intensité moyenne ; quel traitement allons-nous prescrire ?

A la première période, il faut faire d'abord le traitement local du chancre : un simple pansement à la poudre d'iodoforme suffit. On peut aussi employer le salol ou le di-iodoforme, si l'on tient à éviter l'odeur de l'iodoforme.

Faut-il, dès la première période, prescrire le mercure et l'iodure de potassium ? Ou bien, doit-on craindre d'épuiser, par un emploi trop précoce, l'action de ces médicaments et doit-on les réserver précieusement pour plus tard ?

Nous croyons, avec Fournier, qu'il faut commencer le traitement spécifique dès que la nature syphilitique du chancre est reconnue avec certitude. Il faut, en outre, soutenir l'état général, si constamment atteint dans les premières périodes de la syphilis. Nous prescrivons donc, dès cette époque, le sirop d'iodure de fer, depuis longtemps recommandé contre la syphilis par Gubler (1) ; deux cuillerées à bouche de sirop de Gille par jour (2). Ce traitement précoce rend moins prononcée et moins prolongée l'anémie parasyphilitique qui, dans les cas non traités préventivement de cette façon, accompagne si constamment les accidents secondaires.

A la période secondaire, dès qu'un accident apparaît (plaques muqueuses, roséole, etc.), il ne faut pas manquer de prescrire les médicaments spécifiques. On fera prendre par exemple :

Pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes. Deux pilules par jour.

A continuer jusqu'à disparition des accidents.

Pour les accidents tertiaires, c'est l'iodure qui doit être ordonné :

Iodure de potassium	15 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	300 —

Une cuillerée à bouche au début de chaque repas.

Faut-il, après la disparition des accidents, faire néanmoins continuer le traitement ? Oui et non. Oui, il faut traiter les syphilitiques secondaires et tertiaires, même en l'absence d'accidents, mais il ne faut pas continuer le traitement d'une façon ininterrompue. « Il faut que le traitement

(1) Gubler. *Thérapeutique*, p. 49.

(2) Suivant le goût du malade, on peut remplacer le sirop par les dragées d'iodure de fer de Gille, 4 à 6 par jour.

soit : 1° prolongé; 2° intermittent (1). » On prescrit généralement des cures de mercure, puis d'iodure, d'un mois de durée, avec des interruptions variant de un à quatre mois, interruptions d'autant plus longues que l'on s'éloigne davantage du début de la maladie.

Dans l'intervalle des cures de médicaments spécifiques, l'estomac, le foie et les glandes salivaires se reposeront pour être prêts à supporter de nouveau la cure suivante; il faut aussi profiter de l'interruption du traitement spécifique pour remonter l'état général. Ici encore intervient l'action salutaire de l'iodure de fer; il agit par son iode comme succédané de l'iodure de potassium, sans cependant avoir les inconvénients de celui-ci, puisqu'il ne partage pas sa toxicité; il agit, d'autre part, par son fer pour corriger la déglobulisation rapide que l'on observe au cours de la période secondaire.

Nous insistons sur la nécessité de prescrire de parti pris l'iodure de fer à tous les syphilitiques, dans l'intervalle des cures spécifiques. Sans l'adjonction de cet agent, le traitement antisyphilitique ne peut être considéré comme complet; pourtant son emploi, malgré l'enseignement journalier des maîtres de la syphiligraphie, n'est pas suffisamment entré dans la pratique; beaucoup de médecins négligent de le prescrire, et ils s'étonnent de voir des syphilis rester longtemps rebelles au traitement spécifique, alors qu'ils ne fournissent pas à l'organisme affaibli les moyens de répondre au puissant appel des médicaments antisyphilitiques. Il est pourtant nécessaire qu'un médecin qui traite un syphilitique se rappelle l'enseignement si autorisé du professeur Fournier : « Ne croyez pas, écrit-il (2), avoir tout fait, quand vous aurez prescrit aux syphilitiques du mercure et de l'iodure. Vous aurez souvent à leur prescrire les divers agents de la *médication tonique et reconstituante*, à savoir, en premier lieu, le *fer*. Ces agents sont, en bien des cas, les auxiliaires *indispensables* de la médication spécifique, et contribuent, autant qu'elle, au succès définitif que poursuivent nos efforts. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

LECTURE

M. PINARD, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours prononcé, au nom de l'Académie, par M. Hergott sur la tombe du professeur Stoltz (de Strasbourg).

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (quatrième division) : MM. Bunge (de Bâle) et Schmiedeberg (de Strasbourg) sont élus.

COMMUNICATIONS

De l'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement. — M. NICAISE fait une communication sur ce sujet.

Parmi les accidents rares, mais graves, qui accompagnent les accouchements difficiles, l'emphysème du cou est un des plus singuliers, des plus mal connus.

Il débute généralement par le côté droit de la trachée, puis gagne tout le cou et quelquefois tout le corps. Le mode de production est fort discuté; on a incriminé les efforts faits par la malade amenant une déchirure dans le médiastin, au-dessus de la trachée, au niveau du larynx, etc.

Pour élucider cette question, il y a lieu d'étudier la physiologie de la trachée. La trachée se rétracte pendant l'inspiration et se dilate pendant l'expiration ainsi que je l'ai démontré. Cette opinion est contraire aux données classiques.

L'emphysème se produirait à la suite d'une augmentation de tension de l'air dans le poumon.

Dans le chant, le cri, la trachée se dilate, cette dilatation est d'autant plus forte que les cris sont plus forts et plus multiples, alors cette dilatation est si marquée qu'elle peut se rompre, c'est ce qu'on peut voir dans la coqueluche.

Dans des expériences sur des chiens de forte taille, j'ai vu la trachée se distendre à la suite de cris répétés au point de se rompre presque. Cette dilatation était surtout marquée au niveau des premiers anneaux sous le larynx. Ceci coïncide avec la douleur qu'accusent les malades en ce point au moment de la rupture, d'autre part l'emphysème débute souvent autour de la trachée et à droite.

Dans tous les cas, la rupture se fait toujours au moment de l'expiration, alors qu'il y a, du fait de l'effort et des cris, une dilatation très marquée de la trachée et des bronches.

Quant à l'influence de l'effort, au moment où il se produit, il y a fermeture de la cage thoracique, l'air qu'elle contient reste immobile, il ne peut donc distendre la trachée. Le cri se fait à la fin de l'expiration et c'est alors seulement que la déchirure peut se produire.

L'emphysème sous-cutané consécutif à l'accouchement est une complication rare. On a noté en Angleterre 13 cas sur 16400 accouchements et, en France, Pinard l'a trouvé 3 fois sur 1920 cas.

La rupture se fait toujours au moment d'un cri à la fin d'un effort et surtout chez les sujets prédisposés ou ayant eu des lésions antérieures de la région. Si le cri ne se reproduit pas, l'air ne pénètre pas dans le tissu cellulaire; mais si les cris se répètent l'air pénètre peu à peu. Il disparaît d'ailleurs assez rapidement en général.

Dans un cas exceptionnel, la rupture s'étant faite au début de l'accouchement, l'infiltration d'air s'est produite nombre de fois, l'emphysème a gagné tout le corps et la malade a succombé.

Au point de vue thérapeutique, il est indiqué, dès qu'on observe la rupture, de terminer rapidement l'accouchement ou si c'est impossible de donner du chloroforme à la malade. Quant au traitement de l'emphysème en lui-même il est simple. Il disparaît seul, rapidement.

M. PINARD fait quelques réserves au point de vue de l'étiologie de l'emphysème sous-cutané, sur laquelle a particulièrement insisté M. Nicaise. Ce ne sont pas toujours les femmes qui crient le plus chez lesquelles on voit survenir cette complication. Il faut évidemment, pour qu'elle se produise, qu'il y ait chez elles une prédisposition particulière.

M. GUÉNIOT fait observer qu'il faut distinguer les cris qui diffèrent beaucoup les uns des autres. Le cri le plus dangereux, au point de vue de la production possible de l'emphysème sous-cutané, est le cri étouffé qui accompagne l'effort. Le cri éclatant est beaucoup moins dangereux.

M. NICAISE répond à M. Pinard qu'il a eu soin de signaler cette prédisposition particulière. Pour M. Nicaise, le cri le plus dangereux est celui qui exige le maximum des vibrations de la glotte. C'est donc le cri aigu. C'est surtout à la suite de ce cri qu'on a constaté la rupture de la trachée, d'ailleurs très rare.

Transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres. — M. CORNIL, au nom de M. Chantemesse, donne lecture de la note suivante (Voir plus haut, p. 653).

M. GAUTIER rappelle qu'il y a deux manières de s'empoisonner en mangeant des huîtres. Il y a d'abord celle que vient d'indiquer M. Chantemesse. En outre, les huîtres sont souvent très dangereuses au moment du frai. M. Gau-

(1) FOURNIER. *Traitement de la syphilis*, p. 536.
(2) FOURNIER. *Traitement de la syphilis*, p. 556 et 557.

tier a eu l'occasion d'observer plusieurs accidents graves chez des personnes ayant mangé des huîtres à l'époque du frai.

Ce fait n'est d'ailleurs pas spécial à l'huître. Il y a au Japon un poisson dont l'ingestion peut être mortelle au moment du frai. Aussi la pêche de ce poisson est-elle interdite sous peine de mort à cette époque. Si on nomme une Commission pour étudier la question soulevée par M. Cornil, il sera bon de tenir compte de cette particularité que les huîtres peuvent également être dangereuses au moment du frai.

M. LE PRÉSIDENT renvoie le travail de M. Chantemesse à une Commission composée de MM. Cornil, Gautier et Laboulbène.

RAPPORT

Accouchement forcé dans l'éclampsie. — **M. CHARPENTIER** lit un rapport sur une observation de M. Robert (de Pau).

Il s'agit d'une primipare de trente-six ans, enceinte de sept mois, atteinte depuis deux mois d'un œdème généralisé, et qui fut, après une fatigue, prise subitement de violents accès d'éclampsie, suivis de coma profond.

L'utérus était en inertie absolue, le col avait sa longueur totale, était complètement fermé et s'opposait à l'introduction du doigt. L'absence de battements fœtaux indiquait que le fœtus était mort.

M. Robert se décida à faire immédiatement l'accouchement forcé par la dilatation manuelle progressive, et sous le chloroforme. Pour faire pénétrer le doigt dans le col, il fut nécessaire d'introduire d'abord une éponge préparée, puis de faire des incisions multiples d'environ cinq millimètres de profondeur sur toute la périphérie de l'orifice utérin. L'extraction fut difficile, et ce n'est qu'après deux heures et demie de lutte et deux tentatives d'application de forceps que l'accouchement put être terminé par version podalique.

La malade guérit sans autre incident qu'une cystite purulente, survenue le lendemain de l'accouchement.

Relativement au cas particulier de M. Robert, il semble à M. Charpentier que la conduite à tenir était autre que celle adoptée par l'auteur. Pourquoi n'avoir pas essayé d'espacer et d'abolir les attaques par l'emploi du chloral, du chloroforme, et de la saignée? Dans l'éclampsie survenue à une époque peu avancée de la grossesse, et alors que les attaques ne durent pas depuis bien longtemps, ces moyens suffisent le plus souvent. La mort du fœtus, loin d'être une indication à l'intervention, était de nature à encourager à recourir aux moyens de douceur, puisqu'elle interrompait la grossesse.

En général, il ne faut intervenir par l'accouchement forcé dans l'éclampsie que lorsque la mort semble fatale. M. Charpentier rappelle ces chiffres :

Accouchement spontané,	mortalité	18,96 p. 100	
» provoqué	»	31,04 p. 100	
» forcé	»	40,74 p. 100	

L'observation de M. Robert est suivie d'une théorie pathogénique, basée sur ce fait que la malade, dès le lendemain de l'accouchement, eut une uréthro-cystite purulente. Ce serait la présence du pus qui aurait causé les accès éclamptiques. L'éclampsie ne serait qu'une manifestation de l'infection purulente. Mais d'abord rien dans l'observation de M. Robert ne prouve que cette cystite était antérieure à l'accouchement et n'a pas été causée par les manœuvres prolongées auxquelles il s'est livré. En outre, l'éclampsie est souvent observée en dehors de toute suppuration. La théorie de M. Robert paraît donc mal fondée.

M. TARNIER s'associe entièrement aux conclusions formulées par M. Charpentier. La marche de l'éclampsie déroute les accoucheurs les plus expérimentés. Il est donc impossible de baser un mode de traitement sur un seul fait. Quant à la relation que M. Robert cherche à établir entre l'infection puerpérale et l'éclampsie, on ne saurait l'admettre. Combien de femmes ont eu de l'éclampsie qui n'ont jamais eu d'infection! L'accouchement forcé a pu être utile dans certains cas, il ne faut donc pas le rejeter de parti pris.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 juin 1896, M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut et membre de l'Académie de médecine, est nommé pour quatre ans membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce Conseil.

— Par décret, en date du 2 juin 1896, M. Brouardel, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris, délégué des Facultés de médecine, est nommé pour quatre ans membre de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 29 juin 1896, à neuf heures du matin. Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints;

2° Pour le clinicat chirurgical : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et de deux chefs de clinique adjoints;

3° Pour le clinicat des maladies des enfants : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint;

4° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 21 juin 1896. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. — Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, guichet n° 2.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juin 1896, un concours s'ouvrira le 7 décembre 1896, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

— *École de médecine de Reims.* — M. Henrot, professeur de pathologie médicale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lamare (d'Honfleur) et Moricourt (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



DRAGÉES
S. ANDRÉ
MAYNIEL







CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
par LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 10 juin. — 1° Suite de la discussion sur la cholédochotomie : M. Ricard et M. Quénu.

2° Traitement du cancer du rectum, par M. Chaput.

3° Sur un cas d'appendicite, par M. Guinard.

Élection d'un membre titulaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Marchal, décédé à Nancy dans sa soixante-sixième année. M. Eugène Marchal exerçait à Metz, dans toute la force de l'âge, au moment de l'annexion. Père de trois fils, il vint à Nancy pour leur sauvegarder la nationalité française.

Son maître — qu'autrefois on aurait appelé son patron — le professeur Stoltz, qui vient seulement de quelques jours le précéder dans la tombe, l'avait désigné comme son plus précieux auxiliaire dans la pratique obstétricale. Il avait voulu, en quittant Nancy pour se retirer à Andlau, laisser en bonnes mains ses traditions scientifiques et pratiques, et c'est au docteur Marchal qu'il accorda toute sa confiance. C'est même lui qu'il aurait désiré avoir pour successeur à la Maternité. Mais le docteur Marchal n'avait pu préparer le concours d'agrégation qui demandait, à cette époque, des épreuves de si longue durée. « Messieurs, disait Stoltz, dans une circonstance mémorable, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, voici un des hommes les plus méritants de la Faculté et qui n'a pas été assez récompensé des peines qu'il prend pour votre enseignement clinique. Je vous présente le docteur Marchal, mon chef de clinique et mon ami. Je dois beaucoup à son excellent cœur et à ses soins. M. Marchal s'est multiplié pour moi au début de notre installation à Nancy. Sans lui, je ne sais si je serais resté ici... »

Aussi, était-ce une personnalité bien connue, sans pourtant posséder aucune étiquette officielle; ses plus obligeants confrères étaient précisément plus d'un professeur de la Faculté de médecine de Nancy.

M. le docteur Marchal avait été à Nancy l'un des premiers et des plus dévoués promoteurs de la fondation de la Société de secours mutuels d'Alsace-Lorraine; services qui furent jadis récompensés par une médaille d'honneur de la Société nationale d'encouragement au bien.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

281. M. Mercereau. Le pouls anacrote ou à dicrotisme initial dans le rétrécissement aortique. Sa valeur séméiologique. — 282. M. Witanoff. Contribution à l'étude de la blennorragie par les sels d'argent (nitrate d'argent, argentamine et argentum arsénié). — 283. M. Piard. Des suppurations à distance dans l'appendicite. — 284. M. Senlecq. Du délire post-éclamptique. — 285. M. Bouté. Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique du foie chez les jeunes gens. — 286. M. Bielinkin. Contribution à l'étude de la syphilis post-conceptionnelle. — 287. M. Caillaud. Gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. — 288. M. Desbordes. Des hernies adhérentes de l'iliaque. Adhérences par glissement. — 289. M. Lallemand. Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. — 290. M. Perrée. De l'eczéma séborrhéique des enfants, ses causes, ses complications, son traitement. — 291. M. Fontaine. Coup d'œil sur l'histoire du traitement mercuriel de la syphilis. — 292. M. Attaix. La piperozine. Ses propriétés thérapeutiques. — 293. M. Sée. Le gonocoque. — 294. M. Hérard. Formes septiques du cancer de l'estomac. — 295. M. Dufrèche. Essai sur les appareils mammaire et de la gestation dans leurs relations. — 296. M. Lagarde. De l'hydarthrose du genou avec atrophie consécutive du triceps crural et de son traitement. — 297. M. Benoit. Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux. — 298. M. Venassier. Contribution à l'étude du traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires. — 299. M. Émery. Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. — 300. M. Beausse. Du traitement des moignons douloureux par la névrectomie à distance. — 301. M. Verhaeren. Une observation d'éléphantiasis filarien. — 302. M. Carpentier. De la défense dans le délire de persécution chronique. — 303. M. Guilleminot. Albuminurie dans les maladies chroniques. — 304. M. Simon. Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement des grandes hémorragies et de la septicémie péritonéale postopératoire. — 305. M. Berthoud. Géographie médicale et statistique de Vitteaux (Côte-d'Or). — 306. M. Rebulet. Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie. — 307. M. Olgiati. Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate. — 308. M. Gieure. Du massage oculaire. — 309. M. Tonnellier. Les gangrènes cutanées d'origine hystérique. — 310. M. Moutrier. Chancre tuberculeux de la verge. — 311. M. Houssay. De l'emploi thérapeutique de l'air comprimé et de sa vulgarisation au moyen d'un appareil transportable. — 312. M. Debray. Fréquence de l'albuminurie et de la glycosurie dans la convalescence. Examen de 1000 convalescents.

REVUE GÉNÉRALE

Troubles nerveux d'origine hépatique (hépato-toxhémie nerveuse).

Par M. Léopold-Lévi,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Introduction. — Par troubles nerveux d'origine hépatique, il faut entendre des phénomènes nerveux qui sont causés par le foie et ne trouvent d'explication que dans le foie.

La démonstration de ces troubles se fait et par la clinique et par l'expérimentation. Les expériences sur les animaux (deshépatisation) révèlent, en outre, la nature des phénomènes : ils ont une origine toxique. Il s'agit, en fin de compte, d'une toxhémie à manifestations nerveuses (hépato-toxhémie nerveuse), à mettre à côté de l'urémie (néphro-toxhémie) nerveuse.

Mais avant d'étudier les troubles nerveux d'origine hépatique, il faut les séparer de ceux qui apparaissent chez les hépatiques, sans être imputables au foie.

Troubles nerveux au cours des affections hépatiques. — Au cours des affections hépatiques apparaissent des phénomènes nerveux de cause purement banale. C'est ainsi que, dans un cas de Monneret, on note des convulsions unilatérales, au cours d'un ictère grave. Or, l'autopsie démontre l'existence d'une hémorragie méningée.

Le plus souvent, les troubles nerveux qui se rencontrent chez des hépatiques, sans être d'origine hépatique, reconnaissent une cause infectieuse, toxique, auto-toxique, diathésique.

Fréquemment on voit survenir, sous l'influence d'une cause infectieuse, des phénomènes cérébraux, en même temps que l'urobiline, décelée dans l'urine, indique le fonctionnement imparfait du foie. Dans ce cas, le délire est-il lié au trouble hépatique? C'est là une question qui se pose; mais l'urobilinurie, d'autre part, ne pourrait-elle être mise sur le compte du délire? Enfin, hypothèse plus vraisemblable, les troubles cérébral et hépatique ne doivent-ils pas être imputés à la cause générale? On peut aller plus loin : chez des hépatiques, le délire survenant dépend parfois d'une cause banale infectieuse et n'est pas en rapport avec la lésion hépatique.

Il en est de même en ce qui concerne les causes toxiques. L'alcool, par exemple, agit directement sur le cerveau et sur le foie. La coexistence de troubles à la fois cérébraux et hépatiques peut n'indiquer aucune causalité entre eux, et être une pure coïncidence. Une remarque mérite cependant d'être faite, en ce qui concerne l'alcool. Grilli (1), qui exerce dans les asiles d'aliénés, a été frappé de la rareté des cirrhoses chez les aliénés même alcooliques, et il pense que l'alcool agit chez les uns sur le système nerveux, chez d'autres sur le foie. Les diverses modalités dans la manière d'agir d'un poison montrent l'influence de la prédisposition. D'autre part, pour le même auteur, les troubles mentaux sont rares au cours des affections hépatiques. Nous ne partageons pas cette dernière opinion, car nous avons personnellement observé, en dehors de l'ictère grave, 14 cas, où, au cours de maladies de foie constituées, a existé du délire (1).

(1) Grilli. *Lo Sperimentale*, mai 1889.

Dans les auto-intoxications, telles que le diabète, la goutte, l'uricémie, existent des troubles nerveux. Mais, bien que le foie soit lésé fréquemment dans le diabète, que, dans 60 p. 100 des cas, le diabète est lié à une lésion alcoolique du foie [Glénard (2)], il ne peut venir à l'esprit d'attribuer au foie les symptômes nerveux de cette auto-intoxication. La goutte, pour nombre d'auteurs, et, en particulier, pour Murchison (3), est liée à un mauvais fonctionnement du foie, à une torpeur hépatique. L'uricémie, d'autre part, résulterait d'une déviation fonctionnelle hépatique. En réalité, les phénomènes nerveux observés dans ces états doivent être mis sur le compte de l'auto-intoxication ou de la diathèse.

Les troubles nerveux peuvent être encore, en effet, en rapport avec le tempérament. On sait le rôle que M. Hanot (4) attribue à l'arthritisme dans la production des cirrhoses. Un neuro-arthritique est susceptible de présenter des symptômes hépatiques et nerveux qui ne sont pas liés les uns aux autres mais coexistent chez le même individu.

Parfois les causes s'associent. C'est ainsi qu'alcoolisme et tuberculose donnent lieu, par exemple, à la production du délire chez un hépatique.

En résumé, l'existence de troubles nerveux au cours d'une affection hépatique ne veut pas dire qu'ils soient d'origine hépatique.

Pour démontrer l'existence de troubles nerveux *ab hepate læso*, certains faits seuls peuvent être utilisés.

Les phénomènes de l'ictère grave sont trop complexes pour servir de point de départ. Car s'il est vrai que le foie subit dans ce syndrome une destruction pour ainsi dire brutale, il n'en est pas moins certain que le rein se trouve en général intéressé de son côté, qu'il peut y avoir action directe de l'agent morbifique sur les centres nerveux. Par contre, par déduction, et grâce à des cas intermédiaires, il est possible de prouver la nature hépatique des troubles nerveux de certains ictères graves.

On ne peut s'appuyer non plus sur les phénomènes nerveux terminaux qui viennent assez fréquemment mettre fin à des maladies du foie, car il faut tenir compte des troubles nerveux qui se rencontrent chez les inanitiés. Or, à la période de cachexie, les hépatiques ne s'alimentent plus, le foie ne remplit plus son rôle sur la nutrition générale.

L'existence des troubles nerveux au cours d'une affection hépatique, évoluant d'une façon transitoire, paraît, au contraire, défier toute objection. Il en est de même pour ceux qui, s'ils ont persisté jusqu'à la mort, se sont manifestés avant la période cachectique.

L'apparition, sous des influences déterminées, des phénomènes nerveux chez des animaux deshépatisés, revenus à l'état de santé, fournit, d'autre part, un argument inattaquable.

Le travail actuel comprend trois parties :

I. Étude clinique et critique des troubles nerveux et mentaux d'origine hépatique;

(1) Léopold-Lévi. Délire au cours des affections hépatiques, *Arch. gén. de méd.*, 1896.

(2) Glénard. Exploration du foie chez les diabétiques, *Lyon méd.*, t. XLIV, 1890, p. 264.

(3) Murchison. *Maladies du foie*, trad. Cyr, 2e édit., 1878.

(4) Hanot. Considérations générales sur la cirrhose alcoolique, *Semaine méd.*, 1893.

II. Anatomie pathologique ;
III. Pathogénie, expérimentation.

La première partie se divise en deux autres :

La première est de démonstration ; la seconde est de critique.

Dans l'étude des troubles nerveux hépato-toxhémiques, une division est utile en :

A. Accidents nerveux graves.
B. Petits accidents.

PREMIÈRE PARTIE

I

Accidents nerveux graves. — 1° COMA HÉPATIQUE. — L'existence du coma hépatique repose sur deux observations de coma transitoire au cours des affections du foie. La première observation nous est personnelle (1). Elle concerne une femme de trente-neuf ans, non alcoolique, atteinte d'une hépatite subaiguë avec fièvre, gros foie dépassant l'ombilic, ictère biliphéique sans néphrite concomitante. L'hépatite subaiguë passa ensuite à l'état chronique. Le foie se rétracta pour ne peser que 770 grammes à l'autopsie. L'ictère disparut ainsi que la fièvre, l'ascite fit son apparition. Pendant toute la période pré-ascitique, la malade présenta des phénomènes d'asthénie musculaire, dont nous reparlerons plus loin sous le nom de neurasthénie hépatique. Au cours de la cirrhose atrophique confirmée se développa du délire, puis du coma. La malade est trouvée dans le décubitus dorsal, la tête fléchie sur le cou, dans la position que lui donne la pesanteur. Il n'existe pas de raideur de la nuque. Pas de douleurs de la tête aux mouvements. Elle garde la position qu'on lui donne. Le sillon naso-labial gauche est un peu plus prononcé que le droit. Le regard est hébété. Les pupilles sont inégales, avec mydriase à droite. Les réflexes palpébral et cornéen sont conservés. La malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Elle ne paraît pas comprendre, ou bien elle marmotte quelques mots inintelligibles. Les réflexes rotuliens sont abolis. Pas d'hyperesthésie cutanée, mais l'abdomen est sensible à la pression. La respiration est lente, régulière. On compte douze respirations à la minute. Rétention d'urine.

La malade reste dans le coma pendant toute la journée. A la visite du soir, on la trouve couchée en chien de fusil. Il existe de l'hyperesthésie cutanée. On ne peut la faire répondre aux questions qu'on lui pose. Respiration lente, régulière. Pouls petit, régulier. Température 37 degrés.

Le lendemain, on assiste, dit l'observation, à une véritable résurrection. La physionomie est calme. Les sillons noso-labiaux sont accentués. La malade répond nettement aux questions qu'on lui pose.

La deuxième observation appartient à MM. Roger et Bonnet (2). Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une cirrhose atrophique alcoolique, fit un coma hépatique transitoire, à répétition.

Quatre jours après une ponction qui retire 9 litres de liquide, le malade est somnolent, répond à peine aux questions qu'on lui pose. Le lendemain, coma complet, perte absolue de connaissance. Les membres sont dans la résolution. Le réflexe palpébral est aboli, le réflexe pupillaire est conservé. Le malade est couvert d'une sueur d'odeur âcre. Respiration stertoreuse. Battements du cœur forts et réguliers. Rien d'anormal dans l'urine.

On pratique une saignée de 300 grammes et on administre un lavement purgatif. Deux heures après, le malade reprend connaissance. Le soir, il est complètement revenu à lui ; il dort, jusqu'au lendemain matin, d'un profond sommeil.

Trois semaines après, nouvelle ponction de 8 litres qui amène un soulagement immédiat. Le lendemain, il est pris d'agitation. Il se lève, crie, veut se sauver. Le jour suivant, somnolence suivie d'un coma aussi complet que le premier. On applique six sangsues aux apophyses mastoïdes. La connaissance revient peu à peu.

M. Roger (1) fit, avec le sérum provenant de la saignée, des injections : 10 centimètres cubes par kilogramme n'amenèrent que des troubles passagers. [Faut-il conclure, dit cet auteur, que le sang ne contenait pas de poisons nouveaux? L'influence thérapeutique de la saignée suffit à démentir cette hypothèse qui cadrerait mal avec nos connaissances actuelles sur les fonctions antitoxiques du foie. On est donc conduit à supposer que les poisons étaient actifs pour l'homme et indifférents pour l'animal, ou plutôt qu'il n'y avait pas assez de 10 centimètres cubes pour amener la mort. Les poisons nouveaux n'étaient pas de nature albuminoïde et leur action, ne s'ajoutant pas à celle des albumines normales, n'a pu se manifester.

A côté du coma hépatique transitoire, il existe : un coma hépatique terminal qui trouve sa place dans le syndrome nerveux terminal hépatique, et un coma hépatique complexe [coma hépato-rénal (2)].

Un malade de quarante-neuf ans, atteint d'une cirrhose alcoolique, après avoir présenté, dans une période antérieure, des phénomènes de délire et de coma passagers, tombe de nouveau dans un coma complet, avec mydriase et parésie faciale.

La teinte subictérique du visage, qui va en s'accentuant, les hématémèses qui se produisent, permettent de penser à une affection hépatique. L'existence d'une albuminurie peu intense, d'hypertrophie cardiaque, indique l'intervention du rein. Ce cas qui représente, si l'on veut, un ictère grave sans ictère, est au moins un lien entre le coma hépatique pur et le coma de l'ictère grave et montre le peu d'importance de la cholémie pour l'apparition des phénomènes nerveux.

Dans certains ictères graves, le coma (de même que les autres accidents nerveux) est, en grande partie, hépatique, est dû à l'hépato-toxhémie. Il n'est pas possible, en effet, de nier que, dans l'ictère grave, le foie est l'organe frappé particulièrement. « L'intensité de la lésion est infiniment moindre dans le rein que dans le foie (3). » Si parfois l'ictère grave n'est qu'une infection grave avec ictère, s'il est l'expression clinique d'une infection ou d'une intoxication, ou d'une toxi-infection, retentissant sur l'organisme tout entier, par contre, souvent une infection a débuté sur le mode bénin et elle devient grave parce que la cellule hépatique a fléchi. « L'ictère grave, dit M. Hanot, est l'expres-

(1) Léopold-Lévi. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1894, p. 226.
(2) Léopold-Lévi. *Troubles nerveux d'origine hépatique. Hépato-toxhémie nerveuse*, Th. de Paris 1896, p. 39.

(1) Roger. Toxicité du sérum, *Presse méd.*, 8 juin 1895, p. 210.
(2) Léopold-Lévi. Thèse citée, p. 45.
(3) Hanot. Considérations générales sur l'ictère grave, *Semaine méd.*, 5 août 1895.

sion de la destruction rapide de la cellule hépatique (1). »

L'existence de troubles nerveux au cours d'une destruction si complète du foie peut être presque considérée comme une preuve de l'action du foie, fauteur de troubles nerveux. Ce n'est cependant que par déduction que nous arrivons à admettre la nature hépatique du coma de l'ictère grave et en même temps des autres troubles nerveux. Il est probable, d'ailleurs, que, dans certains cas d'ictère grave primitif, les symptômes dépendent d'une infection généralisée agissant aussi bien sur le cerveau que sur le foie.

Le coma, au cours de l'ictère grave, offre parfois des symptômes particuliers. Nous avons observé (2) chez un malade de cinquante et un ans, atteint d'ictère grave secondaire, des contractures passagères, de la trépidation épileptoïde bilatérale, des phénomènes paralytiques.

Caractères du coma hépatique. — Dans son début, le coma est précédé de phénomènes nerveux (coma progressif) ou se développe d'emblée. Il existe à l'état isolé ou est accompagné d'autres phénomènes nerveux (coma accompagné). Une fois constitué, il est plus ou moins profond : coma absolu, coma vigil.

Comme le coma urémique, il s'accompagne parfois de paralysie et de contracture. Les réflexes sont normaux, abolis ou exagérés ; il existe de la trépidation épileptoïde.

Un fait que nous tenons à signaler, c'est la lenteur de la respiration, variété d'apnée bulbaire coexistant avec une tachycardie persistante. La tachycardie, au cours des affections hépatiques, opposée à la brachycardie ictérique, est, en réalité, assez fréquente (3). La dyspnée peut être un symptôme important, comme nous le verrons plus loin.

Existe-t-il des caractères différentiels d'avec les autres variétés de coma et en particulier d'avec les comas toxhémiques (urémique, diabétique) ? Nous n'insistons pas sur le coma de l'ictère grave : il existe de l'ictère. Dans le cas de coma dit complexe, sans parler des renseignements concernant l'éthylisme, le diagnostic était facilité par les hématémèses, la teinte subictérique du visage. Quand il s'agit du coma hépatique terminal ou transitoire, souvent l'ascite et le ballonnement du ventre, les dimensions du foie, foie hypertrophié, foie atrophié, peuvent conduire au diagnostic. Mais il est deux signes sur lesquels nous voulons insister : la mydriase, à laquelle Ozanam (4) attachait une grande importance dans l'ictère grave, signalée d'autre part par Frerichs, que nous avons nous-même vérifiée, alors que dans le coma urémique existe du myosis ; et l'existence, dans les urines, d'urobiline. On voit que, dans les comas, l'analyse complète de l'urine est indispensable.

La présence de sucre ou d'acétone indique le coma diabétique.

La présence d'albumine indique le coma urémique.

La présence d'urobiline fait penser au coma hépatique. Mais il peut exister concomitamment de l'albumine, il s'agira alors de coma complexe (soit hépato-rénal, soit réno-hépatique).

La présence d'acétone et d'urobiline conduira à l'idée d'un coma complexe, par suite de lésion hépatique au cours d'un diabète.

(1) Hanot. *Idem.*
(2) Léopold-Lévi. Th. citée, p. 49.
(3) Léopold-Lévi. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1894.
(4) Ozanam. *Forme grave de l'ictère essentiel*; Th. de Paris, 1849.

L'existence de sucre serait en faveur, soit du diabète concomitant, soit d'une glycosurie alimentaire.

Le diagnostic de coma hépatique est important à établir, puisque le traitement (ventouses scarifiées, saignée) peut le faire disparaître. Le coma peut d'ailleurs être le syndrome révélateur d'une affection hépatique, comme dans un cas de Whitla (1).

Un malade de trente-neuf ans est admis à l'hôpital pour des phénomènes pulmonaires. On porte le diagnostic de tuberculose aiguë. Il tombe subitement dans le coma avec convulsions et meurt. L'urine ne contenait pas d'albumine. A l'autopsie on trouva, pour expliquer les phénomènes de dyspnée et de coma, un foie pesant près de 3kg500, en état de dégénérescence graisseuse.

2° Délire hépatique. — En se mettant à l'abri des causes d'erreur (délire par inanition, délire toxique, infectieux, délire cardiaque, délire urémique) on peut démontrer l'existence d'un délire hépatique. Est-ce à dire que le foie, à lui seul, est cause de délire ? Au même titre assurément que le rein et le cœur, ce qui n'exclut pas la prédisposition. Pour tous les phénomènes nerveux, plus encore peut-être pour le délire, la prédisposition intervient soit héréditaire, soit souvent acquise. Il existe, par exemple, un certain état de détérioration antérieure de la cellule cérébrale, sous l'influence d'une cause morbide, telle que l'alcoolisme. Une lésion antérieure peut, à un moment donné, être réveillée. De même dans les maladies du cœur, une lésion tacite donne lieu subitement à une phénoménologie même grave, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue.

Le délire hépatique se présente sous forme transitoire, comme dans le cas suivant (2) : il s'agit d'un malade de soixante-dix ans, ayant présenté des phénomènes d'intoxication saturnine, atteint d'une cirrhose atrophique caractérisée par un foie très petit, du météorisme, de l'ascite, des hémorragies, du prurit, de l'urobilinurie.

Dans la période pré-ascitique de l'affection, éclatent des phénomènes de délire transitoire, alors que le malade, soigné pour son affection hépatique, n'avait présenté, jusqu'à ce moment, aucun phénomène cérébral. Le délire est caractérisé par la perte de la notion des objets usuels, par la diminution du sens moral, qui le fait uriner contre tous les meubles, par l'excitation, en vertu de laquelle il jette tout ce qu'il trouve sous sa main, par une affectuosité exagérée, par des idées et des actes marqués au coin de la niaiserie et de l'enfantillage. Il se plaint des misères qu'on lui fait et resuce (comme un enfant) des noyaux de cerises.

Le délire fut transitoire, dura en tout quatre jours.

Aucun mouvement fébrile ne permettait d'expliquer ce délire. Il ne s'agissait pas non plus de délire alcoolique.

M. Charrin (3) a publié trois cas de délire, au cours d'affections chroniques du foie.

Le premier malade, alcoolique, était atteint de cirrhose atrophique. Assez souvent, il était pris de délire sans aucune fièvre, vers le soir. Il lui semblait le plus ordinairement voir accourir des assassins ou surgir des flammes d'incendie.

Le second, atteint d'une cirrhose mixte, était un homme

(1) Whitla. Uræmia in affections of the liver, *Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1876.
(2) Léopold-Lévi. Th. citée, p. 56.
(3) Charrin. Soc. de biol., 30 juillet 1892.

sérieux, ayant dirigé un important commerce. Il avait pris plaisir à se cacher, à se faire chercher, absolument comme font entre eux les enfants. Ces symptômes se sont très amendés, à la suite d'une amélioration de la lésion hépatique. A noter que la mère de ce malade était hystérique.

Dans un troisième cas, concernant un cancer du foie, bien avant la période de cachexie terminale, le délire s'est développé à diverses reprises. Le malade se refusait à boire du lait ou du bouillon, déclarant que ces liquides étaient extrêmement chauds, lui brûlaient la gorge. Fréquemment, il racontait que, peu d'instants avant la visite, il avait subi l'inspection, purement imaginaire d'ailleurs, de dix à vingt médecins.

Dans les trois cas, il y avait insuffisance hépatique avec glycosurie alimentaire et toxicité urinaire considérable.

A côté du délire hépatique transitoire, on peut considérer comme hépatique un délire terminal, qui survient en dehors de toute inanition.

C'est ainsi qu'au cours d'une cirrhose à marche rapide, développée chez un arthritique non alcoolique, cirrhose qui nécessite tous les huit à dix jours une ponction de dix à douze litres, nous avons assisté, au milieu d'un état général satisfaisant, à l'apparition de phénomènes délirants. Le délire est calme, peu loquace, caractérisé surtout par de l'incohérence des idées, l'incohérence des actes. Il s'accompagne d'un affaiblissement considérable de l'intelligence et de la mémoire (1).

Dans les cas de délire hépatique, la forme de la lésion du foie varie (hépatite infectieuse, cirrhose, cancer). Mais la cellule hépatique est touchée. Cette condition est-elle nécessaire? Est-elle suffisante? Dans certains cas, on trouve l'intervention de la prédisposition individuelle, confirmée par l'hérédité. Il faut tenir compte d'autre part de la prédisposition acquise, telle que le produit l'alcoolisme.

Quels sont les caractères du délire hépatique? Dans les faits que nous avons observés, il s'agit d'un délire tranquille, de paroles et d'actions, caractérisé surtout par de l'incohérence, de la niaiserie, des actes enfantins ; mais le délire étant fonction de l'individu, il est permis de concevoir d'autres formes de délire.

Délire hépatique de l'intoxication alcoolique et phosphorée. — A côté des cas précédents, qui sont unis par un substratum commun, la lésion de la cellule hépatique, il en est d'autres où la cellule hépatique se prend primitivement pour son propre compte, sous l'influence d'une intoxication par exemple, ce qui nous conduit à envisager le délire dans deux intoxications à maximum hépatique : intoxication par le phosphore et par l'alcool.

En dehors des phénomènes nerveux qui sont le résultat de l'empoisonnement par le phosphore, on observe d'autres troubles nerveux dus à l'intoxication phosphorée. Les accidents liés au phosphore sont terminés. Le foie reste profondément lésé, comme le prouvent les autopsies, et alors se développe une forme caractérisée par une excitation générale qui domine jusqu'à la mort (Tardieu).

Klippel (2) s'est attaché à montrer le rôle possible du foie dans certains délires alcooliques. Un malade alcoolique, intoxiqué de cause externe, peut devenir facilement un hépatique. Les lésions se produisent insidieusement et se constituent définitivement. Du fait de son altération hépatique, il peut présenter des accidents « para-alcooliques ». En faveur de cette théorie, Klippel publie l'observation d'une malade atteinte de troubles, attestant une intoxication chronique par l'alcool avec les symptômes cérébraux que comporte cette intoxication dans les formes légères, et offrant brusquement un délire d'une autre forme, un délire faisant songer d'abord à un délire fébrile, tandis que d'autre part l'autopsie démontrait une destruction complète du foie. L'auteur insiste sur le changement brusque de la symptomatologie, sur le délire aigu avec confusion mentale, succédant à des accidents à évolution lente, sur le délire à allures graves entraînant un pronostic sérieux, au cours d'une affection chronique sans gravité immédiate, à la brusque intervention de l'auto-intoxication d'origine hépatique donnant aux symptômes une face nouvelle. Klippel (1) avait déjà fait intervenir l'auto-intoxication par le foie, dans la pathogénie du délire alcoolique. D'autre part, il a remarqué (4 fois sur 5) des lésions profondes du foie chez des alcooliques aliénés, alors que, dit-il, « chez les alcooliques n'ayant pas présenté de délire, la cirrhose atrophique est loin de se présenter avec cette fréquence ». Il insiste sur la non-guérison fréquente des délires et démences alcooliques après la suppression de l'alcool : « On est autorisé à soupçonner et à rechercher les lésions du foie chez tout alcoolique qui délire à longue échéance, après la suppression de l'alcool. » A cela, il est permis de se demander si les lésions du cerveau ne sont pas, elles aussi, persistantes et si elles ne vont pas en s'accentuant.

Si l'on admet l'opinion de Klippel, si même, chez des alcooliques, le délire se trouve en rapport avec une affection hépatique, ne peut-on rechercher le rôle du foie dans les cas de psychose polynévritique? C'est qu'en effet Martin Brasch (2) note dans cette affection l'existence d'urobilinurie, qui disparut, en même temps que les troubles psychiques s'atténuèrent. Chez un malade de Vaughan Harley (3) l'urobilinurie coexistait avec les troubles de la psychopathie névritique. Enfin dans six observations de cérébropathie toxhémique, Korsakow (4) a mentionné la coloration rouge foncé des urines.

On pourrait même aller plus loin. Le délire au cours des affections aiguës n'existe-t-il pas plus fréquemment chez les alcooliques à cause de leur foie : car il est constant de trouver dans leur urine de l'urobiline ?

Enfin nouvelle question : quelle est la part qui revient au foie, étant donné les altérations qu'on trouve d'habitude à l'autopsie, dans les cas de delirium tremens?

M. Cassaët a publié une observation (Soc. de biologie, novembre 1894) pour démontrer la suppression momentanée des fonctions hépatiques dans l'alcoolisme aigu, et semble porté à admettre l'influence du mauvais fonctionnement du foie sur la production du délire.

Syndromes mentaux d'origine hépatique. — Folie hépatique. — Ce n'est pas là question nouvelle. Sans remonter aux auteurs qui accordaient au tempérament bilieux une grande influence sur le développement de la mélancolie, pour Pinel et Esquirol, le foie provoque l'hypocondre par action réflexe

(1) Léopold-Lévi. Th. citée, p. 62.

(2) Klippel. De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques, *Ann. méd.-psychol.*, 1894, p. 262

(1) Klippel. Congr. des méd. alién. de France, La Rochelle, août 1893.

(2, 3 et 4) Cités par Babinsky, art. Névrites, *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. VI.

et, à la suite, il se produit des vices de secrétion. Bergman, Guislain, Wiedemann, Georget relatent les altérations du foie trouvées à l'autopsie des mélancoliques. Burrow, d'après Guislain, a même, d'une façon générale, considéré la folie comme étant le plus souvent d'origine hépatique. « A moins, dit-il, que l'aliéné ne soit furieux, il sera toujours facile de s'assurer de l'état morbide de cet organe, par l'exploration des hypocondres ». Hammond attribue une des premières places dans l'aliénation mentale aux troubles hépatiques, à l'hypertrophie et surtout aux abcès du foie. Il arrive jusqu'à conseiller, dans tous les cas d'hypocondrie et de mélancolie, d'explorer avec soin la région du foie et même de pratiquer l'aspiration.

C'est à Klippel que l'on doit d'avoir, dans ces derniers temps, attiré l'attention en France sur la folie hépatique, dans un mémoire « sur l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales » (1).

Il est des cas où le foie joue un rôle accessoire dans les maladies mentales. En d'autres cas, la lésion est d'une importance telle que, sans elle, l'affection mentale n'existerait pas. Il s'agit de folie hépatique. Un malade de soixante-deux ans est pris, en dehors de tout alcoolisme, de phénomènes d'excitation maniaque, puis de dépression. Pendant la vie, on constatait des signes d'insuffisance hépatique : urobilinurie, acide urique en excès, hémaphéisme. L'autopsie fit constater une dégénérescence granulo-atrophique du foie. L'affection évolua en trois mois.

On avait porté le diagnostic de délire aigu, mais il n'existait pas de fièvre. Celui de paralysie générale a pu être écarté par l'examen anatomo-pathologique. Enfin l'ictère grave est rejeté à cause de l'absence d'hémorragie et la durée de trois mois. Dans ce cas, il y avait une lésion rénale légère, consistant en une sclérose diffuse et un certain degré de dégénérescence épithéliale.

Pseudo-paralysie générale hépatique. — M. le professeur Joffroy (2) a publié un cas qui montre bien que l'expression symptomatique des troubles nerveux secondaires peut varier à l'infini, simuler une maladie constituée, et qu'il est nécessaire de procéder à l'examen complet des viscères pour rapporter les accidents à l'appareil qui en est le point de départ.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, alcoolique de vieille date, qui, au cours d'une affection hépatique, est pris de troubles nerveux d'ordre spécial. La maladie du foie est caractérisée par l'atrophie de l'organe, l'existence d'urobiline dans l'urine, la teinte mélanodermique du visage. Elle manifeste son existence d'une façon indiscutable par la tendance hémorragique du sujet, par l'apparition d'une ascite, par les phénomènes d'ictère grave, qui ont entraîné la mort.

Comment interpréter les symptômes nerveux ? La question de la méningo-encéphalite diffuse se posait tout d'abord. Le malade présentait en effet des troubles de la parole. Il avait eu une attaque apoplectiforme, phénomène si fréquent au cours et souvent au début de la paralysie générale. On pouvait encore faire valoir, en faveur de cette idée, l'existence d'une sorte de tic du côté des lèvres et de la langue. Mais il n'existait pas de signe oculaire : la pupille réagissait bien à la lumière et à l'accommodation. L'absence de tremblement fibrillaire était notée. L'intelligence du malade était à peine atteinte, la mémoire était intacte. En réalité, malgré l'apparence, X... n'avait pas été sous le coup d'une paralysie générale légitime.

L'alcoolisme pouvait-il être responsable de l'affection du foie en même temps que du syndrome nerveux ? Mais l'alcoolisme n'a jamais créé un ensemble symptomatique analogue à celui que l'on retrouvait chez le malade. D'autre part, les phénomènes nerveux s'accentuaient, alors que le malade ne se livrait plus à son intoxication habituelle, et s'aggravaient parallèlement à la maladie du foie.

La conclusion de M. Joffroy est que le malade a été atteint d'une pseudo-paralysie générale d'origine hépatique.

L'observation est fort intéressante, puisque, par leur groupement, les phénomènes affectent ici l'apparence d'une affection nerveuse autochtone. On peut lui adresser une objection, c'est qu'elle manque de contrôle anatomique.

3° Convulsions. — Le foie malade est organe provocateur de convulsions. Ces convulsions sont transitoires ou terminales, se présentent à l'état isolé ou sous forme d'éclampsie mortelle chez les enfants, ou d'épilepsie curable chez les adultes.

Nous avons trouvé dans les cliniques de Graves (1) un cas de convulsions transitoires hépatiques qui s'est terminé par la guérison. Il concerne un malade atteint d'ictère et d'hépatite avec augmentation de volume de l'organe, qui eut une douzaine d'accès convulsifs suivis de coma. Des applications répétées de sangsues au niveau de l'hypocondre droit, des purgatifs énergiques et une mercurialisation puissante ont fait disparaître tous ces accidents. La guérison est bien lente, mais définitive.

D'après Graves, le docteur Griffin (de Limerick) a publié quelques observations du même genre.

Éclampsie. — Mya (2) a rapporté deux cas dans lesquels l'éclampsie infantile mortelle est due à des lésions hépatiques. Cet auteur admet qu'il existe chez l'enfant une diminution du pouvoir d'inhibition des centres nerveux et, en conséquence, une prédominance de l'excitabilité réflexe ; sa conception s'appuie sur les expériences de Soltmann, qui démontre chez les animaux l'absence des centres frénateurs des mouvements réflexes dans le cerveau et dans la moelle, au dixième jour de la vie. C'est là une cause organique intrinsèque d'éclampsie. La lésion hépatique joue le rôle de cause extrinsèque.

Un enfant rachitique de treize ans, à la suite de troubles digestifs, fut pris de convulsions généralisées à la face et aux membres supérieurs avec écume aux lèvres et perte de connaissance, auxquelles il succomba. L'autopsie fit reconnaître, dans le gros intestin, des lésions de colite banale. Le foie était en état de dégénérescence graisseuse très avancée, comme le prouva l'examen histologique. Les autres organes étaient sains.

Dans ce cas, la lésion hépatique était secondaire à l'inflammation du gros intestin ; le foie était d'ailleurs infériorisé du fait de l'âge et du rachitisme. En effet, d'après Mya, il y a, au cours du rachitisme, un retard dans le déve-

(1) Klippel. *Arch. gén. de méd.*, 1892, p. 173.

(2) Joffroy. Pseudo-paralysie générale hépatique, Soc. méd. des hôpit., janv. 1896.

(1) Graves. *Cliniques médicales*, trad. Jaccoud, 1871, t. II, p. 704.

(2) Mya. Rapports des altérations hépatiques avec l'éclampsie infantile, *Lo Sperimentale*, 1893, 47, p. 141.

loppement du foie qui présente une persistance des caractères embyonnaires.

Le second cas concerne une enfant de sept ans, rachitique, chez qui on pratiqua sous chloroforme l'ostéotomie tibiale et l'ostéoclasie. Trois jours après, elle fut prise de violentes convulsions toniques et cloniques et tomba dans le coma. A l'autopsie, on trouva le foie petit, d'un poids inférieur au poids minimum pour cet âge. Il présentait une dégénérescence graisseuse diffuse à tout le parenchyme.

Là encore l'éclampsie est en rapport avec l'altération du foie. Il est possible que l'intoxication légère, consécutive à l'administration du chloroforme et passagère d'habitude, se développant sur un foie précédemment modifié du fait du rachitisme, ait amené rapidement la dégénérescence graisseuse. Ces faits doivent être connus des chirurgiens qui, parfois, observent un coma mortel à la suite d'intervention, avec anesthésie chloroformique, sur le foie malade.

A côté de l'éclampsie chez les enfants, on pourrait se poser la question du rôle du foie dans l'éclampsie des femmes enceintes. C'est qu'en effet, aussi bien dans l'éclampsie sans ictère que dans l'éclampsie avec ictère, les altérations du foie sont considérables.

On doit attirer l'attention, d'autre part, sur ces faits d'éclampsie scarlatineuse chez les enfants, où, comme le fait remarquer Withla (1), on ne constate pas, post mortem, trace de lésions dans les reins ni le cerveau et où le foie est très hypertrophié.

Epilepsie. — Henry Day (2) rapporte un cas très intéressant d'épilepsie qu'il attribue à la congestion hépatique.

Un jeune homme de vingt-deux ans éprouvait de vives douleurs dans le côté droit. La matité hépatique était de cinq pouces verticalement, les urines contenaient de la bile, les matières étaient décolorées. Le jour de son entrée à l'hôpital, il eut une attaque d'épilepsie. Cette attaque avait été précédée par d'autres semblables, mais seulement depuis son affection hépatique actuelle, et il n'en avait jamais eu antérieurement. Traitement local et général de la congestion hépatique, dont les symptômes ne tardent pas à s'améliorer. Huit jours après cette attaque d'épilepsie, il en survint une autre plus légère. La congestion continue à s'améliorer, mais huit jours après, nouvelle attaque d'épilepsie, plus légère que la précédente. Ce fut la dernière. Pendant ce temps, la congestion hépatique avait suivi son cours vers la guérison. Deux ans plus tard, le malade n'avait pas éprouvé de nouvelle crise épileptique, ni d'accidents du côté du foie.

De l'épilepsie hépatique, épilepsie provoquée, toxique, il est naturel de rapprocher l'épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime chez les individus très sanguins (3), les cas d'épilepsie rapportés par Labadie-Lagrave et Cautru (4) au cours de l'entérite muco-membraneuse.

Mais s'il est une épilepsie hépatique, les cas en sont exceptionnels. La recherche de l'urobiline dans les urines des épileptiques du service de M. le professeur Raymond a été négative pendant la crise ou en dehors de la crise.

Peut-on rattacher ces faits d'épilepsie d'ordre toxique à une théorie générale de l'épilepsie par intoxication (1)?

L'épilepsie résulterait d'une accumulation de toxines ne venant pas de l'extérieur, provenant de l'estomac par l'effet de fermentation ou d'ingestion de substances en putréfaction commençante, ou de l'intestin par rétention fécale, ou des organes malades, ou encore des tissus de l'organisme entier.

Dans l'épilepsie essentielle, il existerait un trouble de la nutrition dépendant probablement de la débilité du système nerveux et qui constituerait la prédisposition. Ce n'est que reculer la difficulté, la prédisposition restant, dans ces cas, la base de l'étiologie.

4° Syndrome nerveux terminal hépatique. — Les phénomènes qui viennent d'être étudiés isolément, parfois s'associent ou se succèdent : ils constituent alors un syndrome. Chez un malade qui présenta du délire transitoire et qui se trouve cité à cette occasion (p. 665), réapparaissent six jours après cette ponction, quarante-deux jours avant la mort, des phénomènes nerveux (2). C'est tout d'abord un tremblement spécial, de la rétention d'urine, puis des troubles de la mémoire et de l'intelligence, un délire calme, incohérent, des modifications de la parole qui s'accompagnent de grimaces, de l'incontinence d'urine, de la somnolence, du coma, de la parésie faciale.

Tous ces phénomènes se suivent, avec des variations journalières, les malades présentent des périodes d'amélioration, auxquelles font suite des périodes d'aggravation. Ces troubles n'ont pas comme substratum anatomique de lésion grossière du cerveau. Ils ne peuvent être expliqués par le rein (absence d'œdème, d'albumine, d'hypertrophie cardiaque, de lésions rénales importantes). Ils doivent être rapportés à l'organe essentiellement malade, le foie pesant 770 grammes.

Un second cas (3) concerne un malade cité également à propos du délire (p. 665). Au délire succède le coma. Il existe de la contracture des membres supérieurs, de l'exagération des réflexes rotuliens, de l'hémiparésie de la face du côté droit, des mouvements convulsifs de la face du côté droit.

Il est à remarquer que dans les deux cas se trouve notée de la parésie faciale constatée également dans notre cas de coma transitoire. Dans le dernier exemple cité, sont signalées de la contracture des membres supérieurs et l'exagération des réflexes rotuliens.

On voit donc qu'il en est de même dans l'hépato-toxhémie que dans l'urémie. Le coma peut s'accompagner de paralysie, de contracture. Il s'agit, dans nos cas, de parésie plutôt que de paralysie. La contracture n'est pas non plus très accentuée, il faut la rechercher. Dans un cas de coma au cours de l'ictère grave (p. 664), les phénomènes de paralysie et de contracture alternaient.

Ces troubles sont donc incomplets, mobiles, alternants, transitoires.

5° Tremblement hépatique (4). — Au cours du syndrome nerveux terminal hépatique, est survenu, chez un malade, un tremblement n'apparaissant ni dans le repos absolu, ni dans les mouvements, existant surtout dans la position du

(1) Withla. Uræmie in affections of the liver, *The Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1876, p. 110.
(2) Day. *Clinical Histories with Comments*, 1886, p. 146. — In Murchison. Trad. Cyr, 2e édit., 1878, p. 593.
(3) Lépine. *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1877, p. 573.
(4) Labadie-Lagrave et Cautru. *Méd. moderne*, 2 janv. 1895, p. 28.

(1) Voisin et Raymond Petit. *Arch. de neurol.*, 1895, p. 257, 359, 437
(2) Léopold-Lévi. Th. citée, p. 93.
(3) Léopold-Lévi. *Idem*, p. 104.
(4) Léopold-Lévi. Th. citée, p. 110. — Congr. pour l'avanc. des sc., tenu à Tunis, 1er-5 avril 1886.

serment, augmentant alors progressivement d'intensité et de rapidité et s'accompagnant de fatigue.

Ce tremblement s'est produit à deux reprises d'une façon transitoire. Nous le considérons comme un tremblement toxique, auto-toxique, hépatique.

C'est un symptôme à rapprocher des convulsions d'origine hépatique ou de la tétanie d'origine gastrique.

Pourquoi le tremblement s'est-il produit chez notre malade? Il est à la fois éthylique et saturnin. De temps en temps il présentait un tremblement peu accentué, mais que la femme du malade a remarqué parfois quand son mari se sert à table. Sous l'influence de la même cause qui produit du délire sur un cerveau prédisposé, survient du tremblement chez un prédisposé. *(A suivre.)*

REVUE DE LA PRESSE

Action de la strychnine sur le collapsus chloroformique. — L'arrêt du cœur est, comme on le sait, la cause la plus importante du collapsus au cours de l'anesthésie par le chloroforme; la paralysie du centre vaso-moteur, provoquée par ce dernier, amène la chute très rapide de la pression sanguine et c'est cette chute qui, en privant le muscle cardiaque de son excitant habituel, est une des causes importantes de l'arrêt du cœur. En se basant sur des expériences faites avec M. Diakonoff, le professeur Bobroff a proposé de faire, en cas d'affaiblissement du pouls au cours du sommeil chloroformique, des injections sous-cutanées de 20 à 25 centigrammes d'une solution tiède de chlorure de sodium. Wood recommande de recourir, en cas de collapsus chloroformique, à la strychnine ou à la digitale.

Le principal danger du chloroforme consistant en la paralysie du centre vaso-moteur, il était intéressant de savoir quelle serait l'action du chloroforme sur ce centre, s'il était *préalablement* mis en état d'excitation. C'est ce qui a fait l'objet des expériences de M. Evenhoff qui a choisi, pour agir sur les centres vaso-moteurs, un de ses excitants les plus puissants, la strychnine. Les expériences étaient constituées de la façon suivante :

Après s'être assuré que les animaux choisis (chiens) supportaient très mal le chloroforme, on les curarisait, on leur pratiquait la trachéotomie et on introduisait dans le larynx un tube en communication avec un flacon qui contenait un peu de chloroforme. La respiration artificielle était faite de telle sorte que l'air passait par ce flacon et pouvait, à volonté, être chargé ou non de chloroforme. On notait la pression avant la chloroformisation; puis on injectait l'air chargé de chloroforme et, quand la pression tombait à 0, on injectait de l'air pur et on faisait une injection intraveineuse de strychnine (2 à 3 milligrammes). Lorsque la pression atteignait ensuite la normale, l'animal recevait de nouveau des inhalations de chloroforme jusqu'à une nouvelle chute. De cette façon on pouvait comparer l'action du chloroforme avant et après l'injection de strychnine. Il résulte de ces expériences que, grâce à ces injections, les chiens, qui en général supportent le chloroforme assez mal, pouvaient le supporter sans inconvénient un temps beaucoup plus long que sans les injections. Par une autre série d'expériences, sur des chiens à bulbe sectionné, l'auteur a constaté que la strychnine n'a aucune influence sur la chloroformisation de chiens auxquels on avait pratiqué cette opération. *L'action favorable de la strychnine sur la chloroformisation est donc indiscutable*, car en augmentant le tonus du centre vaso-moteur et en élevant la pression, elle retarde plus ou moins notablement l'arrêt du cœur; le collapsus, si l'on continue l'administration de l'anesthésique, se produit lentement, de sorte qu'on a le temps de le remarquer et de supprimer à temps la cause. Le retour de l'activité cardiaque, après la chloroformisation précédée d'injection de strychnine, se fait très rapidement, même si la pression était très basse et les contractions cardiaques très faibles.

La strychnine a cependant aussi deux inconvénients : c'est, d'une part, la possibilité de provoquer un accès tétaniforme, qu'on peut éviter en surveillant les doses ; l'autre inconvénient est que la strychnine, à la dose employée par M. Evenhoff, augmentait les hémorragies parenchymateuses. (*Wratsch*, 1896, n° 1.)

Traitement des endométrites postpuerpérales par le tamponnement de la cavité utérine. — D'après M. J. Gousartchik, le lavage de la cavité utérine par des solutions antiseptiques qu'on emploie généralement dans le but de permettre le libre écoulement des produits de sécrétion pathologique, a beaucoup d'inconvénients. Sans même parler des cas d'empoisonnement par les solutions antiseptiques, ces lavages peuvent donner lieu à des embolies mortelles, distendre excessivement l'utérus, provoquer de la fièvre, des frissons et de l'épuisement des forces, etc. Tous ces accidents sont dus à ce qu'il est difficile en pratique d'établir, pour ces lavages, le maximum de pression qui permettrait, d'une part, un nettoyage parfait de la cavité et, d'autre part, ne dilaterait ni l'utérus ni les trompes et ne permettrait pas le passage de la matière infectante dans les fentes lymphatiques et les veines. Ce passage est d'autant plus à craindre qu'il est possible, d'après les expériences de Tissier, avec une pression d'une colonne d'eau de 30 à 40 millimètres.

Le curetage, comme mode de traitement de l'endométrite postpuerpérale, est également rejeté par un grand nombre de gynécologues.

M. Gousartchik recommande beaucoup, dans ces cas, le tamponnement de la cavité utérine, dont il s'est très bien trouvé dans 35 cas. On commence par nettoyer la cavité du col, puis du corps utérin, avec des tampons d'ouate imbibés de sublimé et fortement exprimés. Quand la cavité est ainsi bien nettoyée et tout à fait séchée, on passe de nouveau à sa surface des tampons au sublimé (1 p. 2 000) non exprimés et ce qui reste de sublimé sur la muqueuse utérine est enlevé par des tampons secs au sublimé. On introduit alors dans la cavité de la gaze iodoformée au sublimé (1 p. 2 000), qu'on tasse dans le corps mais qui est peu serrée au niveau du col, pour ne pas entraver l'écoulement de la sécrétion. Le bout de cette gaze est enveloppé dans de la gaze ordinaire dont on remplit le vagin. Le tampon intra-utérin est changé toutes les douze heures jusqu'à ce que les symptômes de l'affection disparaissent. Sur les 35 cas ainsi traités, l'auteur n'a *jamais* constaté de *complications*; la guérison fut toujours complète; la durée moyenne étant de 9,2 jours; chaque malade a été tamponnée en moyenne 5,5 fois; si la gaze est changée 2 fois par jour, la guérison survient au bout de 3 jours. Le tampon et le drainage par la gaze assurent un écoulement parfait de la sécrétion sans qu'il en résulte un traumatisme trop violent pour la muqueuse. Les tampons enlèvent parfaitement les îlots malades, et comme on peut très bien, pendant le nettoyage, se rendre compte de la pression qu'on exerce en passant le tampon à la surface de la muqueuse, on voit tout l'avantage que présente ce procédé sur les lavages. Son autre avantage est que le drainage y est continu. Le tampon vaginal doit être changé dès qu'il est imbibé d'une quantité considérable de liquide, car autrement ce dernier s'y accumulerait au lieu de s'écouler au dehors.

Le tampon intra-utérin excite, en qualité de corps étranger, le muscle utérin et active ses contractions; il est aussi possible que, en s'appliquant à la muqueuse comme une ventouse, il modifie la direction du courant lymphatique en le

faisant rétrograder, ce qui est surtout important quand des couches profondes du tissu utérin ou annexiel sont atteintes.

Enfin, en remplissant la cavité utérine et passant de là dans le vagin, ce tampon empêche l'accolement des parois utérines et la formation d'une plicature qui entraverait le drainage et cause souvent la lochimétrite. (Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg.)

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1896. — Présidence de M. MONOD.

RAPPORT

Fibromes du lobule de l'oreille. — M. PICQUÉ fait un rapport sur un travail de M. Haudain (de Port-au-Prince), relatif aux fibromes du lobule de l'oreille. Ces fibromes sont très fréquents dans la race nègre. Ils paraissent être le plus souvent d'origine traumatique. Ils présentent cette particularité qu'après avoir été opérés, ils récidivent avec la plus grande facilité.

M. Haudain rapporte plusieurs exemples dans lesquels il s'agit généralement de jeunes gens qui, à la suite de coups ou de chutes, ont vu se développer ces tumeurs sur le lobule de l'oreille, tumeurs dures, arrondies, plus ou moins pédiculées. On enlève ces tumeurs et, dans plusieurs cas, elles ont récidivé peu de temps après. Quelques-unes de ces tumeurs, auxquelles M. Haudain donne le nom de fibromes malins, ont subi la dégénérescence sarcomateuse.

M. ROUTIER a opéré deux malades atteints de ces sortes de tumeurs. Pour lui, ce sont des chéloïdes. La première malade était une jeune fille sur le point de se marier, qui portait sur le lobule de chaque oreille une chéloïde du volume d'une noisette. Il enleva ces chéloïdes en prévenant la malade des chances de récidive; mais celle-ci, jusqu'ici, ne s'est pas produite. Chez un second malade, également opéré, la ligne de suture est devenue très rapidement chéloïdique. Selon M. Routier, il faut donc changer l'étiquette admise par M. Haudain et regarder ces fibromes de l'oreille comme des chéloïdes.

M. DELORME, dans les cas où il y a de la douleur, s'est très bien trouvé de la compression et engage à la tenter avant de recourir à l'ablation.

M. ROUTIER dit que, chez sa première malade, la compression avait été tentée sans succès.

M. MICHAUX, étant interne de Gosselin, a vu, dans son service, une malade qui portait deux énormes tumeurs chéloïdiennes au lobule de chaque oreille. Gosselin y faisait des scarifications et des applications de collodion salicylé. Le traitement de cette affection est difficile. Peut-être les pointes de feu répétées finiraient-elles par modifier ces tissus.

M. Michaux partage l'opinion de M. Routier sur l'interprétation à donner aux faits de M. Haudain.

M. RECLUS demande à M. Delorme des renseignements sur la façon dont il fait la compression. Il y a eu recours lui-même de la façon la plus énergique; il a exercé une véritable malaxation à l'aide de tenailles entourées de caoutchouc. Il s'agissait d'une grosse chéloïde du cou, chez un jeune homme. Le résultat a été absolument nul.

M. KIRMISSON dit que les faits sur lesquels M. Picqué vient d'appeler l'attention sont très anciennement connus; les fibromes du pavillon de l'oreille, leur fréquence dans la race nègre, la transformation possible de ces fibromes en sarcomes, leur tendance à la récidive, tout cela est classique. Il ne faut donc pas établir une confusion entre ces fibromes et les tumeurs chéloïdiques. Les premiers sont des tumeurs sous-cutanées qu'on peut enlever sans enlever la peau. Il faut donc distinguer ces fibromes des chéloïdes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE admet parfaitement l'existence des fibromes du pavillon de l'oreille; mais la description donnée par M. Picqué répond bien exactement à des chéloïdes. On sait d'ailleurs combien ces chéloïdes sont fréquentes chez les nègres. M. Championnière a opéré plusieurs de ces chéloïdes de l'oreille. Il n'a pas eu la bonne fortune de M. Routier. Il n'a observé qu'un seul cas qui est resté dix-huit mois sans récidive. Dans tous les autres cas, la récidive a été toujours prompte à se faire. Il se défie un peu de la malaxation, ainsi que des scarifications tant vantées par Vidal. La compression a été essayée, il y a longtemps, comme moyen de traitement de ces tumeurs. Nélaton, autrefois, avait fait construire, par Charrière, un appareil spécial pour exercer cette compression. On arrivait parfois ainsi à modérer le développement de ces tumeurs. Nélaton d'ailleurs avait fait remarquer qu'elles présentaient elles-mêmes une certaine tendance naturelle à cette atténuation.

M. POIRIER estime que, dans les cas de M. Haudain, il s'agit bien, en effet, de chéloïdes. Les sujets qui ont été observés par lui devaient être des sujets jeunes. M. Poirier a enlevé chez un enfant de sept ans une grosse chéloïde du pavillon de l'oreille. La cicatrice était parfaite; deux ans après, elle était devenue une cicatrice chéloïdienne. Cette chéloïde est actuellement en voie de diminution. La constitution des malades exerce une grande influence sur la marche de ces chéloïdes.

M. FÉLIZET dit que les chéloïdes peuvent être des accidents de la cicatrisation; mais n'a pas une chéloïde qui veut; il faut une prédisposition individuelle. Parfois, c'est une néoplasie totale prenant tout le lobule de l'oreille jusqu'au cartilage. Les chéloïdes sont généralement multiples. M. Félizet ne croit pas que ces accidents doivent toujours être traités chirurgicalement. On peut les modifier très avantageusement par la compression et un traitement interne par l'iodure de potassium et l'arsenic.

M. DELORME n'a jamais traité par la compression que les chéloïdes douloureuses et limitées. Il exerce cette compression directement avec le pouce et l'index.

M. PICQUÉ fait observer que, si les faits de M. Haudain n'étaient que des exemples de chéloïdes, ils n'offriraient rien de particulier. Mais il s'agit bien, dans ces cas, de fibromes, puisque l'examen histologique l'a démontré.

La séance est levée.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. IV, n° 3, mai-juin 1896.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Les coupes du système nerveux central, par le docteur A. MERCIER, ancien second médecin de l'asile cantonal des aliénés de Burghœlzli. 1 vol. peau pleine souple, reliure amateur, tête dorée. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 juin 1896.

Dans un précédent numéro (1), nous avions fait connaître à nos lecteurs une série de faits d'indélicatesse commis à l'égard d'un de nos confrères par des étudiants en médecine d'une Faculté voisine.

Le 25 avril dernier, sur les conseils de quelques amis, notre confrère a adressé au parquet de Z... une plainte pour exercice illégal de la médecine contre l'étudiant qui est venu actuellement se mettre à la solde du personnage qui s'est déclaré son ennemi. Ne recevant aucune réponse, le 26 mai, il adressa une lettre au procureur général de la région et, quelques jours plus tard, il reçut le communiqué que voici :

« Monsieur le Maire,

Je vous prie de vouloir bien faire connaître à M. le docteur B... qu'en réponse à sa plainte du 26 mai courant, M. le procureur général près la Cour d'appel me charge de l'informer des faits suivants :

Sur la dénonciation par lui portée, le 25 avril dernier, à mon parquet, contre le sieur X..., étudiant, pour exercice illégal de la médecine, une enquête a été ouverte, sur mon ordre, par M. le juge de paix. Ce magistrat m'en a adressé le résultat le 22 mai courant. Il est établi par cette enquête que le sieur X..., étudiant en médecine, ayant toutes ses inscriptions et auquel il ne manque plus que la thèse à soutenir, est depuis deux mois environ à Z..., d'une manière intermittente cependant, et qu'il se propose de s'y fixer après avoir obtenu son diplôme de docteur.

Il n'a pas exercé, à proprement parler, la médecine à Z..., où il n'est venu que pour entrer en relations avec sa future clientèle; mais il y a donné quelques consultations gratuites à des personnes qui sont venues les lui demander; et tous les soins qu'il aurait donnés aux malades, il les aurait donnés dans les termes mêmes de la loi, comme aide ou adjoint d'un docteur en médecine.

Dans ces conditions, j'ai dû classer sans suite la plainte de M. le docteur B... Je vous prie de vouloir bien l'informer que M. le procureur général estime, comme moi, que sa demande n'est susceptible d'aucune suite en l'état.

Je vous prie de me rendre compte de l'exécution des présentes instructions. »

Or d'enquête, répond notre confrère, il n'en a point été fait; et pour sa part il n'a pas été appelé ni à donner des indications ni à fournir des preuves.

« L'étudiant X..., nous écrit-il, ne se contente pas de donner des consultations soi-disant gratuites (son patron fait opérer par ses employés la rentrée des honoraires); il se transporte journellement avec la voiture et les chevaux dudit patron partout où il est appelé. Cela est vu et connu de tout le monde.

Je dois ajouter que l'étudiant X... s'est abaissé jusqu'au point de se rendre, pendant la période électorale, dans les réunions publiques en compagnie de son patron qui le présentait comme le médecin devant soigner tout le monde gratuitement. »

Nous n'avons pas à juger si le parquet a eu tort ou raison de ne point poursuivre l'étudiant qui s'est mis à la solde d'un adjoint de village pour porter préjudice à un confrère des plus honorables; mais nous ne pouvons pas nous empêcher de remarquer combien il est pénible de voir que plusieurs étudiants d'une même Faculté sont venus successivement s'employer pour un tel rôle. C'est entrer dans la carrière avec de bien singuliers sentiments, et la génération qui se prépare à cette Faculté paraît avoir de vagues notions des règles les plus élémentaires qui régissent une bonne confraternité.

D'ailleurs, il s'agit, dans l'espèce, d'élèves encore en cours d'études, et, par conséquent, sous l'autorité du doyen, il serait peut-être bon que notre confrère avertît directement ce dernier, non pas pour qu'il prenne contre l'étudiant une grave mesure disciplinaire, mais pour qu'il lui expose, ainsi qu'aux précédents coupables, ce que leur conduite a d'irrégulier et d'anormal. Cette petite leçon, toute platonique peut-être, aurait certainement, près des autres étudiants, un effet moral salutaire. Elle leur ferait connaître qu'il est des devoirs qu'on doit remplir, qu'il est des règles qui, pour ne pas être inscrites dans les articles du code, n'en doivent pas moins être strictement observées, par ceux qui aspirent à l'honneur d'exercer notre profession.

---

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 231.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Une communication de M. Comby, faite le 5 juin à la Société médicale des hôpitaux, a soulevé une intéressante discussion sur les **rechutes de la scarlatine**. Plusieurs auteurs, et parmi eux, en première ligne, Henoch, ont prétendu que cette fièvre éruptive pouvait, de temps à autre, être suivie d'une véritable rechute. La première poussée scarlatineuse a été aussi régulière que possible, la fièvre est tombée, la desquamation a commencé lorsque la température s'élève de nouveau et qu'une nouvelle éruption, absolument scarlatineuse d'aspect, apparaît et se généralise. Cette seconde poussée morbide peut être beaucoup plus grave que la première; elle peut entraîner la mort, alors que la première avait été tout à fait bénigne.

La récidive de la scarlatine peut se produire à un temps variable, cinq, dix et même trente jours après la première poussée.

M. Comby a observé trois faits de ce genre dont il rapporte l'observation; il est convaincu qu'il s'est agi d'une récidive véritable.

Cette interprétation n'est acceptée ni par M. Rendu, ni par M. Béclère; ils pensent qu'il s'agit, dans ces cas, non pas d'une nouvelle scarlatine, mais d'une infection secondaire avec éruption scarlatiniforme. Cette infection scarlatiniforme différerait, du reste, de la scarlatine vraie par certains caractères : elle n'est pas généralisée, elle ne s'accompagne pas de fièvre, elle survient surtout lorsqu'il existe une suppuration consécutive à la scarlatine : une pleurésie purulente, une otite suppurée, etc.

M. Roger, qui a vu sept fois des éruptions d'aspect scarlatineux survenir dans la convalescence de la scarlatine, a été amené cinq fois, à cause de l'absence de fièvre à la seconde poussée, à cause de la non-généralisation de l'éruption, de l'absence d'énanthème, à diagnostiquer une éruption scarlatiniforme. Dans deux autres cas, la fièvre existait, intense, l'éruption s'est généralisée, et c'était beaucoup plus exactement les allures d'une vraie scarlatine. Dans ces derniers cas, le microbe spécifique de cette pyrexie étant inconnu, il est impossible d'affirmer qu'il s'agisse d'une véritable rechute.

M. Le Gendre pense avoir observé un cas de scarlatine à rechute légitime.

M. Comby repousse avec énergie les objections qu'on lui a faites; il se défend d'avoir confondu une seconde poussée de scarlatine avec une éruption scarlatiniforme symptomatique d'une affection secondaire. Il a observé un nombre assez considérable d'éruptions polymorphes à la suite de la scarlatine, mais il n'en a pas tenu compte pour sa présente communication. La rechute ne s'est pas montrée exclusivement dans des cas dans lesquels il existait une suppuration secondaire. Il se demande, en somme, pourquoi on n'admettrait pas que la scarlatine peut être sujette à rechute de la même façon que la fièvre typhoïde et la rougeole.

Comparaison n'est pas raison, surtout en pathologie; mais il nous semble qu'il n'y a pas d'argument décisif qui empêche actuellement d'admettre la réalité de la rechute pour la scarlatine comme pour d'autres pyrexies.

M. du Cazal (du Val-de-Grâce) rapporte un fait de **syphilis médullaire très précoce**. Des symptômes de tumeur cérébrale, avec épilepsie jacksonnienne, sont survenus quatre mois après le chancre syphilitique. M. Catrin cite un cas de myélite syphilitique vérifiée par l'examen histologique survenu au bout de six mois. M. Balzer a vu la paraplégie se montrer environ deux mois après un chancre d'aspect tout à fait bénin et disparaître sous l'influence d'un traitement intensif par les injections d'huile grise.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecin requis par des officiers de justice. Tarif des honoraires.

Nous recevons d'un de nos correspondants la lettre suivante :

Une explosion de dynamite se produit dans ma résidence : appelé par le juge de paix, je trouve un mort et six blessés. Sur place, le juge de paix me requiert pour l'examen du cadavre : je constate le décès, les mutilations, et reconstitue le cadavre avec les débris retrouvés.

Les blessés avaient été conduits dans une salle du petit hôpital, dont je suis chef de service ; je leur ai donné les premiers soins ; ils étaient peu grièvement atteints.

Le juge de paix procède à une enquête, et me requiert à nouveau, dans la même journée, mais deux heures après l'examen du cadavre, de procéder à une nouvelle visite des blessés. Je retourne à l'hôpital, je visite les six blessés, enfin, je dresse, de toutes mes opérations, un rapport de quatre pages in-quarto comprenant collectivement deux pages pour le cadavre, deux pages pour les blessés et l'énumération de leurs blessures, et je remets ce rapport au juge de paix.

Aujourd'hui se posent les questions suivantes :

1° Comment fixer la taxe des constatations faites sur les blessés ? Ils étaient six : est-ce six fois une visite avec premier pansement ou une seule visite collective à compter 8 francs, suivant le tarif de 1893 ?

2° Comment classer l'examen du cadavre et sa reconstitution au moyen des débris recouvrés ? N'est-ce pas là l'opération autre que l'autopsie, taxée 10 francs ?

3° Faut-il comprendre mon rapport dans le tout ou encore le faire entrer en ligne de compte pour 5 francs en sus, suivant la lettre du tarif ?

Nous allons répondre à ces trois questions :

1° Le médecin, qui visite plusieurs blessés, victimes du même accident ou du même crime, a-t-il droit à autant de visites avec premier pansement, qu'il y a de blessés ?

Le tarif du 21 novembre 1893 porte simplement ceci : pour *une visite avec premier pansement*, 8 *francs*.

Chaque blessé nécessite une visite personnelle, un pansement personnel, le médecin a donc droit à autant de fois 8 francs qu'il y a de blessés ;

2° Comment classer l'examen du cadavre et sa reconstitution au moyen des débris retrouvés ?

Je partage absolument sur ce point l'opinion de notre correspondant : la reconstitution du cadavre doit être rangée dans la classe des opérations autres que l'autopsie, et donne droit au tarif de 10 francs.

Il n'est dû au médecin que ce droit de 10 francs ; il ne peut réclamer en sus le droit de 8 francs pour visite préalable du cadavre.

Une circulaire ministérielle du 31 juillet 1894 a soin de préciser que le médecin peut *cumuler* le prix d'une opération ou autopsie, et celui de visite, si cette opération ou

autopsie est bien *distincte de la visite*; si, au contraire, elle a lieu au *cours* de la visite, il n'est dû au médecin que le tarif le plus élevé.

3° Coût du rapport :

La rédaction du rapport donne droit à une allocation spéciale, absolument distincte de celles accordées pour visites ou opérations.

Le médecin qui, à la suite de visites, dresse un rapport, a parfaitement le droit de réclamer l'application du tarif de 5 francs en sus du tarif de visite.

Ce tarif de 5 francs est un *tarif minimum*; il représente *une vacation*, dont le temps légal est de *trois heures*. Le tarif doit être augmenté, si le travail a nécessité plus d'une vacation, c'est-à-dire plus de trois heures.

(Décret de 1811, art. 22. Circulaire ministérielle du 31 juillet 1894.) Me Z... (*Bulletin médical.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. G. THIBIERGE.

Lupus éléphantiasique du membre supérieur, consécutif à une tuberculose des os de la main compliquée d'érysipèles récidivants (1).

Le malade qui fait l'objet de cette communication offre un exemple très remarquable d'un complexus symptomatique dont la nature est, à la vérité, bien déterminée, mais qui est d'observation assez peu courante et de notion également peu répandue.

A ce titre, il m'a paru mériter de vous occuper quelques instants. En outre, il me donnera l'occasion d'insister sur un point, trop souvent ignoré ou méconnu, de l'étiologie de la tuberculose tégumentaire et sur les relations qui unissent celle-ci à l'érysipèle.

H..., ouvrier en caoutchouc, âgé de trente-cinq ans, m'est adressé, le 11 mai 1896, à la consultation dermatologique de l'hôpital de la Pitié (2).

Il présente, sur le tégument, une série de lésions qui occupent le membre supérieur gauche, l'oreille gauche, le cou et la fesse gauche.

Les lésions les plus importantes, celles sur lesquelles je désire appeler tout spécialement votre attention, occupent le membre supérieur gauche.

L'avant-bras est le siège d'une *tuméfaction* considérable; les mensurations donnent les résultats suivants :

	A gauche.	A droite.
Circonférence du poignet.	24cm	18cm
Circonférence de l'avant-bras à la partie moyenne	30	25
Circonférence à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude.	33	27

La tuméfaction est à peu près régulière, quoique un peu plus accentuée à la partie postérieure; elle porte sur le tégument qui est à la fois œdématié et légèrement scléreux; elle s'arrête à la partie inférieure du bras, à 4 ou 5 centimètres au-dessus du coude, et y est limitée par une ligne circulaire.

La main présente sur sa face dorsale un léger degré de tuméfaction; en ce point, la sclérose dermique prédomine de beaucoup sur l'œdème. A la face palmaire, il n'y a ni tuméfaction, ni diminution des reliefs des éminences.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) Observation rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Guyot, externe du service.

La main offre des *déformations* très remarquables, portant exclusivement sur les doigts. L'auriculaire est réduit à sa troisième phalange : celle-ci, surmontée d'un ongle normal comme dimensions, mais un peu plus convexe que ses voisins et strié longitudinalement, est mobile sur le métacarpe; il semble que l'os, aplati transversalement, entre en contact avec la partie postérieure de la tête du métacarpien; à la face palmaire, la peau se prolonge sous la base de ce doigt, de façon à constituer un bourrelet analogue à celui sur lequel reposent les orteils.

L'index mesure 45 millimètres de longueur; il est réduit à la moitié environ de son diamètre transverse et recourbé, la concavité de sa courbure tournée vers le bord cubital et en arrière; il résulte de cette déformation que son extrémité libre correspond à la partie supérieure de la face dorsale de la première phalange du médius; son ongle, transformé en une corne noirâtre de 8 millimètres d'épaisseur sur 6 millimètres de largeur et 13 millimètres de longueur, est strié longitudinalement, recourbé en onychogriphose, il vient se mettre en rapport avec la base du médius et a déterminé, sur la face dorsale de ce dernier, une ulcération transversale de près de 1 millimètre de profondeur et de 5 à 6 millimètres de longueur.

Il résulte encore de cette modification dans la forme de l'index que le bord externe du médius n'est plus en rapport qu'avec la base de l'index et que le pouce, dans son mouvement d'opposition, vient se mettre en rapport avec les deux dernières phalanges du médius : le mouvement de préhension est, par suite, peu gêné, et le malade peut encore se livrer à des travaux manuels lui permettant de gagner sa vie.

Les téguments du membre sont le siège de lésions multiples : sur les doigts médius et annulaire, la peau est rouge, brillante, lisse, squameuse par places, à la face dorsale, mais en somme peu altérée; la peau qui recouvre le reliquat de l'auriculaire est saine; celle de l'index est atrophiée, dure, plaquée contre ce qui reste des phalanges.

Le pouce, sur sa face dorsale, est recouvert de squames épaisses, et, par places, principalement à la partie interne de sa base, de saillies acuminées, papillomateuses, peu développées.

Le dos de la main présente des squames blanches épaisses, disséminées, sans tendance à la formation de papillomes, sauf à la partie externe.

Les lésions cutanées sont plus développées à l'avant-bras, où l'on rencontre deux ordres d'altérations.

D'une part, des *placards papillomateux*, l'entourant audessus du poignet d'un bracelet complet, plus large à la partie externe, à la face antérieure et surtout à la partie interne où il mesure 6 centimètres de hauteur; au niveau du cubitus, les papilles d'une dureté cornée, acuminées, à base arrondie, sont plus larges et plus développées; elles atteignent jusqu'à 3 millimètres d'épaisseur et sont fortement adhérentes; dans les autres points du contour du poignet, elles ne dépassent guère 1 millimètre, mais sont partout très rapprochées, de façon à former une surface continue.

Sur la partie supérieure de l'avant-bras, la peau ne présente, en aucun point, l'aspect papillomateux.

Mais à la partie postérieure, on trouve des *nodules lupiques* caractéristiques, de la largeur d'un gros pois, avec leur coloration rouge jaunâtre, ne disparaissant pas par la pression, les uns de niveau avec la peau adjacente, les autres légèrement saillants; aucun d'eux n'est ulcéré, la plupart sont recouverts de squames blanches adhérentes, assez épaisses. Ces nodules lupiques sont disséminés à la partie inférieure de l'avant-bras, plus nombreux, confluents même par places, dans le tiers supérieur de l'avant-bras et dans sa région externe.

En outre, sur ses deux tiers inférieurs, la peau de la face

antérieure de l'avant-bras présente de nombreuses cicatrices superficielles, arrondies, ayant une grande analogie avec les cicatrices de brûlures.

Atrophie très notable des muscles du bras et du deltoïde. On ne trouve aucune trace d'adénopathie dans l'aisselle correspondante.

Outre ces lésions, on constate :

1° A la partie interne de la fesse et de la cuisse gauches, l'existence d'un immense placard lupique, en grande partie cicatrisé, mais dont l'activité se traduit encore par la présence de trois plaques rouges, dont l'une mesure 15 centimètres de long sur 3 de large;

2° Au niveau du lobule de l'oreille gauche, une infiltration et des nodules lupiques caractéristiques ;

3° A la joue gauche, des cicatrices d'abcès correspondant à l'os malaire et à la branche montante du maxillaire et une diminution considérable du volume de ces os, donnant lieu à une déformation qui rappelle l'aspect de l'hémiatrophie faciale;

4° A la région sterno-mastoïdienne droite, les cicatrices de plusieurs abcès ganglionnaires, dont l'un, remontant à deux mois, n'est pas encore tari.

Le malade est maigre, mais ne présente des signes d'aucune lésion viscérale, et, en particulier, pas trace de tuberculose pulmonaire.

Il ne peut donner de renseignements sur la santé de son père qu'il n'a pas connu; sa mère est bien portante, robuste, et d'un fort embonpoint. Il a trois sœurs qui jouissent d'une bonne santé.

Il a été élevé chez une nourrice qui habitait, au faubourg Saint-Antoine, un logement mal aéré et a été fort mal soigné pendant son enfance.

Vers l'âge de cinq ans, peut-être même plus tôt, il a commencé à avoir, à l'index et à l'auriculaire gauches, des fistules suppurant continuellement et par lesquelles, à ce que lui a dit sa mère, sont sortis des fragments d'os. Il a toujours eu, depuis l'âge le plus tendre dont il ait conservé le souvenir, ses doigts dans l'état de déformation où ils sont actuellement. Vers l'âge de sept ans, l'écoulement se tarit au niveau des doigts et la suppuration se fit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; puis, il se produisit une ulcération qui, du dos de la main, s'étendit sur l'avant-bras et en gagna progressivement toute l'étendue.

Cette ulcération finit cependant par se réparer; vers l'âge de huit ans, l'avant-bras commença à augmenter de volume et, vers l'âge de dix ans, apparurent les ulcérations dont on voit les cicatrices à sa face extérieure ; vers l'âge de quinze ans, lorsque H... commença à travailler, apparurent les plaques papillomateuses de l'avant-bras.

Depuis fort longtemps, le malade ne peut en préciser le début, surviennent à intervalles assez rapprochés, environ un mois, des attaques d'érysipèle caractérisées par un gonflement avec rougeur occupant d'abord le dos de la main, ordinairement à sa partie moyenne, puis remontant vers le coude, accompagnées de frissons, de fièvre, de lassitude générale, le tout durant environ deux jours.

Les autres lésions de la surface du corps sont postérieures à celles de la main et de l'avant-bras gauches : elles ont débuté, celles de la fesse vers l'âge de douze ans, celles de l'oreille vers l'âge de vingt-huit ans; seules, celles de la région sterno-mastoïdienne datent de l'enfance, à une époque que le malade ne peut préciser; vers l'âge de quatorze ans, elles avaient cessé de suppurer et c'est seulement il y a un an qu'elles sont repassées à l'état d'activité.

Le diagnostic de cette affection ne saurait laisser de doutes : il s'agit manifestement de cette forme de tuberculose cutanée décrite sous le nom de lupus éléphantiasique des membres. On y trouve réunis non seulement l'état éléphantiasique, les nodosités lupiques, ici très manifestes, qui en constituent les éléments essentiels, mais encore deux caractères, accessoires au premier abord, en réalité capitaux au point de vue du diagnostic : l'état papillomateux, très différent de celui que l'on observe dans les autres formes d'éléphantiasis et en tous points analogue à celui qui constitue la tuberculose verruqueuse, et — surtout — les déformations des doigts, reliquats d'ostéites tuberculeuses.

D'une part, la présence de la papillomatose cutanée et les caractères des déformations des doigts; d'autre part, l'absence de tubercules lépreux et de troubles de sensibilité permettent d'éliminer sans hésitation le diagnostic de lèpre, le seul qui puisse être ici mis en cause.

Le lupus éléphantiasique est bien connu des dermatologistes; mais il s'observe plus rarement au membre supérieur qu'au membre inférieur, qui sert de type pour sa description; de cette rareté relative, il faut chercher l'explication sans doute dans la facilité bien plus grande avec laquelle le membre inférieur, mal outillé contre les effets des obstacles à la circulation de la lymphe, comme à celle du sang veineux, les traduit sous la forme d'éléphantiasis.

Mais, si cette variété clinique du lupus est aujourd'hui bien classée, de diagnostic facile et à l'abri de toute cause d'erreur, elle n'en est pas moins peu connue et j'espère que cette présentation, en le montrant sous une forme particulièrement intéressante et une localisation peu fréquente, aidera à la vulgarisation de son existence et de ses caractères diagnostiques.

Les renseignements que le malade fournit sur l'évolution de sa maladie nous ont permis d'en reconstituer les différentes phases : le point de départ a été manifestement une tuberculose osseuse des doigts, atteints de spina ventosa. Semblable filiation est habituelle dans le lupus des membres, à telle enseigne que l'existence de déformations des doigts ou des orteils, des grilles métacarpienne ou métatarsienne, en est un des éléments diagnostiques les plus importants et cependant, malgré cette constatation, les rapports de chronologie entre la lésion osseuse et l'état tégumentaire ont été longtemps méconnus, la tuberculose cutanée étant réputée responsable de l'altération osseuse.

Les observations de Besnier et Renouard (1), de Jeanselme (2), de Cronier (3), de Morel-Lavallée (4), d'Arnozan (5), de Leloir (6), d'Adenot (7), etc., ont mis hors de doute que la tuberculose lupique est, dans bon nombre de cas, la conséquence de l'ouverture de foyers profonds, ganglionnaires,

(1) Renouard. *Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose*, Th. de Paris, 1884.

(2) Jeanselme. Inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés profonds, Congr. pour l'étude de la tuberculose, Paris 1888; *Comptes rendus*, Paris 1889, p. 338.

(3) Cronier. *Inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds*, Th. de Paris, juillet 1889.

(4) Morel-Lavallée. Scrofulo-tuberculose de la peau, *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de Verneuil*, t. II, p. 125.

(5) Arnozan. Du lupus de la joue, consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale, par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale, *Arch. d'ophtalm.*, 1891, p. 496.

(6) Leloir. *Traité pratique théorique et thérapeutique de la tuberculose*, Paris 1892, p. 283.

(7) Adenot. De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées, *Rev. de chir.*, oct. 1893, p. 832.

osseux ou simplement hypodermiques. Pilliet (1) a montré que, même en l'absence de tubercules cliniquement appréciables, le tégument, au voisinage d'une fistule liée à une ostéopathie tuberculeuse, offre des lésions microscopiquement tuberculeuses, de même que les vaisseaux, les nerfs, les muscles voisins d'une tuberculose ostéo-articulaire sont entourés d'une gangue tuberculeuse, voire même pénétrés par elle.

Mais ces faits sont, au moins pour ce qui concerne l'extension directe d'un processus tuberculeux profond à la peau, l'origine sous-cutanée du lupus, considérés comme des exceptions : il n'est donc pas déplacé d'en apporter un nouvel exemple.

A vrai dire, presque tous les cas de tuberculose lupique pourraient servir de démonstration de ce fait. Depuis que je recherche avec persistance les antécédents de tuberculose profonde chez les malades atteints de lupus, il est exceptionnel que je ne les trouve pas : c'est au voisinage d'une adénopathie suppurée, d'un foyer de tuberculose osseuse ouvert à l'extérieur, d'une fistule lacrymale, tuberculeuse primitivement ou par infection d'origine nasale, c'est du fait ou au pourtour d'une tuberculose de la pituitaire (2) que se développent l'immense majorité des lupus. La peau, chacun le sait, prend mal le bacille de Koch : que ce soit par insuffisance nutritive du terrain cutané, ou par suite des conditions de température spéciales au tégument, il y germe mal ; il semble n'y germer que sous des conditions particulières, lorsque, par culture en tissu profond et adaptation au milieu chimique de chacun de nous, il a acquis une virulence particulière ; lorsqu'une fois il a acquis cette virulence spéciale, il la conserve, et, au hasard d'inoculations multiples, il produit des lupus multiloculaires, ainsi que nous les voyons chez ce malade, ainsi que cela d'ailleurs s'observe chez maint et maint lupique.

Mais, venu du dehors, le bacille tuberculeux est bien plus rarement lupogène : ce qu'il fait, alors, c'est la tuberculose verruqueuse, c'est ce que nous connaissons depuis longtemps sous le nom de tubercule anatomique, lequel semble être une forme de souffrance de la tuberculose cutanée, une forme qui, dans la hiérarchie des virulences tuberculeuses, prend rang après le lupus.

Notre malade a eu, depuis une époque fort éloignée, un nombre considérable d'érysipèles ; ne nous les décrirait-il pas nettement, nous serions en droit d'en admettre l'existence, car l'éléphantiasis est, quelles que soient ses associations pathologiques, le symptôme d'une oblitération des voies lymphatiques, laquelle, lorsqu'elle n'est pas liée à la présence de la filaire, est fonction de streptococcie.

Ce point mérite d'être noté : on a en effet attribué à l'érysipèle un rôle utile dans le lupus et, partant de là, on a proposé de traiter le lupus par l'inoculation de l'érysipèle : que, dans quelques cas, l'érysipèle ait temporairement effacé des lésions lupiques, cela est incontestable ; mais que son action ait été durable, qu'elle ait amené la guérison définitive d'un lupus, voilà ce que personne n'a, je crois, jamais établi, Et pourtant, si cela était, il ne serait pas difficile d'en fournir la démonstration, étant donné l'excessive fréquence avec laquelle les lupiques sont atteints d'érysipèle : dans la clientèle hospitalière, il est rare de rencontrer un lupique qui, à un moment donné de sa longue existence morbide, n'ait pas fait connaissance avec le streptocoque ; en ville même, pour moins fréquente qu'elle soit, l'association microbienne en question est encore souvent observée.

Les cas semblables à celui que je vous présente montrent que, loin de chercher à provoquer sur le tégument la rencontre du bacille de Koch et du streptocoque, on doit l'éviter par tous les moyens possibles, l'apparition de ce dernier peut être l'origine de lésions éléphantiasiques qui, en s'ajoutant au lupus, superposent à une maladie rebelle une difformité non moins persistante et plus gênante encore.

(1) Pilliet. Étude sur les lésions diffuses des membres dans la tuberculose articulaire, *Arch. de méd. expérim.*, 1894, p. 769.

(2) M. Besnier insiste sur la fréquence de la perforation de la cloison des fosses nasales chez les lupiques ; fréquence qui doit être rapprochée de la présence si habituellement constatée par M. Straus du bacille de Koch sur la pituitaire.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à l'étude du sommeil physiologique. — Czerny, à qui est due l'observation que nous rapporterons plus loin, fait remarquer, dans les quelques lignes qui précèdent l'exposé des conclusions inattendues auxquelles il arrive, que l'opinion qui veut que la circulation cérébrale soit plus active pendant le sommeil est, pour la première fois, appuyée d'un fait clinique ; que, du reste, les faits qui militent en faveur de l'anémie cérébrale dans le même état, sont entachés d'erreur puisqu'il s'agit, la plupart du temps, d'observations recueillies sur des malades endormis au moyen d'artifices, avec le chloroforme par exemple. Quant aux trois observations de Mosso, recueillies sur des malades, qui, du reste, comme dans sa propre observation, avaient des pertes de substance de la boîte cranienne permettant l'analyse des pulsations cérébrales et invoquées par leur auteur en faveur de la théorie de l'ischémie, l'auteur en fait la critique, disant que, dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, dormant mal, que le moindre frôlement éveillait et à qui on était obligé ensuite de donner du chloral pour la faire dormir ; dans le second, d'un enfant de seize ans épileptique qui dormait habituellement mal et ne tombait, dans un état voisin du sommeil, qu'après ses crises, si bien qu'il s'agissait alors d'un état soporeux tout particulier; quant au troisième cas, Czerny se borne à dire, un peu brièvement peut-être, que l'homme âgé qui servait de base d'observation dormait bien de temps en temps, mais que son sommeil n'était jamais profond et toujours de courte durée.

L'observation elle-même a trait à un enfant, sujet favorable, comme le fait remarquer Czerny, pour des expériences de ce genre, le sommeil, à cet âge, n'en étant pas troublé.

L'enfant qui est en jeu, Lina L..., était âgée de vingt mois. Fort bien portante malgré une alimentation artificielle, jusqu'à l'âge de neuf mois, époque à laquelle elle était tombée d'une assez grande hauteur dans un escalier des bras d'un enfant de douze ans, elle avait alors subi une perte de connaissance immédiate ayant duré une demi-heure ; dans les huit jours qui suivirent, enflure de toute la tête et fièvre intense, symptômes qui allèrent en s'atténuant dans le courant de la semaine suivante. Le médecin qui la vit fit le diagnostic de fracture du crâne, mais ne retira cependant aucun fragment d'os, se bornant à des applications de glace sur la tête.

Quand Czerny vit l'enfant (1er août 1895) elle pesait 9850 grammes, était plutôt forte ; son pouls et sa température étaient normaux. Au niveau du pariétal droit, une portion du crâne faisait défaut. (L'observation note que cette particularité n'existait pas avant l'accident.) Au même point, la palpation décelait une bosselure rénitente, particulière-

ment élastique lors des efforts exécutés par l'enfant pour crier et limitée par un rebord osseux ovalaire, dont les distances d'un bord à l'autre étaient de 13 centimètres dans le sens antéro-postérieur, de 3 centimètres dans le sens transversal. Ce rebord était du reste émoussé, arrondi. Au centre de la région en question, on sentait une petite rondelle osseuse répondant à une portion du cuir chevelu, cicatricielle et dégarnie de cheveux, seul vestige de l'os résorbé tout à l'entour comme on l'observe de temps en temps dans le jeune âge, à la suite de grands traumatismes.

Du reste l'enfant était par ailleurs bien constitué; son cerveau fonctionnait normalement; pas de troubles de la sensibilité; réflexes conservés; pas de troubles de la vue. Il existait seulement une certaine paresse peu accentuée du bras gauche sans atrophie musculaire.

L'enfant dormant bien, se nourrissant et se développant convenablement, Czerny le jugea propre à l'étude qu'il voulait tenter.

Dans ce but, il fixa sur la bosse pariétale, au moyen de bandes de diachylon, une capsule (?) reliée, par un manomètre à air, à un tambour enregistreur doué d'un mouvement de rotation lent, sur lequel s'inscrivaient les pulsations cérébrales. Ce dispositif simple lui suffisait puisqu'il ne tenait à enregistrer que leur degré d'amplitude sans autre caractère. L'enfant, agité au moment de l'application de l'appareil, le supportait ensuite très bien, même pendant le sommeil, parce qu'il avait pris l'habitude de dormir sur le côté gauche ou sur le dos.

A l'état de veille, les pulsations cérébrales déterminèrent des fluctuations lors des mouvements corporels et de l'activité cérébrale, comme Mosso l'avait vu et décrit. Bien que, chez l'enfant, les alternatives d'attention et de repos absolu nécessaires pour l'expérience fussent difficiles à obtenir, Czerny réussit à éluder la seconde de ces difficultés en prenant le tracé cérébral de l'enfant au moment où on le déposait au lit fatigué à la fin de la journée; il constatait à ce moment une série de pulsations de petite amplitude, atteignant cependant toujours un niveau supérieur à celles obtenues dans les courts intervalles de calme absolu réalisés dans le courant de la journée.

Au moment même où l'enfant fermait les yeux et où la respiration prenait son rythme caractéristique de l'envahissement du sommeil, l'amplitude des pulsations augmentait rapidement, atteignant son maximum lors de la première demi-heure écoulée, c'est-à-dire au moment où le sommeil est le plus profond, puis diminuant d'amplitude à mesure de l'approche du réveil, tout en restant toujours plus élevée que dans l'état du repos, jusqu'à ce qu'une chute complète se produise au moment même du réveil, que celui-ci ait d'ailleurs lieu naturellement ou qu'il ait été provoqué. (Le tracé que l'auteur joint à l'article est fort démonstratif et montre clairement les différences d'amplitude pendant la veille et le sommeil, tout au profit de ce dernier.) Ainsi, ajoute Czerny, se trouve contredite l'opinion de Mosso qui attribuait les élévations du tracé obtenues pendant le sommeil à l'influence des rêves; car alors, il faudrait supposer que dans mes expériences répétées l'enfant eût refait toujours le même rêve. Comme, d'autre part, il est démontré que les pulsations, correspondant à des augmentations de volume du cerveau, sont la conséquence directe de l'afflux sanguin, il résulte clairement de l'observation citée plus haut que, pendant le sommeil, il y a hyperhémie cérébrale. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, Band XLI, Heft 3, 1896.)

De l'iléus. — Sous ce titre Naunyn envisage une série de points touchant la question de l'occlusion intestinale, surtout en ce qui a trait aux indications opératoires et au diagnostic. Les principaux sont les suivants :

1° A quel moment de l'occlusion faut-il intervenir? Naunyn y répond par une statistique de 288 cas, recueillis un peu partout, qui lui permet d'affirmer que les meilleurs résultats sont obtenus si l'on opère un jour ou deux après le début de l'occlusion. Le chiffre des guérisons tombe de 70 à 34 p. 100, baisse de moitié, si l'on opère le troisième jour. Plus tard le pronostic de l'opération est beaucoup plus sombre.

2° Le diagnostic différentiel entre l'iléus et la simple constipation repose sur la perméabilité persistante de l'intestin pour les gaz dans le second cas. Beaucoup plus délicats sont les diagnostics du tympanisme hystérique joint à la constipation et de la péritonite aiguë : dans le premier cas, les vomissements, le mauvais état général et le péristaltisme d'une anse fixe de l'intestin feront défaut; dans le second, le diagnostic se fera par l'absence du péristaltisme visible ou sensible de l'intestin, par un commencement de fièvre et surtout grâce à la notion étiologique d'un point de départ stomacal ou appendiculaire. La présence d'indican dans les urines est sans valeur diagnostique.

3° Pour ce qui est du niveau de l'obstacle dans la cavité abdominale, ce sont encore les mouvements péristaltiques qui restent le meilleur guide. Quant au siège précis anatomique par rapport à l'intestin, il ne peut guère être diagnostiqué avec certitude que pour le duodénum ou le côlon pelvien. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 18.)

PAUL VIOLLET.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

313. Mlle GUILLARMOU. Valeur hémostatique de certains mouvements musculaires contre les méno et métrorragies chroniques. — 314. M. DELANGLADE. De la luxation congénitale du fémur. — 315. M. COMBRET. De l'épilepsie larvée. (Symptômes et diagnostic.) — 316. M. GRAILLE. Étude sur les calculs salivaires du canal de Warthon. — 317. M. CHAMPENOIS. Étude critique du traitement des kystes hydatiques du foie. Avantages des incisions larges. — 318. M. DEZANNEAU. Du rhumatisme blennorragique et de son traitement. — 319. M. BONHOMMET. Des lymphangiectasies cutanées et particulièrement d'une forme lymphorragique végétante avec éléphantiasis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boudou, maire de Montech et conseiller général de Tarn-et-Garonne; Crouzet (de Neuilly); Nicolas-Félix Grosjean, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Nancy, dans sa quarante-huitième année, à la suite d'une courte maladie, et de M. le docteur Eug. Michel (de Martigues).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires**, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans: NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

LACTOPHÉNINE

ANTIPYRÉTIQUE – ANTINÉVRALGIQUE

Effet thérapeutique spécial dans la Fièvre typhoïde

La Lactophénine est un dérivé de la *Paraphénétidine* et ressemble par sa composition chimique à la *Phénacétine* avec cette différence que le radical *Acétique* est remplacé par le radical *Lactique.*

« La LACTOPHÉNINE est exempte des effets secondaires nuisibles « des autres antipyrétiques (phénacétine, antipyrine, antifébrine, etc.), et a « l'avantage d'agir très vite et d'être bien tolérée par les malades qui « ne peuvent supporter les autres médicaments. La dose moyenne est de « 1g50 par jour en 2 fois. Dose maxima : 3 grammes. »

Rapport de M. le Dr LANDOWSKY à la Société de médecine. Expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. le Profr Proust.

Exiger le cachet MIDY. — La LACTOPHÉNINE *est vendue chez tous les Droguistes, en boîtes de 25 gr. seulement.*

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général du système nerveux, Neurasthénie, Phosphaturie.

1° NEUROSINE – SIROP
2° NEUROSINE – GRANULÉE
3° NEUROSINE – CACHETS

Débilité générale, Migraines, Névralgies, Dépression du système nerveux.

Dépôt général : CHASSAING & Cie, Paris, 6, Avenue Victoria.

PRODUITS RIEDEL

SALIPYRINE

($C^{13}H^{16}N^2O^4$) Dose 3 à 8 gr. par jour

RHUMATISMES, NÉVRALGIES, SCIATIQUES

TROUBLES MENSTRUELS

THIOL liquide et en poudre

MALADIES DES FEMMES
ECZÉMAS
MALADIES de la PEAU
de la GORGE et du NEZ, BRULURES.

Brochures et Echantillons sur demande.

M. REINICKE, 39, R. Ste-Cx de la Bretonnerie, Paris

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIE DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.



OBJETS DE PANSEMENTS

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES, PLUMASSEAUX-ÉPONGES

DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY,* Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

TISSUS PHARMACEUTIQUES

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ※, 2 *bis,* rue Blanche, Paris.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— *LYON* —



Pour prix et litterature demander le prospectus



Breveté s.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Joannès Chatin, dans une conférence d'un style clair et élégant, a fait connaître dans ses moindres détails la biologie de l'huître. Nous savions que ce mets de luxe devenait parfois dangereux. Nous savons maintenant que l'huître a plusieurs façons à elle d'être nocive. Hâtons-nous d'ajouter que ses dangers peuvent être assez facilement évités pour la plupart. C'est aux ostréiculteurs, s'ils comprennent bien leurs intérêts, qu'il appartient de prendre les mesures nécessaires, mesures qui leur seront indiquées pour rendre les huîtres inoffensives autant qu'agréables.

M. Panas a raconté l'histoire d'un sarcome de l'œil dont le développement, d'abord intra-oculaire puis intra-orbitaire, a présenté ceci de particulier que la nature histologique de la tumeur a varié suivant le milieu dans lequel elle s'est développée.

MM. Le Dentu et Fournier ont présenté de nouvelles épreuves radiographiques tout à fait remarquables. Les progrès accomplis dans cette nouvelle branche de la science marchent avec une rapidité merveilleuse. On arrive déjà aujourd'hui à des résultats surprenants.

M. Berger a présenté deux malades qui avaient été défigurés par des brûlures étendues de la face. La greffe autoplastique, à l'aide d'un lambeau pris sur l'avant-bras, a donné d'excellents résultats.

M. d'Audiffret a posé à l'Académie la question de savoir s'il existe, dans l'espèce humaine, une maladie comparable à l'avortement épizootique de la race bovine. M. Porak, dans un rapport, a conclu qu'il n'y avait aucune comparaison à établir entre l'avortement épidémique qui a été constaté chez la femme et l'avortement épizootique de la race bovine.

Ne peut fabriquer des sérums qui veut. Dans un rapport dont les conclusions ont été approuvées par l'Académie, M. Straus a désigné de la façon la plus formelle les sérums dont la vente serait autorisée aussi bien que ceux dont la vente serait interdite.

L'Académie a nommé un membre associé libre. M. Roux s'étant présenté, son élection ne pouvait faire aucun doute. Il a été nommé avec une énorme majorité. Tout le monde applaudira à ce choix.

HOTEL-DIEU. — M. RICARD.

Traitement des luxations anciennes (1).

Parmi les intéressants malades entrés dans nos salles, je choisirai surtout comme sujet de cet entretien le malade couché au lit n° 5 de la salle Saint-Landry et qui est porteur d'une luxation assez ancienne de l'épaule. Ce cas me servira à établir devant vous le diagnostic parfois délicat des variétés de cette affection et à passer en revue les différentes méthodes qui ont été appliquées au traitement de cette affection.

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, vigoureux, bien portant, qui, il y a un mois, à la suite d'une chute, se fit une luxation de l'épaule droite. Je n'insiste pas sur l'utilité qu'il y eût eu à établir un diagnostic ferme et les difficultés que nous allons rencontrer dans la réduction me dispenseront de m'étendre plus longuement sur la nécessité d'un diagnostic précoce : toute journée perdue aggrave le pronostic. Cet homme consulta : on crut à une simple contusion. L'impotence, de passagère, devint permanente et il se trouve aujourd'hui dans de fort mauvaises conditions de travail.

Comme vous le voyez, le moignon de l'épaule est déformé, la hauteur de la paroi antérieure de l'aisselle est plus considérable ; le creux sous-claviculaire a disparu et est remplacé par une saillie, l'acromion surplombe un méplat, la glène est vide ; le coude est dans une abduction de quatre à cinq travers de doigt, qu'il est difficile de corriger. Dès l'abord, il est facile de reconnaître les signes classiques d'une luxation et celle-ci étant bien évidemment une luxation en avant, je chercherai seulement à préciser le diagnostic entre les diverses variétés des luxations antérieures, c'est-à-dire sous-claviculaire, la plus rare, intra-coracoïdienne, sous-coracoïdienne et extra-coracoïdienne.

En fait, si le diagnostic est quelquefois facile, il est, le plus souvent, fort délicat. Nous n'avons point évidemment affaire à une luxation sous-claviculaire dont les signes sont assez caractéristiques ; l'hésitation est possible entre une intra et une sous-coracoïdienne : on sait que le pronostic de

(1) Cette leçon a été recueillie et rédigée par M. Thiéry, alors chef de clinique du professeur Verneuil.

ces deux variétés, au point de vue des difficultés de la réduction, diffère sensiblement.

Me fondant sur ce fait que la coracoïde se trouve sur le prolongement de la paroi latérale du thorax, je ne m'efforce pas de chercher cette apophyse, masquée très souvent par le gonflement ainsi que par la saillie de la tête, j'applique une attelle le long du thorax et l'attelle vient soit rencontrer la tête humérale, soit passer en dehors, soit en dedans : j'en conclus, suivant ces cas, que je suis en présence d'une sous-coracoïdienne ou d'une intra-coracoïdienne.

Dans le cas actuel, nous sommes donc, l'expérience étant répétée, en présence d'un diagnostic ferme, que je formulerai :

Luxation intra-coracoïdienne méconnue, datant de un mois, chez un sujet de cinquante-six ans, vigoureux et bien portant.

Quelles sont les indications opératoires et d'abord y a-t-il indication d'intervenir?

Lorsqu'on se trouve en présence d'une luxation ancienne non réduite, la réponse est presque toujours affirmative : il faut intervenir, mais il ne faut pas oublier qu'il peut exister toutefois quelques contre-indications à l'intervention et que les contre-indications peuvent se tirer : 1° de l'âge du sujet; 2° de la présence d'une néarthrose; 3° de l'état des os et des muscles.

J'insisterai peu en ce qui concerne l'âge : il est bien évident qu'un vieillard, sur le déclin de la vie, n'est point passible d'une intervention toujours un peu brutale et qui nécessite toujours l'emploi du chloroforme. Mais notre malade a cinquante-six ans, il est vigoureux et son âge ne saurait être un prétexte pour différer le traitement.

En second lieu, il peut s'être produit, si la luxation est très ancienne, une nouvelle articulation. D'ailleurs Sédillot a déjà bien insisté sur les déformations, sur l'aplatissement possible de la tête luxée; on connaît les végétations ossiformes et périostiques des lambeaux capsulaires déchirés; d'autre part, la glène soustraite à la compression, au contact de la tête humérale, s'est comblée et, dans ces cas, ou bien la tête ne peut plus s'adapter à la cavité glénoïde, ou bien celle-ci ne peut plus recevoir la tête : la luxation est devenue permanente et s'est créé une sorte d'adaptation physiologique nouvelle, une néarthrose, qui peut servir au rétablissement parfois presque intégral des fonctions du membre.

Enfin l'état d'amaigrissement des muscles, la dégénérescence des os devenus fragiles, exposés à la fracture lors des tentatives de réduction, constituent encore une contre-indication.

Fort heureusement, nous n'avons point à compter avec ces facteurs; notre homme est âgé de cinquante-six ans, il est vigoureux, la luxation est encore assez récente et, fût-elle plus ancienne, il faut bien savoir que le travail réparateur est exceptionnellement parfait en ce qui concerne les luxations non réduites.

Il faut donc bien certainement intervenir et c'est le choix du procédé que nous allons maintenant discuter.

Je classerais volontiers les interventions en trois catégories : les procédés de douceur, les procédés de violence et les procédés sanglants.

Bien que je puisse à bon droit redouter leur échec dans le cas qui nous occupe, les procédés de douceur doivent toujours être les premiers employés, et parmi eux le procédé bien décrit par Kocher, et qui consiste dans les trois temps d'adduction, de rotation et de coaptation que vous connaissez, me paraît un des plus simples et des plus rationnels. Nous l'essaierons donc d'abord, mais nous rappelant bien que si, pour les luxations récentes, la conduite à tenir est discutable, il ne saurait en être de même pour les luxations anciennes et qu'il faut, de prime abord, endormir le malade au double point de vue de la suppression de la douleur et des contractures musculaires. Le procédé de Kocher, quoique bon, est d'ailleurs infidèle en ce qui concerne les luxations intra-coracoïdiennes qui, alors même que récentes, sont toujours difficiles à réduire.

Parmi les procédés dits de force, ou mieux de violence, j'appellerai votre attention sur le procédé de Richet, qui mobilisait avec force la jointure, au mépris des craquements et des ruptures ligamenteuses, pour rompre les adhérences, et, après cette rupture, appliquait alors la traction énergique, quoique plus lente, produite par des mouffles, des aides ou des tubes de caoutchouc.

Les mouffles et l'appareil d'Hennequin constituent des appareils précieux, auxquels j'aurais volontiers recours, car ils permettent de graduer la force de traction et de l'élever à un degré auquel les aides ne peuvent guère prétendre atteindre, avec la même sécurité pour le malade. Cependant, vu leur défaut, j'emploierai des aides dont l'effort devra répondre aux trois desiderata d'être lent, continu et soutenu : c'est le seul moyen d'obtenir, sans appareil, une traction énergique et luttant efficacement contre la tonicité, la rétraction et la contracture musculaire. Je ne fais que mentionner l'appareil à la fois extensif et contre-extensif de Jarvis, aujourd'hui peu employé. Enfin je vous signale à nouveau l'utilité de l'anesthésie chloroformique et l'utilité d'une anesthésie totale et parfaite, en dehors de laquelle le patient court, à mon avis, des risques sérieux d'accidents et d'alertes chloroformiques. Vous savez combien les accidents de cette nature sont fréquents pendant la réduction des luxations et je serais enclin à penser que cela tient parfois à l'impatience du chirurgien qui intervient avant la production complète de la résolution.

Enfin si les méthodes de force ont échoué sur notre malade, il nous faudrait recourir, en dernier ressort, aux interventions chirurgicales proprement dites, dont les variétés sont nombreuses, mais l'application rare, moins rare cependant depuis l'ère antiseptique.

Les sections sous-cutanées dont Weinhold avait déjà, en 1819, préconisé l'usage à la suite de plusieurs succès, que reprirent Dieffembach et Simon, ont été à nouveau mises en pratique par M. Polaillon dès 1882 et ce chirurgien en a publié plusieurs beaux résultats, en même temps qu'il s'est étendu sur le manuel opératoire dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* de cette époque. Daniel Mollière, en 1886, avait suivi cet exemple et publié des succès. Malgré cela, cependant, je ne suis point tenté d'y recourir : les sections faites un peu à l'aveugle, sans points de repère suffisamment précis, me paraissent devoir être souvent inutiles et quelquefois dangereuses.

Quant à l'arthrotomie, si souvent pratiquée déjà par Langenbeck, Volkmann, Ollier, Annandale (d'Edimbourg), Ch. Nélaton, Lister, Quénu et Kocher lui-même, c'est une méthode aussi logique qu'audacieuse.

Je crois même que, dans les cas les plus difficiles, le chirurgien est autorisé, à la faveur de l'arthrotomie, à pratiquer à la curette, au ciseau et au maillet, comme je l'ai fait avec succès pour la hanche, un évidement de la glénoïde, à libérer la tête luxée de ses attaches fibreuses nouvelles et à la réintégrer dans sa cavité articulaire : c'est ce qu'a fait Lister avec succès.

Enfin il est un pis aller : c'est la résection. Mais elle ne doit point être appliquée à tous les cas et l'indication en est rare : je crois que celle-ci réside surtout dans les phénomènes douloureux de la compression vasculaire et nerveuse. C'était le procédé ancien dont l'arthrotomie a de beaucoup réduit les indications.

Je mentionnerai encore l'ostéotomie de l'humérus et l'ostéoclasie préconisée par Després, toutes deux dans le but d'obtenir une pseudarthrose.

En résumé, je me conformerai aux préceptes suivants : 1° emploi des procédés simples de douceur qui seront probablement inefficaces ; 2° emploi des méthodes de force ; 3° enfin, en cas d'échec, j'aurai recours aux procédés sanglants, en donnant parmi eux la préférence à l'arthrotomie et réservant la résection dans les cas où il existerait des indications spéciales (1).

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Plaie de la région parotidienne par une flèche d'arbalète.

Par le docteur Eugène Rochard,
Chirurgien des hôpitaux.

L'observation que nous relatons nous a paru intéressante par l'origine qui a déterminé la plaie et le peu de dégâts vasculaires occasionnés, étant donné la région parotidienne dans laquelle la blessure a été produite.

Il s'agit d'une flèche d'arbalète frappant à plus de 40 mètres un tireur qui regardait la cible, pénétrant dans la région parotidienne, sectionnant le nerf facial et allant se loger dans la fosse ptérygo-maxillaire, à une profondeur de 7 centimètres environ, sans produire la moindre hémorragie, la moindre lésion vasculaire.

Voici l'observation prise par M. Larrieu, interne du service de M. Périer, à l'hôpital Lariboisière.

A Fresnay-le-Grand (Aisne) se trouve un tir à l'arbalète. Les flèches, longues de 50 centimètres, viennent frapper le but, distant des tireurs de 50 mètres, avec assez de force pour disparaître entièrement dans des bottes de paille très serrées, placées immédiatement derrière la cible en papier.

Le dimanche soir, 26 avril, à cinq heures, le nommé M... (Alfred) assistait au tir. Placé à 40 mètres de ses camarades, à 10 par conséquent du but, mais à 7 mètres à droite de la ligne de tir, il avait la poitrine face à cette ligne, la tête tournée à droite, regardant le but, et un peu inclinée sur le cou, position importante à déterminer, à cause de la direction suivie par le projectile.

Par suite de la maladresse d'un tireur, une flèche vint frapper M. M..., immédiatement en avant du tragus gauche, s'enfonça dans la face avec une telle force que le blessé brisa la flèche au ras de son embout en corne, qui fut perdu dans la face.

M. M... prit immédiatement le train pour Paris, et entra à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Périer, que j'avais l'honneur de suppléer. Il présentait une plaie longue de 2 centimètres à peine, située immédiatement en avant du conduit auditif externe, et de plus une hémiplégie faciale gauche et complète.

L'exploration de la cavité buccale ne dénote rien de particulier, les mouvements du maxillaire inférieur sont libres, le stylet pénètre à une profondeur de 3 à 4 centimètres, et laisse percevoir un corps dur profondément enclavé.

Le mardi matin, 28 avril, après anesthésie par le chloroforme, et après avoir tout préparé en vue d'une ligature possible de l'artère carotide, l'incision est agrandie en haut et en bas, dans le sens vertical que lui avait donné la flèche ; il n'y avait pas ici à ménager le facial déjà sectionné par le corps étranger.

Cette incision faite, le trajet put être exploré, et, à 3 centimètres de profondeur, la sonde cannelée buta sur un corps dur et inégal.

Une pince tire-balle fut introduite, le corps étranger fut saisi et fut extrait non sans qu'il fût nécessaire d'exercer une certaine violence. Pas la moindre hémorragie.

C'était bien l'extrémité de la flèche formée par un tronc de cône en corne mesurant 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre à peu près de largeur.

Le petit doigt put alors pénétrer dans le trajet et l'explorer. Il était obliquement dirigé en avant, en dedans et un peu en bas. La flèche avait donc pénétré derrière le condyle du maxillaire inférieur, pénétré dans la loge parotidienne en sectionnant le nerf facial, et était venue s'arrêter dans la fosse ptérygo-maxillaire.

La pulpe du doigt sentait, en effet, distinctement en dehors, la branche montante du maxillaire inférieur, et, en dedans, une apophyse osseuse d'où partaient des ligaments et des muscles, et qui n'était autre que l'apophyse styloïde et le bouquet de Riolan.

Un peu de pus s'était formé dans ce trajet, et un lavage au sublimé fut pratiqué dans son intérieur ; le tout fut bourré à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples, et trois jours après, le malade regagnait son village, ne conservant que sa paralysie faciale.

Deux points sont particulièrement intéressants dans cette observation : d'abord la force de pénétration d'une flèche lancée par une arbalète. A près de 50 mètres, en effet, ce projectile a pu pénétrer profondément dans la face et s'y implanter de telle sorte que les efforts pour l'arracher n'ont réussi qu'à briser la flèche ; ensuite le curieux trajet suivi par le corps piquant dans une région aussi dangereuse.

Tout d'abord, le calibre même de la flèche lui permettait à peine de passer entre le col du condyle et la mastoïde, et cependant la pénétration a eu lieu ; ensuite, il est curieux de voir une pointe entrer ainsi dans la région parotidienne sans produire plus de dégâts.

Le nerf facial a été sectionné, il est vrai, mais comment la carotide externe ou une de ses branches a-t-elle été épargnée, de même que la carotide interne? Cela tient à la direction du corps étranger qui, au lieu de pénétrer dans la parotide, perpendiculairement à sa face externe, est entré obliquement, n'a fait que traverser la loge parotidienne sur un petit espace et en est sorti pour aller se placer entre le ptérygoïdien interne et les muscles qui s'insèrent à l'apophyse styloïde. (*Union médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

Mode de contrôle du frémissement hydatique. — On a l'habitude de comparer le frémissement hydatique à un frémissement de corde, de sommier élastique, etc. ; mais quand on n'a pas sous la main de mesure de comparaison, il est assez difficile de reconnaître ce symptôme. Le professeur Pasternatzky cherchait depuis longtemps des substances qui pourraient être utilisées dans ce but ; c'est ainsi

(1) Le malade qui a été l'objet de cette leçon, après des tentatives réitérées et infructueuses de réduction, a dû subir l'arthrotomie large et la section de tous les débris capsulaires. Grâce à cette intervention, la réduction dans la cavité glénoïde restée normale fut facile. Aujourd'hui, cinq ans après l'opération, le malade est venu se représenter à l'examen du chirurgien, qui a pu constater le bon fonctionnement de l'articulation reconstituée. Le membre a sa forme et sa mobilité normales. C'est donc un succès complet et durable à l'actif de l'arthrotomie.

qu'il est arrivé à constater que le silicate placé dans un ballon donne, à la percussion, une sensation tout à fait analogue à celle qu'on perçoit en cas de kyste hydatique. Plus récemment, il a remarqué que, si l'on percute un œuf décalcifié, on perçoit à la main et à l'oreille un bruit qui rappelle tout à fait celui du frémissement hydatique. (La décalcification s'obtient facilement en laissant l'œuf pendant 48 heures dans du vinaigre.) M. Pasternatzky recourt à ce procédé déjà depuis plusieurs années et ne l'a jamais vu faillir. (*Wratsch*, 1896, nº 10.)

Dégénérescence cancéreuse de polypes multiples de l'estomac et de l'intestin. — Il s'agit, dans le cas observé par le professeur N. Petroff, d'une jeune fille de vingt ans souffrant depuis quinze jours de diarrhée fréquente avec douleurs abdominales vives, accompagnées depuis huit jours de vomissements. A l'hôpital, on constata que le ventre était modérément ballonné, sensible. Les jours suivants le météorisme et la douleur ne faisaient qu'augmenter; malgré les lavements, la constipation était opiniâtre. On se décida alors à intervenir et on constata, au cours de la laparotomie, une invagination du cæcum avec nécrose du segment invaginé qu'on réséqua. Les sutures ayant coupé les parois intestinales, on fut obligé de faire un anus contre nature. La malade mourut le lendemain et à l'autopsie on trouva les lésions suivantes : au niveau du cardia il y avait un polype ; la muqueuse de la partie antérieure de l'estomac était parsemée d'un grand nombre de verrucosités qui, par places, lui donnaient un aspect chagriné. Dans le duodénum se trouvait, non loin du pylore, un polype pédiculé. Sur le reste du tube intestinal on voyait un grand nombre de polypes, tantôt isolés, tantôt réunis par groupes ; dans leurs intervalles, la muqueuse était épaissie, de couleur gris ardoisé. Deux invaginations se trouvaient l'une à la partie initiale de l'iléon, l'autre à la partie inférieure du cæcum, toutes les deux correspondant aux régions où les polypes étaient nombreux. Rien dans les autres organes, sauf la dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins. L'examen histologique de la muqueuse gastro-intestinale et des polypes a démontré que les glandes tubuleuses avaient proliféré et présentaient les lésions d'adénomo-carcinome ; au niveau des invaginations, la structure du néoplasme était plutôt du type carcinomateux pur. En dehors des régions couvertes de néoplasies, la muqueuse présentait les lésions de gastrite chronique.

La formation des polypes est diversement interprétée par les auteurs. Pour les uns elle est, dans la majorité des cas, consécutive au catarrhe chronique ; pour d'autres, à la suite des ulcérations intestinales de cause quelconque, certains segments de la muqueuse non ulcérés peuvent tout d'un coup se mettre à proliférer. Heusner attribue les polypes à une altération primitive des glandes qui se transforment en adénomes, dont les uns forment des polypes et les autres des carcinomes. Enfin, les cas de polypes chez des enfants de dix à onze ans, où il est difficile d'admettre l'existence d'un catarrhe chronique, rendent aussi probable la possibilité de l'origine congénitale des polypes. (Société médicale russe de Saint-Pétersbourg, janvier 1896.)

Régime du séjour au lit pour les aliénés. — L'idée de ce mode de traitement et de son effet favorable n'est pas nouvelle ; mais ce n'est que dans ce dernier temps qu'on a fait de ce traitement un système généralisé à tous les cas. Le régime du traitement par le séjour au lit nécessite la création de chambres d'observation et modifie profondément les règlements et usages habituels des asiles, car les partisans de ce régime demandent que les aliénés soient traités absolument comme les autres malades. Aussi même les malades les plus agités doivent-ils être placés dans des salles non isolées, claires, et ne pas être attachés au lit. Ce régime calme les malades excités et rend inutile leur isolement et toute application de mesures de rigueur.

M. A. Govseïeff, qui a fait à ce sujet un rapport à la Société d'aliénistes et de neurologistes de la Faculté de Moscou, applique depuis 1894, à l'hôpital d'Ekaterinoslav, ce mode de traitement aux malades de son service d'aliénés et a obtenu de très bons résultats, de sorte que le service d'isolement pour les fous furieux est devenu tout à fait inutile. D'après le rapporteur, doivent être soumis au régime du lit tous ceux qui sont atteints d'affections somatiques, les affaiblis, les marastiques, etc., et tous les entrants. Ce régime permet une surveillance rigoureuse et continue de chaque malade dès son entrée ; il a, en outre, encore une influence morale sur les malades qui se voient traités comme des malades quelconques et non comme des « fous ».

Le séjour au lit est encore indiqué chez les malades déjà anciens chez lesquels se montre de temps à autre un accès d'excitation.

Le refus de prendre la nourriture, la tendance à des violences vis-à-vis des autres ou de soi-même constituent enfin les indications les plus importantes.

Depuis qu'il recourt à ce mode de traitement, qu'il applique en moyenne à 30 p. 100 de ses malades, M. Govseïeff a vu d'abord diminuer très considérablement le nombre de malades nécessitant l'isolement et bientôt cette mesure est devenue tout à fait exceptionnelle (38 cas en mai 1894, 5 en juin, 2 en juillet, 4 en septembre, 2 en octobre, 1 en novembre, 0 en décembre). En même temps a très notablement diminué le besoin d'emploi de narcotiques (18 grammes de chloral et 157 de sulfonal en 7 mois, au lieu de 1 875 de chloral et 8 484 de sulfonal employés dans le même laps de temps l'année précédente). En même temps il y eut diminution très notable d'accidents divers, de bris, d'attaques sur le personnel, etc. Les cas où le séjour au lit avait une action défavorable, étaient tout à fait exceptionnels. Ce régime doit être suspendu dès que les indications qui l'ont imposé disparaissent (concurremment avec le repos au lit l'auteur employait les bains, les enveloppements humides et les injections de duboïsine). (*Wratsch*, 1896, nº 1.)

Contribution à l'anatomie chirurgicale des abcès rétropharyngiens. — Dans ses recherches, M. Rosenthal a surtout tâché de déterminer, à l'aide d'injections de liquides coagulants dans l'espace rétroviscéral, les voies par lesquelles se fait la propagation des abcès rétropharyngiens (les liquides qui conviennent le plus sont la cire fondue et le mélange de Teichmann). Pour pouvoir faire ces injections bien dans l'espace rétroviscéral, l'auteur enlevait la calotte cranienne et l'encéphale et pratiquait un trajet à direction verticale à travers toute l'épaisseur de l'apophyse basilaire de l'occipital.

Ce trajet permettait à l'injection de pénétrer directement dans l'espace en question et de reproduire l'abcès rétropharyngien. Pour pouvoir contrôler la marche du liquide et examiner bien la paroi postérieure du pharynx, il faut inciser les joues depuis la commissure des lèvres jusqu'à la branche montante du maxillaire. Les résultats de ces recherches peuvent être résumés de la façon suivante :

1º La cavité rétroviscérale se présente au cou sous l'aspect d'une fente plus ou moins étroite à limites anatomiques nettes et remplie de tissu cellulaire.

2º Cette fente descend de l'apophyse basilaire dans le cou, pour pénétrer ensuite dans le médiastin postérieur.

3º Si l'injection a été faite jusque dans ce dernier, la tumeur ainsi produite présente, à la limite du cou et du thorax, un étranglement.

4º Sous l'influence de l'injection, tous les organes situés au-devant de la tumeur se déplacent en avant et latéralement.

5° Le sterno-mastoïdien et les autres muscles du cou prennent part à ce déplacement, mais ne sont pas en contact immédiat avec la tumeur et leurs aponévroses restent intactes.

6° La matière injectée ne suit point le trajet de l'artère thyroïdienne inférieure pour pénétrer de l'espace rétroviscéral dans le prévisceral.

7° Contrairement à l'opinion de quelques auteurs (Henke, König), la cavité rétroviscérale n'entoure pas de toutes parts l'œsophage.

8° L'injection ne pénètre pas dans la gaine des vaisseaux du cou; dans le médiastin postérieur, la matière injectée descend au milieu du tissu cellulaire lâche de la région en se plaçant en haut entre la colonne vertébrale et l'aorte, en bas entre cette dernière et l'œsophage.

9° Etant donné l'absence de communication entre les médiastins antérieur et postérieur, l'injection ne peut pas passer de celui-ci dans celui-là, ni par conséquent dans la cavité préviscérale du cou.

10° L'extrémité inférieure de la tumeur formée par l'injection se trouve à la hauteur de la neuvième ou de la dixième vertèbre dorsale.

11° On peut donc dire en résumé que l'injection d'un liquide solidifiable transforme la fente rétroviscérale en une cavité nettement séparée des autres cavités, gaines, etc., il n'en est pas ainsi pour le médiastin postérieur, qui, d'ailleurs, n'est que la continuation directe de la cavité rétroviscérale. (*Rev. de chir. polonaise*, 1896, t. III, f. 1.)

Traitement du prolapsus du rectum par sa torsion. — Ce procédé est basé sur celui qu'a proposé Gersuny pour l'uréthrocèle chez la femme et que M. R. Vreden n'a fait qu'appliquer au prolapsus rectal; voici comment il procède. On fait une incision circulaire autour de l'orifice anal, à 1/2 centimètre en dehors de la limite de la peau pigmentée; le rectum est séparé des tissus environnants jusqu'au niveau du muscle releveur de l'anus. On réduit ensuite toute la partie prolabée, on la tord sous un angle de 180 degrés, de façon que l'orifice extérieur ne laisse passer qu'un seul doigt, et on le fixe dans cette nouvelle position avec quelques points de suture. L'union se fait assez rapidement et la guérison est rapide et complète. L'auteur, qui a recouru à ce procédé dans deux cas, explique les résultats favorables de cette opération si simple et presque exsangue par : 1° la tension de toutes les couches des parois rectales, consécutive à la torsion, tension qui augmente la tonicité de l'intestin; 2° par la diminution régulière du calibre du segment inférieur du rectum jusqu'au niveau du releveur, et par sa direction spiralée qui empêche la formation du prolapsus.

Ce procédé serait surtout applicable aux cas où le prolapsus est dû au relâchement du sphincter et du tissu cellulaire voisin. (*Ann. de chir. russes*, t. V, f. 6.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

PRÉSENTATIONS

Photographie par les rayons de Rœntgen. — M. LE DENTU présente la photographie d'un homme qui avait reçu à la partie postérieure du cou une balle de carabine Flobert. La photographie à l'aide des rayons de Rœntgen a montré la situation exacte du projectile et facilité son extraction.

M. FOURNIER montre également plusieurs photographies ayant permis de reconnaître des lésions tuberculeuses du doigt et de l'articulation coxo-fémorale.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un associé libre.

Au premier tour de scrutin, sur 74 votants, majorité 38, M. Roux est élu par 54 voix.

LECTURE

Nocivité des huîtres. — M. JOANNÈS CHATIN dit que la nocivité des huîtres est inférieure à celle des moules. Toutefois il suffit qu'elles puissent être parfois dangereuses pour qu'on prenne des mesures contre ces dangers possibles. Il importe pour cela de bien connaître la biologie de l'huître. Quatre causes différentes peuvent amener des modifications dans l'huître : ce sont le chromatisme, la période de reproduction, sa toxicité propre et l'ambiance.

Le chromatisme ou le changement de coloration de l'huître est un phénomène dont on a beaucoup exagéré l'importance. On a prétendu que les huîtres vertes ou brunes devaient être signalées comme dangereuses. Rien ne justifie cette assertion. Ce sont surtout les Anglais, qui, dans un but facile à comprendre, ont émis cette opinion pour jeter du discrédit sur une production française. La décoloration, le verdissement ou le jaunissement de l'huître, ne présentent aucun inconvénient.

Pendant la période de reproduction, les huîtres sont, en effet, moins bonnes. On sait que l'huître est hermaphrodite; elle porte des organes mâles et des organes femelles et il y a alternance ou fécondation croisée, c'est-à-dire qu'à chaque nouvelle saison, l'organe mâle devient organe femelle et réciproquement. La présence des œufs, qui peuvent arriver facilement au nombre de 100000 pour une seule huître, la rend laiteuse. A l'huître laiteuse, succède l'huître ardoisée. Cette période dure environ du mois de mai au mois de septembre. Ces huîtres sont-elles nocives? Elles ne sont pas nocives, mais elles sont peu appétissantes à cette période.

La toxicité propre de l'huître se caractérise par une coloration noire, jaunâtre, accompagnée d'une odeur alliacée qui permet de les éliminer de suite. La coloration verdâtre, dans ce cas, est due à l'altération de la glande digestive.

De toutes les causes qui peuvent rendre l'huître nocive, ce sont incontestablement les conditions d'ambiance qui jouent le rôle le plus important. Il faut tenir compte ici du sol et de l'eau. Dans les parcs bien entendus le sol ne doit présenter aucun danger. Il n'en est malheureusement pas de même de l'eau et c'est sur elle que doit surtout porter toute l'attention des ostréiculteurs. Les faits analogues à ceux qu'a signalés M. Chantemesse sont connus depuis longtemps. Déjà, en 1816, on a signalé un grand nombre d'accidents déterminés par des huîtres qu'on avait placées dans un parc construit sur des anciennes latrines.

L'huître est essentiellement sédentaire et filtre l'eau qui la traverse, au point de retenir entièrement tout ce que cette eau peut contenir de germes et de corps étrangers. La phagocytose est extrêmement active chez l'huître. Elle n'est malheureusement pas toujours suffisante pour la débarrasser de tous les germes pathogènes. C'est donc sur l'eau des parcs qu'il faut appeler toute l'attention des ostréiculteurs.

COMMUNICATION

Sarcome oculaire. — M. PANAS rapporte l'observation d'une malade se plaignant que sa vue baissait progressivement depuis une chute qu'elle avait faite quelques années auparavant. L'examen ophtalmoscopique montra une sorte de plateau blanc au pôle postérieur de l'œil.

Un an après, le globe oculaire était saillant, congestionné, douloureux, glaucomateux. Trois sclérotomies successives n'amenèrent aucun soulagement; la malade souffrait de céphalalgies intenses.

L'énucléation fut donc décidée. Elle fut particulièrement difficile. L'œil était retenu dans l'orbite par une tumeur de la grosseur d'une noisette, adhérente au pôle postérieur de l'œil et contiguë au côté externe du nerf optique. Après l'opération, les céphalalgies disparurent; la guérison s'est maintenue jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis neuf mois.

L'examen de l'œil enlevé a montré les particularités suivantes : la tumeur a excessivement peu de développement du côté de l'œil, bien qu'elle ait évidemment son origine dans l'œil même. Elle forme, dans la région maculaire, une plaque peu étendue, ne dépassant pas 3 millimètres d'épaisseur. Un épanchement sanguin entre la sclérotique et la choroïde occupait en nappe tout le côté interne de l'œil.

La portion intra-orbitaire de la tumeur était beaucoup plus considérable. Elle avait dédoublé le côté externe de la gaine sclérale du nerf optique et avait gagné par là le tissu cellulo-graisseux de l'orbite.

L'examen histologique montre les particularités suivantes : les portions oculaire et orbitaire différaient beaucoup dans leur structure. La première était constituée par du sarcome véritable; la seconde avait une structure alvéolaire, semblable à celle des tumeurs appelées endothéliomes, périthéliomes, angiothéliomes, suivant les auteurs qui les ont décrites. Ces tumeurs sont particulières au tissu graisseux de l'orbite. En réalité, elles sont de véritables sarcomes, qu'il faut traiter comme tels, c'est-à-dire énucléer, puisque les récidives à distance de ces tumeurs sont particulièrement rares.

RAPPORTS

L'avortement épizootique. — M. **Porak**, au nom d'une commission nommée pour répondre à une demande adressée par M. d'Audiffret et transmise par le ministre de l'Intérieur, examine s'il existe dans l'espèce humaine une maladie analogue à la maladie des vaches connue sous le nom d'avortement épizootique. Cette affection contagieuse s'observe de façon endémique; par exemple, toutes les femelles qui occupent une étable présentent cette affection. Le fœtus est mort, les lochies, le placenta, sont imprégnés de pus. D'autre part, tant que l'étable n'est pas désinfectée, les avortements continuent. Enfin, à la suite d'un avortement, la vache avorte encore trois ou quatre fois, même sortie de ce milieu infecté.

Pour ce qui est de l'espèce humaine, on semble admettre que l'avortement est plus fréquent dans les grandes périodes de famine, de misère sociale, de guerre, etc.; il y aurait donc là une sorte d'endémie d'avortements. Parfois l'avortement semble être plus fréquent à certaines périodes; quant à l'avortement individuel, il s'observe à répétition chez certaines femmes d'une façon très fréquente (les malformations utérines, la syphilis, etc., en sont des facteurs fréquents). Mais en somme ce sont là, dans les deux cas, accidents particuliers ne présentant rien d'analogue à l'avortement épizootique.

Autorisation de délivrance du sérum. — M. **Straus** donne lecture, au nom de la commission nommée à cet effet, d'un rapport sur la distribution à titre gratuit ou onéreux des sérums antitoxiques. La commission est d'avis, d'accord avec la commission du ministère de l'intérieur, d'accorder les autorisations suivantes :

Institut Pasteur (sérum antistreptococcique, sérum antitétanique); Féré (de Bordeaux), Poujol (de Montpellier), Astros (de Marseille) [sérum antidiphtéritique], ces trois médecins comme directeurs de laboratoires municipaux.

Enfin, M. Samuel Bernheim avait demandé à être autorisé à fabriquer et délivrer des sérums antipneumonique, antistreptococcique, anticancéreux, antituberculeux. La commission se range absolument à l'avis de MM. Nocard et Netter commis par le ministère de l'Intérieur pour étudier la question. Ces savants ont constaté que la fabrication des sérums antipneumonique et antistreptococcique était à l'état de projet, qu'un âne avait reçu une fois 10 centimètres cubes de matière tuberculeuse et que deux chèvres avaient reçu à diverses reprises des cultures filtrées de bacille de Koch. Leur sérum injecté comme contrôle, à des cobayes, mélangé à des produits tuberculeux, n'a empêché aucun d'eux de succomber. La commission est donc d'avis d'interdire formellement à M. Samuel Bernheim la délivrance de ces sérums.

L'Académie approuve ces conclusions.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er juin 1896, le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans les testament et codicilles olographes des 6 juillet 1893 et 17 octobre 1894, le legs fait à ladite Faculté par le sieur Jean-Benoit-Ernest Gingibre, docteur en médecine, de la nue propriété d'une somme de 30000 francs, dont le revenu, converti en rente 3 p. 100 sur l'État français, sera employé, trois mois après le décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix biennal, sous le nom de « Prix Gingibre », et destiné à l'auteur de la meilleure thèse sur un sujet d'hydrologie médicale.

— Dans sa dernière réunion, la commission administrative de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France a décidé d'allouer à ceux de ses membres titulaires d'une pension de 600 francs un secours complémentaire, annuel et renouvelable, de 200 francs. De la sorte, les anciens pensionnés toucheront chaque année une somme de 800 francs, égale au taux des dernières pensions accordées par l'Assemblée générale de l'Association.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fr. Teuwen (de Tongres).

— M. Glantenay, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires le jeudi 11 juin 1896, à une heure précise, pavillon n° 7 de l'École pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique d'hydrologie médicale, par MM. P. Jardet et Nivière, médecins à Vichy; F. Lavergne, médecin à Biarritz; M. Doit-Lambon, médecin à Luchon; L. Heulz, médecin à la Bourboule; A. Boursier, médecin à Contrexéville. 1 vol. gr. in-8° de 460 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal — Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, — par le docteur Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris. 2 vol. in-18, reliés en peau pleine, formant 800 pages avec 144 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 juin 1896, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Mauriac, inspecteur général de la salubrité de Bordeaux.

MM. Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France à Paris; et Périer, pharmacien et viticulteur à Pauillac, membre correspondant de l'Académie de médecine.

— Par décrets, en date du 9 juin 1896, sont nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Dubut, médecin de première classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Le Marc'hadour, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décret, en date du 8 juin 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Charier, Duprey et Granjux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Berger, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Peradon, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Petit, Forget, Tollemer, Tisserand, Sauvez, Cornet, Perriolat, Peries, Mainguy, Corby, Ancelet, Milhau, Ripault, Michel, Rogier, Thibaud, Boichon, Lalande, Mérieux, Martin, Hoche, Meynet, Manceau, Triger, Minelle, Lucas, Marlière, André, Aubineau, Bazor, Vitrac et Segonzac.

— Par décret, en date du 10 juin 1896, M. le docteur Tartarin, médecin sanitaire maritime, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Concours du prosectorat. — Les questions orales d'anatomie, de physiologie et de pathologie externe ont été les suivantes : « Anatomie de l'épididyme et du canal déférent. — Physiologie de la glotte. — Corps étrangers articulaires. »

— Sont réinstitués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance de la Ville de Paris, les docteurs en médecine actuellement en exercice dont les noms suivent :

Ier arrondissement : MM. Boissier, Carpentier-Méricourt, Richard (Paul), Richard (Ernest) et Regnault.

IIe arrondissement : MM. Marx et Pascalis.

IIIe arrondissement : MM. Rueff, Regeard et Liandier.

IVe arrondissement : MM. Henszel, Garnier, Soudée, Vigouroux, Guyard et Colson.

Ve arrondissement : MM. Barrault, Deffaux, Gervais et Delisle.

VIe arrondissement : MM. Guillier, Reuss, Lecoin, Foucart et Pruvost.

VIIe arrondissement : MM. Toledano, Meugy et d'Aurelles de Paladine.

VIIIe arrondissement : M. Billon.

IXe arrondissement : MM. Bernier et Moulard.

Xe arrondissement : MM. Pignol, Rotillon, Piérin et Fissiaux.

XIe arrondissement : MM. Miquel, Landois, Montignac, Rogron, Palineau, Pasteau, Naudet et Bimsenstein.

XIIe arrondissement : MM. Gibert, Dambax, Bloch et Mallet.

XIIIe arrondissement : M. Langlois.

XIVe arrondissement : MM. Lartigue, Boune, Piérin, Coumetou, Macqret et Barbillon.

XVe arrondissement : MM. Lagelouse, Destrem, Marieux, Doury et Dufour.

XVIIe arrondissement : MM. Lafitte, Aubert, Séailles, Demay et Fabre.

XVIIIe arrondissement : MM. Gaspuis, Boh, Journiac, Poupon et Mars.

XIXe arrondissement : MM. Tarrius, Gillet, Huguenin et Lomier.

XXe arrondissement : MM. Ertzbischoff, Schrader, Braunberger, Kinzelbach et Delarue.

— Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Hennequin a été élu membre titulaire.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 17 juin. — 1° Fin de la discussion sur la cholédochotomie (M. Ricard).

2° Rapport : Fracture oblique du tibia, consolidation vicieuse, ostéotomie, extension continue, par M. Hartmann. Rapport par M. Kirmisson.

3° Communications : 1. Traitement du cancer du rectum, par M. Chaput; 2. Myxome des deux ovaires, par M. Potherat.

— La Séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le lundi 20 juillet, à quatre heures du soir, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine.

Les auteurs sont invités à adresser dès à présent les titres de leurs communications à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

Le banquet annuel de la Société aura lieu le même jour, après la séance.

REVUE GÉNÉRALE

Troubles nerveux d'origine hépatique [hépato-toxhémie nerveuse (1)].

Par M. Léopold-Lévi,

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

II

Petits accidents nerveux. — En dehors des accidents nerveux graves de l'hépato-toxhémie, en général précurseurs de la mort, il en est d'autres qu'on peut appeler petits accidents nerveux. Ils sont encore l'expression de la toxhémie et complètent le parallèle à établir avec l'urémie nerveuse : tels sont le prurit, la céphalalgie, la somnolence, les troubles oculaires. Certains peuvent servir au diagnostic comme l'asthénie psychique et musculaire. Il est enfin des troubles de sensibilité (névrite périphérique) et de réflectivité qui étendent le champ de l'influence hépatique.

1° Modifications du caractère. — C'est presque une banalité d'étudier les changements de caractère liés aux affections hépatiques. Le préjugé populaire en témoigne. Déjà les anciens avaient tiré de cette idée leurs termes de mélancolie et d'hypocondrie.

Il faut considérer successivement les maladies à ictère et sans ictère.

I. *Maladies à ictère.* — Les modifications de caractère s'observent dans l'ictère catarrhal, dans la lithiase biliaire, dans toute obstruction chronique du foie. Elles sont plus rares et moins spécifiques dans les variétés de cirrhose avec ictère. Les modifications psychiques liées aux troubles humoraux des hépatiques constituent le « caractère biliaire ». Aux malades de cette catégorie, Pierret de (Lyon), a donné le nom d'atrabilaires. Ce qui domine dans leur état, c'est la tendance à la mélancolie.

En général les malades perdent leur gaieté, deviennent tristes. Ils sont susceptibles, méchants, exigeants, irritables. Un rien les énerve et les agace et ils sont mécontents pour un motif léger et sans motif. En même temps survient du dégoût pour la vie avec idées de ruine. Elles peuvent conduire les malades à une tentative de suicide. Ils exagèrent d'ailleurs leurs souffrances, ont une tendance très marquée à l'hypocondrie, sont obsédés par des idées fixes. Les malades s'aperçoivent eux-mêmes de leur changement de caractère. Le plus souvent c'est l'entourage qui en souffre et qui s'en plaint. L'ictère passé, l'obstruction disparue, ils récupèrent peu à peu leur gaieté, leur bienveillance, leur égalité d'humeur.

Raphély (2) a étudié les modifications du délire des aliénés sous l'influence de l'ictère passager. Les aliénés, pris d'ictère, deviennent, d'après cet auteur, méchants, d'une méfiance exagérée. Ils injurient et menacent de frapper les personnes qui les approchent et qui les interrogent. Ils s'isolent, fuient même la lumière. Ils s'excitent et ne s'irritent que pour obtenir qu'on les laisse tranquilles. Le trouble hépatique passager chez eux donne à leur délire une note spéciale, représentée par une dépression très accentuée.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 663.
(2) Raphély. *Phénomènes psychiques de nature mélancolique lié aux troubles fonctionnels du foie*, Th. de Lyon, avril 1889.

II. *Maladies du foie sans ictère.* — Les changements de caractère sont, en général, trop variables pour qu'on y insiste : indifférence, au cours d'une hépatite infectieuse, d'abord sans ictère, le malade ne s'inquiétant pas, depuis son entrée à l'hôpital, de ses enfants, ne s'inquiétant pas des nouveaux moyens d'existence de sa femme; affectuosité exagérée, enfantillages chez une femme atteinte de tuberculose hépatique.

Plus importante est la modification de l'état mental qu'on rencontre au cours du cancer du foie, comme l'a noté d'une façon si remarquable M. Hanot (1). « La physionomie exprimait je ne sais quelle contrastante indifférence, une quasi-hébétude. Elle ne quittait plus le lit, presque constamment assoupie, ne se plaignant que d'un sentiment de profond accablement, d'invincible écœurement. » Plus loin, revenant sur la physionomie spéciale de l'individu atteint de cancer du foie, il insiste sur l'indifférence, l'immobilité, cette sorte d'abandon fataliste, devant un tel effondrement de la vie.

Cette indifférence, jointe à l'asthénie musculaire, décrite plus loin, peut servir au diagnostic différentiel du cancer hépatique.

2° Lassitude. Asthénie musculaire. — Un autre phénomène sur lequel il nous paraît utile d'insister est l'asthénie musculaire qui, dans certains cas, peut ne se traduire que par de la lassitude et, dans d'autres cas, être assez marquée pour réaliser une des modalités de la neurasthénie. Il est de notion banale que : « Le moindre effort coûte aux ictériques. Ils s'épuisent vite et ne sont guère susceptibles d'un travail continu (2). » La perte des forces, la faiblesse, se rencontrent d'une façon fréquente au cours des différentes affections hépatiques (hépatite infectieuse, cirrhose atrophique, lithiase biliaire). L'asthénie peut être poussée très loin. Dans un cas de cirrhose atrophique, ayant débuté sous les allures d'une hépatite hypertrophique subaiguë avec ictère et fièvre, nous notions un état de prostration extrême, nous notions (3) : « La malade peut à peine remuer dans son lit, éprouve des douleurs à chaque mouvement. Elle est dans l'impossibilité de se servir à boire sans aide. Elle répond difficilement comme fatiguée de parler, met un temps assez long avant de répondre aux questions qu'on lui pose. » Cette asthénie musculaire très accentuée a persisté dans toute la période préascitique. A ces phénomènes, nous avions donné le nom de neurasthénie secondaire hépatique. Cette neurasthénie fruste a été en réalité caractérisée, surtout, par une asthénie extrême.

Avant la période de cachexie du cancer, on observe de même cette asthénie, très prononcée. Il y a comme une « sidération des forces » qui ne se retrouve pas dans les autres cancers. Ce fait, joint à l'indifférence déjà signalée, peut être utilisable pour le diagnostic.

3° Céphalalgie. Vertiges. Troubles du sommeil. — Parmi les petits accidents de l'hépato-toxhémie nous devons signaler :

La *céphalalgie* souvent frontale, surtout au-dessus des yeux, quelquefois cependant derrière les oreilles, et même à l'occiput [Harley (4)], qui existe au cours des ictères, précède

(1) Hanot. Cancer pseudo-fluctuant, *Semaine méd.*, 1894.
(2) Straus. *Des ictères chroniques*, Th. d'agrég., p. 87.
(3) Léopold-Lévi. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1894.
(4) Harley. *Traité des maladies du foie*, trad. Paul Rodet, 1890.

parfois les symptômes graves de l'atrophie jaune aiguë.

Les *vertiges*. Harley dit : « Les vertiges sont communs chez les bilieux. J'ai vu des individus obligés de se tenir aux meubles de leur appartement pour pouvoir le traverser, lorsqu'ils étaient en proie à une attaque bilieuse. Cet état peut être assez marqué pour empêcher les malades de se tenir debout. »

Les troubles du sommeil. Ils comportent l'insomnie, la somnolence, la narcolepsie.

L'*insomnie* est un phénomène sur lequel Graves (1) a attiré l'attention dans les affections avec ictère. De même que chez l'alcoolique, l'insomnie peut faire craindre l'apparition du delirium tremens, de même l'insomnie, dans l'ictère, doit faire redouter les accidents graves.

La *somnolence* (2) est fréquente au cours des affections du foie. Elle se rencontre parfois au début des états graves et se transforme en coma. Murchison (3) signale la tendance à l'assoupissement dans la période avancée de la cirrhose. Dans d'autres cas elle n'indique pas de gravité réelle. Elle prend une importance particulière dans une observation personnelle (4). Il s'agit d'un malade de trente-neuf ans, arthritique, alcoolique, atteint d'une hépatite infectieuse, qui présenta des phénomènes nerveux multiples, et dont la température centrale descendit jusqu'à 32°2, limite minima du thermomètre. « Tout à fait au début de sa maladie, V... est pris d'une envie de dormir inusitée. Il était content, comme un enfant, de voir arriver le dimanche pour pouvoir rester chez lui et dormir toute la journée ; et, de fait, il ne se réveillait qu'à midi pour le déjeuner, et le soir pour dîner, et se rendormait aussitôt après les repas. Le jour de la fête de Pâques, il va avec sa femme chez des amis. Le sommeil le prend, et malgré le bruit qu'on faisait (rires et cris), il dort tranquillement pendant trois heures. Même en travaillant, nous dit sa femme, il lui arrive souvent de s'endormir. D'ailleurs lui-même était incommodé et répétait : « Si je n'avais pas ce sommeil, je ne serais pas si malade, » et : « C'est ce grand sommeil qui m'accable. » Le soir, quand il rentrait à la maison, sa femme lui préparait de l'eau chaude pour qu'il se lavât les mains. Presque tous les jours, il s'endormait sur un fauteuil, pendant les quelques minutes que l'eau mettait à chauffer. « Pendant son séjour dans le service, la somnolence de V... est frappante. Il s'endort pendant les visites de sa femme. Il lui dit parfois de s'en aller, qu'elle le gêne et l'empêche de dormir. Dans l'espace d'une demi-heure il s'endort et se réveille plusieurs fois. Son sommeil est en général aussi léger que répété. Pendant que nous faisons une prise de sang au niveau d'un doigt, le malade s'endort. »

Dans une autre observation (5), la tendance à l'assoupissement est encore plus exagérée et mérite le nom de *narcolepsie* qu'a créé Gélineau. Elle survient chez une malade de trente ans, obèse, arthritique, non diabétique, sans tare névropathique appréciable, sujette il y a déjà six ans à une crise de coliques hépatiques. Il y a trois mois, recommencèrent de vagues souffrances dans le côté droit, et il y a six jours, à minuit, éclatèrent les douleurs caractéristiques de la colique hépatique. « Un fait qui m'a frappée, nous dit la malade, c'est une somnolence invincible, plus désagréable que mes douleurs et que je n'avais jamais éprouvée. Cette somnolence m'a prise, il y a un mois. Je m'endormais presque à chaque instant. Je me trouvais dernièrement dans une réunion, mes yeux se sont fermés malgré moi. Deux jours après, j'entreprenais dans l'après-midi un voyage de trois heures. A ma grande surprise, j'allais dépasser le but de mon voyage, si je ne m'étais éveillée par hasard, et jamais je ne m'endors en voyageant. En descendant de wagon, je suis entrée dans la salle d'attente, car je devais prendre un autre train. Là encore, le sommeil m'a surprise, et, pour le dissiper, je me suis mise à marcher, pensant qu'il est vraiment bizarre de dormir contre son gré. Pourtant je repose la nuit. Ce que je remarque, c'est qu'il ne s'agit pas d'un sommeil véritable, mais d'une sensation indéfinissable de pesanteur, de lourdeur cranienne. On dirait qu'on a posé un poids sur ma tête, ou mieux qu'on l'a serrée entre deux objets, sans que cela ne ressemble nullement à un mal de tête. » Ce besoin de sommeil, cette narcolepsie a quitté la malade lorsque les douleurs ont entièrement disparu. Mme X..., étant plus tard à la campagne, est reprise des mêmes phénomènes de narcolepsie en même temps que de légères douleurs dans l'hypocondre droit. La répétition de crises de narcolepsie au cours d'attaques de coliques hépatiques montre qu'il n'y a pas dans cette association une simple coïncidence, mais un rapport. Quel que soit le mécanisme qu'on puisse mettre en avant, la narcolepsie a son origine dans l'appareil hépatique. Déjà d'après M. Ballet (1), M. Bouland a signalé un fait de narcolepsie lié à une congestion intense du foie.

M. Huchard (2), commentant nos observations, rappelle que « chez certains dyspeptiques, probablement hépatiques avec retentissement sur le foie, il y a souvent des sommeils profonds ou répétés ou des envies invincibles de dormir, comme il existe aussi des fatigues matinales survenant même après des nuits passées dans le sommeil le plus prolongé ».

4° Sensibilité générale. — Le *prurit* est un phénomène fréquent au cours des affections hépatiques, s'accompagnant ou non d'ictère. Ce symptôme fait partie des « petits signes » de la cirrhose (Hanot). Il existe parfois dans la période prémonitoire des maladies du foie, ainsi qu'Andral l'avait déjà indiqué dans la précirrhose.

Névrite hépatique. — On rencontre chez les hépatiques des signes de névrite périphérique. Mais, en général, cette névrite doit être mise sur le compte de l'agent causal de l'affection hépatique et est imputable le plus souvent à l'alcoolisme. Au cours d'un ictère catarrhal, on peut voir de même survenir une névrite périphérique, comme dans l'observation de Porte (3), mais, dans ce cas, la névrite reconnaît une origine infectieuse.

Nous devons cependant à l'obligeance de M. le professeur Hayem une observation très précieuse (4). Au cours d'un cancer primitif du foie, se sont développés, d'une façon aiguë, des phénomènes de névrite généralisés aux quatre membres, consistant en douleurs extrêmement vives, siégeant surtout

(1) Graves. Loc. cit., 3e édit., t. II, p. 704.

(2) Léopold-Lévi. Somnolence et narcolepsie hépatiques, *Arch. gén. de méd.*, 1896.

(3) Murchison. Loc. cit., p. 290.

(4) Léopold-Lévi. Loc. cit., p. 120.

(5) Léopold-Lévi. Th. citée, p. 123.

(1) Ballet. Du sommeil pathologique, *Rev. de méd.*, 1882, p. 945.

(2) Huchard. *Journ. des praticiens*, 11 janv. 1896, n° 2, p. 27.

(3) Porte. *Dauphiné méd.*, juillet 1895, n° 7, p. 153.

(4) Léopold-Lévi. Loc. cit., p. 125.

aux extrémités supérieures, augmentées par la pression des masses musculaires, en paresthésies, en impotence fonctionnelle des extrémités, en abolition des réflexes. Il s'agirait là d'une névrite toxique qui a pu se développer, grâce à la disparition du pouvoir antitoxique du foie. Il ne faut pas perdre de vue, d'autre part, que le cas concerne ici un cancer. Or, d'après Adamkievicz, le cancer donne lieu à la production de principes toxiques. Mais ces produits toxiques ayant une spécificité propre, si l'on admet la théorie cellulaire de Bard, l'origine hépatique de la névrite devient de nouveau soutenable.

Télangiectasies. — Il est habituel de constater chez les hépatiques des troubles vaso-moteurs ; mais ils se rencontrent chez les éthyliques. Il n'y a pas lieu de les rattacher au foie.

Il est à rapprocher de ces troubles de petites télangiectasies, non congénitales, siégeant le plus souvent au niveau de la face, disparaissant sous la pression du doigt et après la mort, qui pourraient être dues à des troubles de l'innervation vaso-motrice. Ils sont imputables soit à la même cause que la cirrhose, soit à l'hépato-toxhémie.

M. Hanot et moi avons observé cinq cas (1).

5° Troubles de la réflectivité. — Au cours des affections hépatiques, les réflexes patellaires peuvent être pathologiques [Léopold-Lévi (2)].

A. Ils sont abolis. Le plus souvent, l'abolition des réflexes n'est pas en rapport avec la maladie du foie. Elle dépend d'une névrite périphérique, le plus souvent d'origine éthylique, qui l'accompagne.

Pendant la durée d'un coma hépatique transitoire, nous avons noté l'abolition des réflexes. On peut l'expliquer par une abolition de l'excitabilité médullaire, comme on la rencontre dans d'autres dyscrasies. C'est un nouveau point de rapprochement entre l'urémie et l'hépato-toxhémie. Au cours de la névrite toxique d'origine hépatique signalée plus haut, l'abolition des réflexes reconnaît elle-même dans ce cas la même origine.

B. Les réflexes patellaires sont exagérés. Il existe de la trépidation épileptoïde. Dans nos cas, l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde sont à rapprocher de celle qui existe dans certaines affections aiguës (tuberculose, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie) et dans certaines intoxications (strychnine, atropine).

Les réflexes rotuliens ont été exagérés dans le syndrome nerveux terminal. Il existait en même temps de la contracture des membres supérieurs. D'après les circonstances où s'est développée l'exagération des réflexes, sa relation avec l'intoxication hépatique doit être admise.

C. Un des réflexes, le réflexe droit, est surtout ou exclusivement modifié (exagéré, aboli). L'influence de l'hépato-toxhémie se retrouve dans le cas suivant :

Chez un homme de trente et un ans, atteint d'une affection indéterminée s'étant traduite par un état gastrique accentué, une température élevée, de grands frissons répétés, puis par une congestion du foie (augmentation du volume de l'organe, exagération de l'excrétion de l'urée, présence de pigments biliaires et d'urobiline dans l'urine), nous avons noté de la trépidation épileptoïde marquée, surtout du côté droit. Bientôt les phénomènes rentrent dans l'ordre. Le foie reprend son volume normal, l'excrétion d'urée diminue, la trépidation épileptoïde disparaît.

(1) Léopold-Lévi. Contribution à l'étude du délire au cours des affections hépatiques, *Arch. gén. de méd.*, 1er fév. 1896.

(2) Léopold-Lévi. Soc. de biol., janv. 1896.

6° Troubles oculaires [ophtalmie hépatique (1)]. — On doit éliminer différentes affections de l'œil qui se rencontrent au cours des affections hépatiques sans être des troubles oculaires d'origine hépatique. Il faut étudier la *xantopsie*. Ce phénomène est assez rare. Il n'a jamais été observé par Frerichs. En quoi consiste-t-il? Les objets paraissent jaunes aux malades, le plus souvent pendant quelques heures seulement, mais parfois aussi durant plusieurs jours. Le malade peut croire d'abord que les personnes qui l'entourent sont atteintes de jaunisse. Dans un exemple inédit, les objets étaient vus, non d'un jaune vert, mais avec l'apparence jaunie d'une vieille pancarte d'hôpital. Ou bien le malade croit apercevoir les objets à travers un voile jaune. Parfois le phénomène est purement passager. A plusieurs reprises, en travaillant, une malade remarque que le drap blanc qu'elle cousait était jaune.

La xantopsie est expliquée : 1° par la théorie optique, fondée sur les modifications que l'examen ophtalmoscopique a pu faire reconnaître dans quelques cas. Contre elle, on peut faire valoir la rareté de la xantopsie, malgré le nombre considérable d'ictériques. Le phénomène n'est donc pas en rapport avec l'imprégnation biliaire des milieux intra-oculaires. D'ailleurs le cristallin et le corps vitré ne sont jamais colorés.

2° Par la théorie nerveuse : une substance analogue à la santonine paralyse momentanément les éléments rétiniens du violet, les éléments verts et rouges seuls étant impressionnés (Vincent). Pour Hennig, il s'agirait d'une action spécifique des éléments de la bile sur les centres corticaux qui président à la vision des objets et à la perception des couleurs. Le phénomène serait central.

M. Parinaud a insisté sur la coïncidence, déjà signalée par Frerichs, de la xantopsie avec l'héméralopie.

L'*héméralopie* (nyctamblyopie de Quaglino). — Elle se caractérise par une diminution anormale de l'acuité visuelle pendant la nuit, avec diminution corrélative de cette acuité pendant le jour. L'œil offre de la mydriase et de la paresse pupillaire. Son pouvoir convergent est diminué. A l'ophtalmoscope, on constate du rétrécissement des artères, de la dilatation des veines, de l'œdème et des exsudations rétiniennes. Il peut exister des altérations pigmentaires de la choroïde et finalement des lésions atrophiques du nerf optique.

Au cours des affections hépatiques, le trouble visuel apparaît le plus souvent par crises, d'une durée variable. Il débute parfois d'une manière rapide, sans cause appréciable, et disparaît de même. Les crises peuvent se développer sous l'influence d'une lumière vive.

L'héméralopie, pour quelques auteurs, est liée à la présence d'un ictère. Pour Cornillon, il y aurait même variation corrélative entre ces deux symptômes. La plupart des auteurs établissent un rapport, non avec l'ictère, mais avec une affection hépatique. C'est généralement quand l'affection hépatique dure déjà depuis un certain temps, lorsque

(1) Léopold-Lévi. *Presse méd.*, 1896. — Nous y renvoyons pour les indications bibliographiques.

la fonction de l'organe est profondément intéressée, par conséquent dans les cas de sérieuse gravité, qu'elle apparaît (Frerichs, Litten, Kœnigstein, Parinaud).

Par quel mécanisme se produit l'héméralopie? Pour Parinaud, l'altération du sang, résultat du trouble de la fonction hépatique, modifierait la production du pourpre rétinien. Or les bâtonnets et le pourpre sont en rapport avec la vision nocturne. Dans un travail ultérieur sur la sensibilité de l'œil aux couleurs spectrales, Parinaud est arrivé, par une autre voie, à la même conclusion : que l'héméralopie est produite par un défaut de sécrétion du pourpre.

Rétinite pigmentaire. — La relation de la rétinite pigmentaire avec les affections hépatiques est encore discutée. Les altérations anatomo-pathologiques qui sont analogues du côté du foie et de la rétine sont sous la dépendance d'une cause commune à ces lésions (Berger). Litten a publié d'autre part un cas de rétinite pigmentaire, à développement aigu, au cours d'une cirrhose atrophique alcoolique avec ascite. L'auteur insiste sur l'apparition de nouvelles taches pigmentaires constatées à des examens successifs. Dans un deuxième cas de cirrhose atrophique alcoolique, la rétinite pigmentaire observée par Litten se produisit pendant le cours du traitement.

Amblyopie. Amaurose. — Bishoff a noté de l'amblyopie chez un chien porteur d'une fistule biliaire depuis quatre ans. Müller, qui fit l'examen anatomo-pathologique, considéra les lésions comme la conséquence de la fistule biliaire. On note des cas d'amblyopie au cours de l'ictère, dans la cirrhose hypertrophique biliaire. A la suite d'un ictère fébrile, nous avons noté, avec notre collègue S. Lévy, un œdème passager de la papille, qui dura un mois environ.

Asthénopie. — Vincent rapporte deux cas d'asthénopie rétinienne, qu'il rattache à la lithiase biliaire, et qu'il rapproche des cas d'asthénopie nerveuse liés à des troubles digestifs (Abadie).

Pupilles. — Au cours des affections hépatiques, comme au moment de l'apparition des phénomènes nerveux, l'état des pupilles est variable. Elles sont en dilatation moyenne, en état de myosis, en mydriase. Ozanam attache une importance toute particulière à la dilatation de la pupille, en ce qui concerne l'ictère grave. Quelquefois les pupilles sont inégales, d'une façon transitoire. Elles réagissent fréquemment d'une façon lente à la lumière.

Pour Scarpari, le myosis est en rapport avec l'absence des acides biliaires dans le sang, la mydriase avec la présence de ces acides.

Le myosis serait dû à une excitation du nerf oculo-moteur ou une paralysie du grand sympathique causée par une rétention des acides biliaires dans le sang.

III

De l'origine hépatique d'affections médullaires chroniques et de névroses. — MM. Teissier et Pierret ont attiré l'attention, au Congrès pour l'avancement des sciences de Paris (1889), sur certaines affections nerveuses développées au cours de la lithiase biliaire et ont inspiré à M. Bronner une thèse intitulée : « De l'influence pathogénique des maladies du foie sur le développement des affections chroniques des centres nerveux » (thèse de Lyon, janvier 1892). Les observations se répartissent en deux catégories :

Cas d'affections chroniques des centres nerveux : ataxie locomotrice et atrophie musculaire progressive.

Cas de névroses : maladie de Parkinson et goitre exophtalmique.

Les critiques que nous avons cru devoir opposer dans notre thèse (p. 147 et suivantes) aux faits signalés dans le travail de Bronner nous ont conduit à conclure :

Il n'est pas démontré par des observations cliniques et anatomo-pathologiques indiscutables que la colique hépatique puisse avoir une action pathogénique sur la moelle, pour donner naissance à des affections chroniques médullaires (ataxie locomotrice, atrophie musculaire progressive et généralisée).

Il n'est pas contraire à la logique, bien que le fait ne soit pas assis sur des bases solides, qu'une colique hépatique puisse agir pour occasionner la mise en action de la maladie de Parkinson et du goitre exophtalmique. Il n'y aurait pas là une action toxique, spécifique, mais un réflexe, simple cause accidentelle.

Matton a signalé, au Congrès de Bordeaux (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 1895), une association de maladie de Basedow avec cirrhose hypertrophique thyroïdienne chronique et de cirrhose hypertrophique du foie avec ictère.

Ce cas, quoique isolé, est à retenir.

DEUXIÈME PARTIE

Anatomie pathologique. — A côté des phénomènes nerveux, il faut placer les lésions. Même en se bornant au cerveau, la difficulté est grande. Ce sont les altérations cellulaires qu'il importe le plus de reconnaître. Vu la difficulté ou le peu de résultat des méthodes « cellulaires », c'est à d'autres altérations, peut-être moins importantes au point de vue de la physiologie pathologique, qu'il est permis de s'adresser. C'est ainsi que nous avons décrit la lésion de périgainite ou de lymphangite du cerveau infectieux (1) et l'œdème cérébral histologique (2). Nous avons retrouvé l'œdème histologique du cerveau sur les cerveaux que nous avons coupés. Quelle est la signification de cette lésion? Déjà nous avons discuté cette question. Après avoir justifié sa valeur en montrant qu'elle ne se produit pas pendant l'agonie et qu'elle ne se fait pas par imbibition, nous lui avons accordé une double signification clinique et anatomo-pathologique. Nous l'avons observée, entre autres, au cours d'affections qui se sont terminées par le coma, dans 3 cas d'affections chroniques des reins, dans 3 cas d'affection du cœur, dans 2 cas d'infection s'accompagnant de délire, d'albuminurie et d'urobilinurie.

A ce propos, nous nous étions posé la question du rapport entre l'œdème et le coma. « Sont-ils liés l'un à l'autre? Dépendent-ils d'une cause commune? L'œdème constitué agit d'une façon mécanique et, comme Preston a insisté sur le fait, par suite de l'embarras de la circulation lymphatique dont il est l'indice, l'élimination des poisons ne s'effectue pas comme d'habitude. Il y a donc une action toxique sur les éléments nerveux. Il est permis d'admettre que dans les affections hydropigènes (affections du cœur et des reins), l'œdème peut être le substratum anatomique du coma. Je

(1) Léopold-Lévi. *C. R. de la Soc. de biol.*, 11 mai 1895, p. 365.
(2) Léopold-Lévi. *Presse méd.*, 1895, p. 245.

pense qu'il en est sans doute de même dans les affections hépatiques. »

En faveur de cette dernière hypothèse on peut faire valoir les cas de coma transitoire, tels que nous en avons rapporté deux exemples et qui ont une grande analogie avec le coma urémique, où existe de l'œdème cérébral. On peut faire valoir la constatation de l'œdème histologique du cerveau, que nous avons trouvé, plus ou moins accentué, dans quatre cas d'hépato-toxhémie terminés par le coma.

Ces faits concorderaient avec l'existence de l'œdème hépatique démontré par M. Hanot.

Il est à remarquer que l'œdème histologique se constate dans des cas où existe du délire, à l'exclusion de tout coma. C'est que l'œdème n'est que la traduction d'un trouble circulatoire, quelle qu'en soit la pathogénie (pression sanguine, altération du sang, altération des vaisseaux, troubles nerveux).

Aussi peut-on se demander, si, à localisation égale dans la zone psychique, par exemple, la réaction sous forme de délire ou de coma, ne dépend pas d'un état individuel des cellules cérébrales. Où bien, si l'œdème est produit par un agent toxique, les cellules du cerveau ne peuvent-elles être impressionnées d'une façon différente, suivant le poison qui agit?

TROISIÈME PARTIE

Pathogénie. — Les phénomènes nerveux décrits résultent du trouble ou de l'arrêt de toutes les fonctions du foie qui sont connexes. « Le foie, dit M. Hanot, joue un rôle de premier ordre dans la nutrition générale. » On pourrait incriminer : le trouble de la fonction glycogénique ; l'empoisonnement par l'urée [urémie dans les maladies du foie (Whitla, Debove)], bien que le foie malade fabrique moins d'urée et que l'intoxication doive être plutôt imputée aux composants de l'urée, ou nécessite, pour se produire, l'intervention du rein. Ils sont essentiellement le résultat d'une intoxication qui peut survenir sous deux conditions données : la cholémie ou l'acholie. C'est qu'en effet, ils se produisent :

Soit chez des malades atteints d'ictère ;

Soit en dehors de tout ictère.

Dans le premier cas, ils résultent de l'accumulation dans le sang des produits de la sécrétion biliaire.

Mais, à priori, la possibilité des phénomènes nerveux, en dehors de tout ictère, démontre que la théorie cholémique ne saurait être exclusive. Bien plus, l'absence habituelle de troubles nerveux chez les ictériques indique que ce n'est pas l'intoxication biliaire qui doit être accusée, mais les troubles du foie qui accompagnent ceux de la sécrétion biliaire. Autre argument : Alors même qu'il existe de l'ictère, celui-ci diminue, le plus souvent, au moment où apparaissent les phénomènes d'intoxication. En outre, il faut tenir compte de l'action directe de la bile résorbée sur le foie lui-même.

Nous arrivons donc à conclure que la cholémie se réduit, en fin de compte, à l'acholie et que l'intoxication a pour déterminisme physiologique la perte ou la diminution du pouvoir antitoxique du foie.

Nous allons procéder ici d'une façon détournée. Nous chercherons, dans la clinique animale, en ce qui concerne les phénomènes nerveux, les résultats de l'abolition des fonctions du foie, particulièrement de son pouvoir antitoxique. Il restera alors à déterminer quels sont les agents connus de l'hépato-toxhémie.

Pour abolir les fonctions du foie, trois procédés généraux sont applicables, qui ont pour but de « déshépatiser » les animaux :

1° Extirper le foie ;

2° Détruire les cellules hépatiques par des corps chimiques ;

3° Détourner le sang de la veine porte dans la veine cave inférieure (fistule porto-cave d'Eck).

I. *Extirpation du foie.* — Elle doit être pratiquée chez des animaux à systèmes porte et cave anastomosés, tels que les oiseaux et batraciens. — Minkowsky (1) a pratiqué sur des oies l'extirpation du foie, et a noté surtout de la somnolence, de l'apathie, des accès spasmodiques.

II. *Destruction du foie.* — Pick (2) a détruit les cellules hépatiques au moyen d'acide sulfurique introduit par le canal cholédoque. Les expériences ont porté sur des lapins, des chiens, des chats. Chez les chiens on notait au bout de dix-sept à vingt-cinq heures un stade d'asthénie cérébrale avec indifférence, apathie, sommeil prolongé. Les animaux ne réagissaient plus aux différentes excitations : lumineuse, auditive, cutanée. Les pupilles étaient larges. Le réflexe pupillaire complètement aboli. Les réflexes rotuliens étaient par contre exagérés. Puis survenait un stade de coma, interrompu par des convulsions toniques, d'une durée de dix à vingt minutes, allant parfois jusqu'à un véritable opisthotonos, ou des convulsions cloniques.

Denys et Strubbe (3) ont détruit les cellules hépatiques par des corps chimiques introduits dans les conduits biliaires. Ils choisirent pour leurs expériences l'acide acétique dilué. Les animaux utilisés furent des chiens. On nota de l'indolence, de l'apathie, de l'indifférence, une excitabilité réflexe très prononcée. Les animaux ne tardèrent pas à tomber dans un coma entrecoupé par des convulsions localisées ou généralisées.

III. *Suppression du foie par la fistule porto-cave.* — La réalité des troubles nerveux par absence des fonctions du foie a été démontrée dans le mémoire tout à fait remarquable de Nencki, Pawlow, Hahn, Massen (4), par la pensée qui l'a guidé et l'habileté qui a conduit à bien les expériences. Les auteurs ont reproduit l'opération physiologique imaginée par Eck (1877), qui consiste à détourner le sang de la veine porte dans la veine cave inférieure, en pratiquant une ouverture artificielle entre ces veines et en ligaturant la veine porte près du foie, opération tentée par Stolnikow en 1882.

Ils ont pratiqué : 1° la fistule d'Eck ; 2° la fistule d'Eck avec extirpation du foie ; 3° la fistule d'Eck avec ligature de l'artère hépatique.

Les auteurs ont opéré sur soixante chiens. Les deux tiers ont succombé à des causes accidentelles ; le reste a servi aux observations et expériences.

1° *Fistule d'Eck.* — Dès le début, l'attention de Massen et Pawlow a été tout particulièrement attirée par les phéno-

(1) Minkowsky. Uber den Einfluss der Leber Extirpation auf den Stoffwiechsel, *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, Bd. XXI, 1886, p. 47.

(2) Pick. Functionnelle Ausschaltung der Leber bei Säugethieren, *Arch. f. exper. Pathol.*, XXXII, 1893, p. 385-387.

(3) Denys et Strubbe. *La cellule*, t. IX, 1893, p. 447.

(4) Hahn, Massen, Nencki, Pawlow. *Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, 1892.

mènes d'ordre nerveux qui se manifestaient chez les chiens opérés.

Un nombre assez considérable d'animaux changent brusquement de caractère pour un temps plus ou moins long. Ce changement a lieu tout de suite après l'opération ou ne se manifeste qu'après quelque temps : de doux et obéissants qu'ils étaient, ils deviennent méchants et entêtés. Un chien, doux au possible, qui, porteur d'une fistule chronique de la vessie pendant plus de six mois, avait servi à des expériences pharmacologiques et à des démonstrations d'auditoire, est soumis à la fistule d'Eck. Le lendemain, il était déjà debout et mangeait avec appétit. Mais son caractère a tout à fait changé. Il est tellement furieux qu'il ne laisse même pas entrer dans sa cage le gardien qui le nourrit d'habitude. Les animaux sont continuellement en mouvement, tournent dans leur cage, montent aux murs, rongent tout ce qu'ils trouvent : l'écuelle, les barreaux de la cage, font des culbutes et finalement sont pris de convulsions cloniques et tétaniques.

Souvent ce qui a été surtout manifeste, c'est la somnolence, la faiblesse générale. L'animal reste généralement couché, ne se lève pas quand on l'appelle et dort presque tout le temps. Si on le force à se lever, il chancelle, les pattes de derrière fléchissent, il s'affaisse sur le train postérieur, s'appuyant d'abord sur les pattes de devant, qui, bientôt, glissent en avant, et il se laisse aller, de tout son corps, sur le plancher.

Quand on le force à marcher, l'ataxie de la marche est frappante. Il lève les pattes plus haut qu'il ne faut, les laisse retomber avec force sur le plancher, comme s'il voulait le frapper, les pattes se prennent l'une dans l'autre. Pendant les crises d'agitation, l'ataxie apparaît aussi, l'animal est alors continuellement en mouvement, mais ses mouvements sont maladroits et parfois exceptionnellement laids.

L'animal conserve parfois certaine pose pendant des minutes entières.

En même temps, on note divers autres troubles : l'amaurose, l'anesthésie à la douleur.

A cette phase succède l'excitation et la période des convulsions. Puis survient la phase de coma, qui se termine par la mort ou par une guérison parfois radicale.

Remarque importante : un animal qui vient de se rétablir après une crise de convulsions est sujet à une reprise de l'accès, s'il subit une irritation physique ou psychique.

Un fait que Massen et Pawlow ont mis en pleine lumière par leurs expériences, c'est le rapport entre l'alimentation des animaux et l'intensité des premières crises. Ils concluent : les chiens, chez lesquels le sang du canal digestif passe directement, par suite de l'opération d'Eck, dans la veine cave inférieure, sans pénétrer dans le foie, ne peuvent manger de viande, sans éprouver de graves dérangements du système nerveux entraînant parfois la mort.

2° *Fistule d'Eck et extirpation du foie.* — L'extirpation du foie avait pour but d'écarter, autant que possible, le fonctionnement de cet organe. Les deux opérations étaient faites simultanément ou isolément. Les auteurs ont pu exirper jusqu'aux 11/12 du foie. Le 12e restant, qui se composait de la partie du tissu du foie adhérente à la paroi de la veine, était broyé.

Pendant l'opération, l'animal contracte ses muscles. A la fin de l'opération, il tombe dans un coma très profond. Puis il présente des contractions d'abord dans certains muscles isolés. Ces contractions deviennent plus fréquentes, et finalement l'animal est en tétanos généralisé.

3° *Fistule d'Eck et ligature de l'artère hépatique.* — L'artère hépatique était liée après sa sortie du tronc cœliaque. On note surtout des phénomènes de coma et de convulsions.

Agents de l'hépato-toxhémie. — Quels sont les agents de l'intoxication ?

Déjà, en étudiant l'urine des grenouilles auxquelles il avait extirpé la glande hépatique, Nebelthau (1) a montré que l'urée cesse d'être sécrétée et est remplacée par de l'ammoniaque.

Chez les oies, Minkowsky (2) a noté, après l'extirpation du foie, la diminution de l'acide urique normal, et l'élévation du taux de l'ammoniaque éliminé principalement sous forme de lactate d'ammoniaque. C'est là un fait important, car l'acide lactique et l'ammoniaque peuvent provenir tous deux de la désassimilation des albuminoïdes et tous deux apparaissent également dans l'urine des malades atteints d'atrophie jaune aiguë du foie (Roger).

La question a fait un pas considérable en avant par le travail collectif de Hahn, Massen, Nencki et Pawlow.

Chez les chiens fistulisés, les auteurs ont noté dans l'urine une diminution de l'urée, l'augmentation passagère de la sécrétion de l'acide urique, l'augmentation de l'ammoniaque. L'ammoniaque s'élimine sous forme de carbamate d'ammoniaque. C'est à l'acide carbamique que des auteurs rapportent les phénomènes nerveux observés. Ils le constatèrent dans le sérum sanguin et dans l'urine, en plus grande quantité que dans l'urine normale. A l'état normal, l'urée se produit dans le foie aux dépens du carbamate d'ammoniaque (Hahn et Nencki). Le carbamate passe en plus grande quantité dans l'urine lors de la suppression du foie. Où se forme ce carbamate ? Il ne se forme d'ammoniaque en aucun point du canal intestinal, sauf dans le gros intestin. On ne peut admettre la transformation au niveau du foie des albumoses et peptones qui y sont apportées par le sang de la veine porte, puisque c'est justement quand les cellules ont subi la dégénérescence graisseuse ou sont atrophiées, que l'on trouve le plus d'acide carbamique dans le sang et les tissus de l'animal. Hahn et Nencki arrivent donc à conclure, que c'est en première ligne l'artère hépatique qui apporte le carbamate d'ammoniaque aux cellules du foie. Partout où l'oxydation de corps organiques se fait en milieu alcalin, il se produit de l'acide carbamique.

Pour démontrer que l'acide carbamique était bien le fauteur des troubles observés, Massen et Pawlow se sont livrés à toute une série d'expériences sur le chien (injections de carbamate de sodium dans le sang, introduction du carbamate dans l'estomac de chiens ayant subi ou non la fistule d'Eck). De toutes ces expériences il résulte qu'on a affaire à un seul et même agent toxique. Cet agent, à l'état normal, est neutralisé par le foie, qui le transforme en matière inoffensive.

Les auteurs ont en outre séparé l'intoxication par l'acide carbamique de l'intoxication par l'ammoniaque.

Il résulte donc du travail de Hahn, Nencki, Massen et Pawlow, que les phénomènes liés à la suppression du foie par la fistule d'Eck, sont imputables à l'acide carbamique, résultat habituel de l'oxydation des corps organiques. L'intoxication serait donc une véritable « carbamiémie ». M. Roger (3) a fait la critique de cette théorie qu'il trouve trop

(1) Nebelthau. *Zeits. f. Biol.*, t. XXV, 1888, p. 123.

(2) Minkowsky. Loc. cit.

(3) Roger. Rôle du foie dans les auto-intoxications, *Rev. gén. des sc. pures et appliquées*, n° 3, 25 fév. 1894.

simpliste. Pour lui, l'intoxication de l'organisme par les déchets de la vie cellulaire est une intoxication complexe. On ne connaît actuellement qu'un seul facteur, le carbamate d'ammoniaque, qui, dit-il, est peut-être le moins important.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1896. — Présidence de M. MONOD.

DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DU LOBULE DE L'OREILLE

M. QUÉNU résume la discussion et les diverses opinions qui ont été émises par ses différents collègues. L'opinion généralement admise jusqu'ici a été que les tumeurs décrites dans le rapport de M. Picqué n'étaient autres que des kéloïdes. M. Félizet a admis deux variétés de kéloïdes, les vraies et les fausses kéloïdes, les unes se rattachant à un état général, les autres qu'il considère comme des fibromes sous-cutanés. Mais, d'après les examens histologiques qui ont été faits, les kéloïdes ne sont elles-mêmes que des fibromes. Cornil, Ranvier, Lancereaux décrivent histologiquement les kéloïdes comme des fibromes sous-cutanés. Quand, en effet, on examine une kéloïde, on trouve la structure d'un fibrome. Dans quelques-unes même on aurait trouvé la structure du sarcome. Ici, M. Quénu élève quelques doutes. Quel serait ce sarcome qui disparaîtrait sous l'influence de cautérisations ou de scarifications répétées? Jamais sarcome n'a présenté pareille allure. On a aussi insisté sur le développement vasculaire de ces tumeurs kéloïdiennes. M. Broch a, en effet, signalé l'érectilité de ces tumeurs kéloïdiennes.

Au point de vue de la thérapeutique, il est tout naturel que les chirurgiens aient songé à enlever ces tumeurs. Toutefois, Richet déjà considérait l'ablation comme très décevante et il était revenu à la compression. M. Quénu a également opéré ces tumeurs, puis il y a renoncé devant les insuccès constants de l'ablation. Il estime d'ailleurs que ces tumeurs sont, non des néoplasmes, mais des troubles de la nutrition, des troubles trophiques. C'est, du reste, l'opinion de M. Lancereaux qui les décrit sous le nom de tropho-névroses. M. Quénu, comme mode de traitement, a eu recours avec succès à l'électrolyse. Il rapporte deux observations dans lesquelles l'électrolyse lui a donné d'assez bons résultats, bien que les malades ne puissent pas encore être considérés comme entièrement guéris.

M. BERGER admet qu'on peut observer sur le lobule de l'oreille deux sortes de tumeurs bien distinctes, les vrais fibromes d'une part, et les kéloïdes d'autre part. Il passe en revue les caractères différentiels de ces diverses variétés de tumeurs, des kéloïdes, des fibromes et des sarcomes. Chacune de ces variétés a des caractères bien tranchés et qui permettent de les différencier assez facilement les unes des autres.

M. Berger se range à l'opinion de M. Quénu sur la nature des kéloïdes; et c'est également pour lui des lésions trophiques.

M. Berger ne pratique pas l'ablation des kéloïdes. Il a tour à tour employé les scarifications et l'électrolyse. Malheureusement ces deux méthodes sont d'une extrême lenteur et nécessitent un grand nombre de séances qui finissent par lasser le malade et le chirurgien. Lorsque la kéloïde dépasse un certain volume, les moyens thérapeutiques deviennent tout à fait décourageants, et l'on est obligé d'y renoncer. M. Berger a même vu des accidents se produire à la suite de l'électrolyse ou des scarifications, ou des moyens anesthésiques locaux employés pour les appliquer.

M. ROUTIER fait observer qu'au point de vue clinique comme au point de vue du traitement, les kéloïdes de l'oreille diffèrent de celles du cou ou du sternum. Ces dernières ne peuvent pas s'enlever comme les kéloïdes du lobule de l'oreille. Le point de départ de ces tumeurs est bien nettement cutané. M. Routier ne sait donc pas pourquoi on les appellerait des fibromes.

M. TUFFIER n'a aucune expérience de l'électrolyse. Il la croit applicable aux kéloïdes du lobule de l'oreille ; mais il ne croit pas qu'elle puisse être appliquée à celles de la région sternale. Deux fois, il est intervenu chirurgicalement, et il a eu des récidives.

Dans deux autres cas, il a obtenu la guérison par la compression pure et simple.

M. QUÉNU dit qu'aux réfrigérants comme anesthésiques locaux, il préfère la cocaïne en injections sous-cutanées. Il maintient que l'électrolyse est le traitement de choix des kéloïdes. Il repousse absolument l'ablation.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE, revenant sur la question de diagnostic, répète que, quand il y a d'autres kéloïdes sur d'autres parties du corps, quand, après l'ablation, elles récidivent, les tumeurs du lobule de l'oreille, même si elles ont l'aspect fibroïde, ne peuvent être que des kéloïdes. Quant au traitement, on peut dire que tous les traitements préconisés contre les kéloïdes ont réussi, même l'ablation. Les résultats que MM. Quénu et Berger ont obtenus de l'électrolyse ne sont pas si encourageants, puisque leurs malades n'ont jamais été complètement guéris. Avec les extirpations successives on arrive à voir disparaître ces tumeurs. On a tout tenté, même les cautérisations, qui constituent le plus mauvais moyen. On paraît avoir obtenu quelques succès de l'emploi de l'extrait thyroïdien. M. Championnière préfère l'ablation, en s'appliquant à obtenir une réunion parfaite à l'aide de fils qui ne soient pas irritants.

M. KIRMISSON dit qu'il résulte de cette discussion, qu'il y a bien véritablement deux sortes de tumeurs du lobule de l'oreille : les tumeurs kéloïdiennes et les véritables tumeurs fibreuses sous-cutanées. En clinique, ces deux variétés de tumeurs se comportent d'une façon absolument différente. Il faut donc maintenir cette distinction.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux (1), par M. le professeur RAYMOND.

Le professeur Raymond vient de réunir en un volume la première série des leçons qu'il a faites depuis qu'il a été chargé de la lourde succession de Charcot à la Salpêtrière. Quelques-unes d'entre elles ont, au cours de cette année, été publiées par différents journaux et ont déjà permis d'apprécier la netteté, la précision, la lumineuse clarté dans la conception et l'exposition des faits, qui sont les caractères dominants du nouveau professeur de clinique des maladies du système nerveux. La réunion de toutes ces leçons en un seul volume met toutes ces qualités en pleine lumière; la lecture en est d'un intérêt considérable. Quelques-unes méritent peut-être plus que d'autres qu'on les analyse, car elles sont inédites et par conséquent moins connues de la majorité des lecteurs.

Dès l'abord (« Leçon d'ouverture; l'œuvre d'un homme; l'œuvre d'une époque »), on assiste aux débuts de Charcot à la Salpêtrière, « dans cette cité de misère où il est mis en contact quotidien avec des vieillards, qui, en leur qualité d'incurables, avaient jusqu'alors médiocrement attiré l'attention des médecins : c'est dans ce milieu peu suggestif en apparence que Charcot trouva l'occasion d'étudier les carac-

(1) Un vol. gr. in-8°. Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

tères généraux de la pathologie sénile; c'est là qu'il publia ses *Leçons sur les maladies des vieillards*, lesquelles, à vingt-cinq ans de distance, excitent encore l'admiration de ceux qui les lisent ».

De l'étude parallèle de « l'Homme et de l'époque » doit se dégager, dans la pensée du professeur Raymond, la preuve que si Charcot n'a pas été le créateur de la neuro-pathologie, il a eu cependant la plus grande part à l'avancement de cette branche de la médecine qui, actuellement, surpasse toutes les autres en importance, tandis qu'elle était encore dans les limbes au moment où il fit son entrée dans la carrière.

Or, trois grands domaines de la neuro-pathologie ont été particulièrement explorés, même illustrés par Charcot, à savoir : les localisations cérébrales et spinales, l'hystérie et l'hypnotisme.

Les connaissances acquises formaient un ensemble satisfaisant pour l'esprit; et déjà cependant, des progrès se sont faits, palpables, évidents, en la période contemporaine, qui ont fait surgir une conception nouvelle de la structure fixe et de l'organisation des centres nerveux, qui nous ont fait admettre que ceux-ci ne sont que des agrégats d'unités anatomo-physiologiques contiguës, juxtaposées, les neurones.

Cette théorie ruine la conception que nous avons appris à connaître du réseau continu de Gerlach; elle est due aux belles recherches de Ramon y Cajal, qui nous ont fourni la preuve, *de visu*, de l'absence d'anastomoses entre les prolongements cellulaires de n'importe quel ordre. Il n'existe de rapport de continuité ni entre les ramifications en lesquelles se résout le prolongement des cellules de Golgi, peu après sa naissance, ni entre les ramifications des collatérales qui se détachent du prolongement cylindro-axile des cellules du premier type, ni entre les ramifications terminales de ce prolongement cylindro-axile.

Bref, — et ce sont là des faits sur lesquels le professeur Raymond attire à juste titre l'attention, — on n'admet plus entre les éléments constituants, cellules nerveuses des centres nerveux, que des rapports de contiguité, comparables à ceux qui existent entre les terminaisons des fibres nervo-motrices et les faisceaux musculaires. Dans la substance grise des centres nerveux, il n'existe pas de réseau au sens propre du mot, mais un simple feutrage. Ce feutrage provient de l'entrecroisement des plus fines ramifications des prolongements cellulaires de tout ordre. Il a reçu le nom de neuropilème (His) et ses éléments constituants, les cellules nerveuses avec leurs prolongements, ont été désignés par Waldeyer sous le nom de *neurones*.

A la suite de ce préambule, destiné à nous faire parcourir les différentes étapes qu'a traversées la neuro-pathologie jusqu'à nos jours, le maître met à profit les inépuisables ressources de son service de clinique, et nous trouvons toute une série de leçons dans lesquelles le fait clinique est minutieusement analysé et toujours mis en parallèle avec les acquisitions nouvelles de la science, qui viennent, en quelque sorte, le compléter.

Ici, c'est l'histoire des « Lésions de la queue de cheval », lésions intéressantes en raison de la lumière que leur étude a jetée et pourra jeter encore sur les dégénérescences secondaires des cordons postérieurs et sur la constitution anatomique du système sensitif de la moelle, — et surtout en raison des succès que les chirurgiens ont déjà obtenus en intervenant contre des affections qui occasionnent souvent des souffrances atroces, allant jusqu'à rendre l'existence intolérable aux malades.

Les symptômes que provoquent les lésions de cette partie de l'axe nerveux peuvent se résumer en quelques mots.

Paraplégie douloureuse compliquée d'une anesthésie cutanée, assez nettement circonscrite, n'affectant que les muscles innervés par le plexus sacré et des troubles de la miction et de la défécation, en rapport à la fois avec une paralysie des sphincters et avec une anesthésie de la vessie et du rectum.

En ajoutant à ces signes certains troubles trophiques, certains troubles des fonctions génitales chez l'homme, certaines modifications des réflexes tendineux et des réactions électriques, on peut se faire une idée d'ensemble très complète des éléments qui composent le tableau clinique des affections de la queue de cheval.

Plus loin, c'est l'étude d'un cas de « Syndrome de Brown-Séquard d'origine syringomyélique ». La syringomyélie, quoique récemment entrée dans le cadre neuro-pathologique, se présente déjà sous des aspects extrêmement variés. Au fur et à mesure que l'étude de cette maladie est devenue plus attentive, que les investigations cliniques et anatomiques se sont répétées, on a appris à la reconnaître sous des traits insolites. Déjà Oppenheim avait tenté d'en décrire des formes atypiques; le professeur Raymond a fait connaître le type bulbo-protubérantiel; il insiste sur un fait de syringomyélie unilatérale en quelque sorte, puisqu'elle a produit du côté gauche une hémiplégie motrice du type spinal, avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde, accompagnée de fourmillements aux extrémités et d'amyotrophie scapulo-humérale du côté droit, une hémi-anesthésie de type spinal avec dissociation dite syringomyélique accompagnée de douleurs et de paresthésies variées.

La leçon « Sur un cas d'ophtalmoplégie externe bilatérale et d'hémiplégie droite consécutive à la rougeole » est un nouvel exemple du rôle des infections dans le déterminisme des lésions des centres nerveux, que de nombreux et récents travaux de médecine expérimentale ont bien mis en lumière.

Dans le chapitre dit « Sur une variété particulière de paralysie alterne », il s'agit d'un cas rare, consistant en une hémiplégie droite associée à une paralysie du moteur oculaire externe gauche. C'est, en somme, la traduction clinique d'une lésion étroitement localisée, indiquant presque toujours la présence d'un foyer situé en plein mésocéphale, c'est-à-dire dans cette région encéphalique qui s'étend du bulbe aux pédoncules cérébraux. M. Raymond étudie à ce propos diverses modalités cliniques fort complexes, qui sont provoquées par des lésions bilatérales de la protubérance.

Ce sont là de simples extraits; mais il faudrait tout citer : les leçons sur la paralysie générale du deltoïde, sur la compression hémorragique du plexus brachial, sur les paralysies radiculaires du même plexus, sur la sclérose latérale amyotrophique, sur les paralysies pseudo-bulbaires d'origine cérébrale, sur l'étiologie et le traitement de l'épilepsie Bravais jacksonienne, sur l'hérédité en pathologie nerveuse, sur les myoclonies, sur les délires ambulatoires ou les fugues, manifestations pathologiques encore bien mal connues, que l'on peut qualifier d'obsessions psychasthéniques, d'obsessions du dégénéré...

« A l'exemple de Charcot, dit le professeur Raymond, je n'ai laissé qu'une place très restreinte à l'improvisation dans la délivrance de ces leçons. Je me suis imposé, comme règle, de les préparer consciencieusement et de m'entourer de tous les documents qui pouvaient servir à l'instruction et à l'édification de mes auditeurs. »

M. Raymond a tenu parole, et ce premier volume en fait souhaiter un second.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 69. — MARDI 16 JUIN 1896. 69e ANNÉE. MARDI 16 JUIN 1896. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 juin 1896.

La dernière cédule du projet d'impôt sur les revenus, actuellement en discussion, constitue une véritable taxe d'habitation basée sur le loyer.

D'après ce projet, la taxe sera majorée :

1° De 5 p. 100 pour chaque domestique du sexe féminin en sus de la première;

1° De 10 p. 100 pour chaque domestique du sexe masculin;

3° De 5 p. 100 pour chaque cheval et chaque voiture passible des contributions établie par les lois de 1862, 1872, 1895.

Il est dit en outre : dans le calcul de la majoration ne sont pas compris :

1° Les domestiques employés pour les exploitations agricoles ou professionnelles quelconques;

2° Les chevaux et les voitures qui ne sont utilisées que pour l'exercice d'une profession.

Il semblerait donc que dans l'esprit de ce projet un médecin ayant cuisinière, cocher, cheval et voiture dût être soustrait à la majoration, autrement cette majoration atteindrait 20 ou 25 p. 100.

Mais nous sommes payés, ou plutôt nous avons payé et nous payons encore, pour savoir avec quelle fantaisie les agents du fisc interprètent les lois en notre défaveur.

Il est donc utile que la question que nous soulevons soit portée devant la Chambre par l'un des nombreux confrères qui y siègent. Il serait indispensable qu'on rappelât que le cheval et la voiture du médecin constituent des instruments de travail, dont un praticien de campagne ne peut pas plus se passer qu'un agriculteur ne peut se priver de ses chevaux et de ses voitures.

Le projet du ministre des Finances est actuellement en discussion devant la Commission du budget, c'est dire que la discussion générale est proche; c'est pourquoi nous attirons l'attention de nos confrères sur ce point, prévoyant, pour la profession, une charge nouvelle à ajouter à celles déjà existantes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos lecteurs sur le danger qu'ils encourent en délivrant des certificats avec une trop facile complaisance. L'exemple suivant en est la preuve :

M. M... avait été, en 1893, poursuivi devant le tribunal correctionnel de la Seine, à la requête d'une femme R..., pour injures publiques et pour coups et blessures volontaires.

Sur la déposition des témoins cités par la plaignante et le vu d'un certificat médical délivré par le docteur X..., M. M... fut condamné à 25 francs d'amende et 100 francs de dommages-intérêts. Cette condamnation fut confirmée par la Cour.

Cependant, sur les énergiques protestations du condamné, une instruction judiciaire fut ouverte et n'a pas tardé à démontrer que les faits allégués à sa charge n'avaient jamais existé. Ils avaient été imaginés dans une pensée de haine contre M. M... et faussement affirmés par la plaignante, ainsi que par deux témoins que la femme R... avait subornés. Les auteurs et complices de ce faux témoignage ont été, à leur tour, traduits devant la juridiction correctionnelle et condamnés à trois années de prison, en février dernier.

Dans ces conditions, M. M... a demandé compte au docteur X..., devant le tribunal civil, de la faute qu'il aurait commise en délivrant imprudemment le certificat médical produit dans la première instance correctionnelle et lui a réclamé de ce chef 5000 francs de dommages-intérêts.

L'affaire a été plaidée devant la 5e chambre. Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu que les conclusions formulées (par le docteur) impliquaient l'existence certaine de lésions dûment constatées par le médecin, que, de plus, elles indiquaient la cause et les conséquences de ces lésions avec une précision qui ne laissait aucune place au doute;

Attendu cependant que l'examen auquel s'était livré le docteur X... n'était pas de nature à justifier de semblables conclusions, puisqu'il résulte non seulement des premières énonciations du certificat lui-même, mais encore des explications fournies par le défendeur au cours de l'instruction judiciaire ultérieurement suivie, que le docteur X... n'avait constaté par lui-même aucune lésion; qu'il n'avait découvert aucun indice matériel, aucun signe pathologique de la fracture ou contusion diagnostiquée par lui et qu'il n'avait

purement et simplement fondé son diagnostic sur la douleur que la prétendue malade déclarait ressentir, c'est-à-dire en réalité sur une simple déclaration; que, par suite, le certificat délivré par lui n'était autre chose qu'un certificat de confiance;

Que, si, au point de vue du traitement à prescrire, le médecin est libre d'ajouter foi aux affirmations du client qui le consulte, il ne saurait lui être permis d'attester comme un fait acquis et résultant de sa constatation personnelle, l'existence d'une lésion qu'il n'a pu vérifier par lui-même; qu'à plus forte raison, il agit avec la plus grande imprudence en certifiant sur la seule déclaration du client la cause de la prétendue lésion et même les circonstances dans lesquelles elle se serait produite, comme dans l'espèce la chute sur le sol;

Que cette imprudence est d'autant plus condamnable que, dans les circonstances de la cause, le docteur X... ne pouvait ignorer l'usage qui serait fait du certificat délivré par lui;

Le jugement reconnaît la bonne foi du défendeur.

Le tribunal condamne le docteur X... à payer à M. M... la somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts et le condamne, en outre, aux dépens. »

M. Lemoine est de ceux qui croient à la **scarlatine à rechute** (Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 juin 1896). Sur 200 cas de scarlatine soignés par lui à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en 1895, il a vu survenir deux rechutes vraies, l'une au vingt-deuxième et l'autre au trentième jour de la maladie.

Il pense que l'on doit et que l'on peut distinguer les rechutes vraies des éruptions scarlatiniformes dues le plus souvent à une infection secondaire par le streptocoque.

M. Galliard présente une femme atteinte d'**oblitération de l'artère axillaire droite**. Actuellement, la malade est dans l'impossibilité de se servir de ce membre, qui présente un notable degré de raideur. Le poignet est en demi-flexion, les articulations sont tuméfiées, la peau est violacée; il y a à la paume de la main un certain degré de desquamation; la main est plus chaude de ce côté que du côté opposé. Les battements des artères du membre supérieur sont complètement abolis.

L'affection a débuté brusquement, vers le milieu d'avril, par une douleur intense dans l'épaule. L'avant-bras et la main ont pris une teinte cyanosée inquiétante, et se sont refroidis. Dès lors, on a constaté la suppression des pulsations artérielles. La malade étant atteinte d'un rétrécissement mitral, il est très probable qu'un caillot détaché du cœur est allé oblitérer l'artère axillaire. Il y a eu des douleurs intenses pendant une quinzaine de jours, menace de gangrène, puis la circulation se rétablissant, le membre a pris l'attitude et l'aspect qui ont été décrits plus haut.

MM. Launois et Œttinger ont soumis à la **photographie par les rayons de Rœntgen** les mains de malades atteints de **rhumatisme déformant**, ou tout au moins d'une forme spéciale de rhumatisme déformant.

On peut constater, qu'en réalité, les extrémités osseuses ne sont pas augmentées de volume, mais on peut apercevoir, à leur pourtour, une auréole ombrée qui correspond, très probablement, aux parties fibreuses tuméfiées. Il s'agirait là, en somme, de cas particuliers de rhumatisme fibreux déformant.

Nous ajouterons pour notre part, que cette forme de rhumatisme est probablement une forme curable, qui va bien avec l'absence de véritables déformations osseuses.

M. Dalché lit une observation d'**ictère infectieux à rechute**, maladie à laquelle on donne, en Allemagne, le nom de maladie de Weil. M. Albert Mathieu, qui en a publié un cas très net, quelques mois avant l'auteur allemand, lui a donné pour titre : typhus hépatique bénin avec rechute.

La première phase de la maladie est caractérisée par une fièvre élevée, un état typhoïde, des douleurs musculaires intenses, de l'ictère, des urines colorées par la bile, des matières fécales décolorées, de l'albuminurie, de la tuméfaction de la rate. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, l'état général s'améliore et l'ictère disparaît; ce n'est là qu'une trompeuse rémission : il se fait bientôt une nouvelle poussée semblable à la première, plus grave quelquefois, la fièvre et l'ictère reparaissent, puis la guérison définitive a lieu.

La malade de M. Dalché était accidentellement tombée dans la Seine et elle y avait ingéré une certaine quantité d'eau. Sa maladie commença après une incubation de douze jours. Il y a toute une série de faits dans lesquels cette maladie est survenue après l'ingestion d'une eau de fleuve suspecte. La charcuterie de mauvaise nature et en voie de putréfaction pourrait aussi être incriminée.

M. Netter rappelle qu'en Allemagne, on a uniformément donné le nom de maladie de Weil à des faits d'ictère infectieux avec ou sans rechute.

M. Hanot pense qu'on doit distinguer comme un type clinique à part l'ictère infectieux à rechute. Il en a récemment observé un cas bien net.

Il existe donc une forme d'ictère infectieux, dans laquelle la rechute est un phénomène caractéristique : il faut séparer ce type des autres ictères infectieux et ne pas confondre dans la même appellation des choses cliniquement dissemblables.

Un malade de M. Ballet était atteint d'une hémiplégie consécutive à une **hémorragie cérébrale**. Il succomba à une bronchopneumonie. A l'autopsie du cerveau, on trouva sur des coupes le foyer présumé d'hémorragie. L'examen histologique montra au pourtour de ce foyer une intense **diapédèse de globules blancs** et une distension marquée des capillaires. Au voisinage des vaisseaux dilatés, de nombreux cocci. MM. Ballet et Dutil ont pensé que la lésion hémorragique avait servi de point d'appel à l'infection et que les microbes étaient venus se fixer de préférence dans un lieu de moindre résistance. C'est par un mécanisme semblable que s'expliquent sans doute les changements qui se produisent chez les hémiplégiques à la suite d'une infection survenue plus ou moins longtemps après leur lésion cérébrale.

OBSERVATION DE SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE PRÉCOCE (1)

Par M. Du Cazal,

Médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

On sait aujourd'hui que, dans le cours de la syphilis, les accidents cérébro-spinaux peuvent se montrer beaucoup

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

plus tôt qu'on ne le croyait autrefois. On a, en effet, publié des cas de syphilis cérébro-spinale survenue dans la première année et même dans les cinq ou six premiers mois qui suivaient l'infection. C'est là une connaissance qu'ont vulgarisée en particulier les leçons de M. le professeur Fournier.

Ces derniers faits ont été cependant révoqués en doute et je crois, en tout cas, que, pour plusieurs d'entre eux, la chronologie des accidents n'est pas toujours établie d'une façon indiscutable.

Le malade qui fait l'objet de l'observation ci-dessous détient actuellement, je crois, pour employer le langage moderne, le record de la précocité en matière de syphilis cérébro-spinale, dont les premières manifestations ont apparu chez lui quatre mois exactement après l'accident primitif.

Le 29 octobre 1895, ce malade entre à l'infirmerie pour un chancre survenu quinze jours auparavant, soit, à un ou deux jours près, le 15 octobre.

Le 17 février, il se plaint d'une céphalée à exaspération nocturne qui augmente rapidement d'intensité les jours suivants, et le 24 février éclatent brusquement deux crises successives d'épilepsie partielle, restées uniques, du reste.

Or, du 15 octobre, date d'apparition de chancre, au 17 février, date d'apparition de la céphalalgie, c'est-à-dire du premier phénomène indiquant la localisation des effets du virus syphilitique sur l'axe cérébro-spinal, il s'est, comme je le disais très exactement, écoulé quatre mois.

C'est par cette particularité que m'a paru intéressante cette observation que je résume :

B..., âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, jouit habituellement d'une bonne santé et ne se rappelle pas avoir jamais été malade.

Le 29 octobre 1895, il est admis à l'infirmerie pour un chancre syphilitique siégeant à la rainure balano-préputiale. Ce chancre, unique, est circulaire, cratériforme et présente à sa base une induration cartilagineuse absolument caractéristique.

Il s'accompagne d'une pléiade ganglionnaire des régions inguino-crurales.

Le 5 décembre, apparaît une syphilide papuleuse du tronc et des membres et, le 1er janvier 1896, se montrent des plaques muqueuses dans la gorge et sur les lèvres.

Le 17 février, B... se plaint de céphalalgie et d'insomnie; il présente de la fièvre.

Les jours suivants, cette céphalalgie devient de plus en plus violente, surtout pendant la nuit, et prive le malade de tout sommeil. Bientôt apparaissent aussi de vives douleurs dans les membres inférieurs, vives surtout pendant la nuit et présentant tous les caractères des douleurs ostéocopes.

Malgré un traitement consistant en frictions mercurielles et administration à l'intérieur de 20 grammes de liqueur de Van Swieten et de 2 grammes d'iodure de potassium, ces phénomènes nerveux augmentent, et le 24 février, à sept heures du matin, éclate une première attaque d'épilepsie partielle; le malade pousse un cri et tombe sans connaissance; les mouvements convulsifs sont limités au côté gauche du corps.

Une seconde attaque, en tout semblable à la première, éclate vers neuf heures du matin, pendant la visite du médecin, M. Famechon, à l'obligeance duquel nous devons ces renseignements, qui fait immédiatement transporter le malade à l'hôpital.

A notre première visite, nous le trouvons dans un état de profonde stupeur qui, du reste, persistera longtemps; il ne répond qu'avec une grande lenteur aux questions qui lui sont adressées; il cherche ses mots et bégaye en parlant; la mémoire est diminuée et les fonctions psychiques en général paraissent avoir subi une sérieuse atteinte.

La langue porte la trace d'une blessure très profonde faite pendant l'une des attaques du matin.

Le pouls est petit, filiforme, mais régulier; on compte 144 pulsations à la minute.

La respiration s'exécute de façon normale.

La sensibilité cutanée et des sens ne paraît pas atteinte; mais il existe un degré assez prononcé de parésie des membres supérieurs et surtout inférieurs. Le malade ne peut se tenir debout parce que ses jambes refusent de le porter et se dérobent sous lui. De plus, lorsque, en le soutenant, on essaye de le mettre sur ses pieds et de lui faire faire quelques pas, il est pris de vertige.

Pas de paralysie des sphincters.

Il présente un aspect cachectique assez prononcé; sur les membres inférieurs on découvre deux plaies, grandes chacune comme une pièce de 2 francs, et dont l'aspect blafard est peu satisfaisant.

Les urines renferment une quantité assez notable d'albumine.

Il est facile de retrouver l'induration cartilagineuse laissée sur la verge par le chancre complètement cicatrisé, et l'on constate l'hypertrophie des ganglions inguinaux et sus-épitrochléens.

J'institue aussitôt un traitement intensif par les frictions mercurielles qui, commencées à la dose de 4 grammes, sont rapidement portées à 12, et par l'iodure de potassium administré à l'intérieur à la dose initiale de 6 grammes portée en six jours et continuée à la dose de 16 grammes.

Le malade ne présenta plus d'attaque d'épilepsie; mais, malgré ce traitement, il présenta les accidents les plus graves qui me donnèrent sur l'issue de sa maladie les plus vives inquiétudes.

La cachexie, loin de s'arrêter, fit d'inquiétants progrès; la nutrition se faisait mal; la céphalée et les douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs persistaient avec la même intensité, privant le malade de tout sommeil; celui-ci était agité la nuit et, à plusieurs reprises, présenta même du délire.

Sur le corps apparurent successivement de nombreuses ulcérations, qui débutaient par une bulle pemphygoïde; celle-ci s'ouvrait et laissait une plaie qui prenait l'aspect d'un ulcère, sans tendance à la cicatrisation.

L'albumine ne disparut complètement des urines que le 4 mars.

Le traitement fut suivi avec la même sévérité du 24 février au 4 avril, soit exactement pendant quarante jours.

L'amélioration fut très longue à se produire, et se fit d'une façon tellement insensible qu'il était à peine possible de la constater d'une semaine à l'autre.

Petit à petit nous vîmes le malade se réveiller, sortir de sa stupeur, reprendre intérêt aux choses extérieures, se mêler à la conversation et aux jeux de ses camarades. Les maux de tête et les douleurs ostéocopes cédèrent, et le sommeil revint peu à peu. Les plaies, pansées à la liqueur de Van Swieten, finirent par se cicatriser et il ne s'en produisit plus de nouvelles. Enfin, vers la fin de cette période, le malade put se lever et faire quelques pas dans la salle.

Il était néanmoins dans un état assez grave, mais il avait complètement perdu l'appétit, et craignant de voir la cachexie reparaître, je suspendis tout traitement spécifique pendant quinze jours, que j'employai à le tonifier le plus possible.

Le traitement spécifique fut repris le 20 avril; dans cette seconde période, et dès le début, l'amélioration fit des progrès bien plus rapides que dans la première; cette seconde période (frictions avec 10 grammes de pommade mercu-

rielle double et administration de 12 grammes d'iodure de potassium) sera poursuivie également pendant quarante jours, mais le malade va aujourd'hui absolument bien, et tous les accidents qu'il a présentés ont disparu.

HOPITAL MILITAIRE DE SIDI-BEL-ABBÈS

Coup de feu de l'abdomen; laparotomie; mort (1).

Par le docteur H. Nimier,

Médecin-major de première classe.

R... (Bénita), femme espagnole âgée de vingt-neuf ans, est apportée à l'hôpital de Bel-Abbès, le 12 août, à dix heures du matin.

D'après ses dires et ceux de son mari, la veille, à onze heures du soir, ce dernier, en vérifiant son révolver, l'aurait accidentellement blessée, alors que, se déshabillant, elle n'était revêtue que de sa chemise et se trouvait placée à la gauche du tireur. La balle n'avait pas dû pénétrer, car la chemise n'avait pas été perforée. Ces renseignements étaient faux, et cependant ils rendaient bien compte de l'aspect extérieur de la plaie cutanée.

Il existe à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite une perte de substance cutanée de 1 centimètre de long transversalement, large de haut en bas de 5 millimètres, à bords et à fond nets, entourée d'une ecchymose arrondie. L'exploration à la sonde cannelée, la malade non endormie, révèle que la peau est simplement décollée sur une largeur de 1 centimètre environ au pourtour de la plaie; elle ne décèle aucun trajet profond. Le diagnostic de gouttière superficielle est porté, et un pansement iodoformé ouaté est appliqué sur l'abdomen.

Ce diagnostic semble suffisamment établi pour faire rejeter l'idée d'une laparotomie exploratrice. Du reste, le ventre est à peine sensible à une palpation prudente; l'état général de la blessée ne présente rien de saillant, la température est normale; le pouls est rapide — 95 pulsations — peut-être émotif; cette femme aurait été traitée récemment pour des crises de grande hystérie. La nuit, passée sans pansement malgré une hémorragie qui aurait été assez abondante, a été un peu agitée; toutefois la malade n'a pas vomi, elle a eu deux selles et une miction normales. Un seul symptôme, qui alors était inexplicable, attirait mon attention; la blessée se plaignait de ne pouvoir étendre complètement sans souffrir le membre inférieur droit.

Pour bien préciser le diagnostic, j'exigeai que le mari allât me chercher la chemise de la blessée et, à défaut de la balle, une cartouche de son revolver. Lorsque ces objets me furent apportés à deux heures de l'après-midi, la scène avait changé. La température est de 38°5, le pouls bat 115, le ventre est assez douloureux sans maximum localisé; la blessée se plaint d'avoir souffert pour uriner (urines normales), elle a rejeté une potion antispasmodique qu'elle a prise par gorgées, le facies est à peine altéré, la respiration normale.

L'examen de la chemise, du reste, montre un trou maculé de noir sur son bord droit, tandis que sur son bord gauche la toile est tassée et effilochée; la balle a donc bien frappé la femme de gauche à droite; cette balle n'a pas été retrouvée, mais elle est du calibre de 11 millimètres. Enfin, la blessée précise que, au moment où elle a été frappée, elle se trouvait accroupie sur son vase de nuit, que son mari était placé debout à 1 mètre environ en face d'elle, un peu sur sa gauche. La blessure était donc pénétrante, malgré l'exploration négative de la plaie cutanée, et, comme l'indiquait la douleur provoquée par l'extension du membre, la balle était allée se loger dans le petit bassin.

La blessée endormie, une exploration du trou d'entrée est tentée; incision de la peau et du muscle grand oblique, au-dessous duquel une grosse sonde ne peut s'engager que dans la direction du pubis, puis est arrêtée par la gaine du droit antérieur. Ce second résultat négatif de l'exploration constaté, la laparotomie est pratiquée; incision médiane, longue de quatre travers de doigt, d'une paroi rigide de nulle part avec couche adipeuse notable, incision située à égale distance du pubis et de l'ombilic. Le péritoine ouvert, il s'échappe un grand verre de liquide louche, sanglant, sans odeur fécale. Avec des tampons, le petit bassin est asséché, puis l'intestin grêle congestionné est dévidé sans être sorti du ventre; on essuie de nombreuses plaques de fausses membranes purulentes peu adhérentes à la séreuse intestinale, laquelle est fortement injectée et dépolie. Le dévidement conduit vers le flanc gauche et, comme les anses tendent à devenir normales, l'incision est prolongée jusqu'à l'ombilic pour permettre l'exploration de la fosse iliaque droite et du cæcum. A l'union de ce dernier et de l'intestin grêle, dans l'angle sous-jacent à leur anastomose, existe une perforation cæcale unique avec issue d'une petite quantité de matières fécales, masquée en partie par une frange épiploïque déchiquetée.

La région est détergée et trois points de suture, difficiles à placer en raison de la profondeur des parties, ferment cette plaie intestinale à bords relativement nets et de 1 centimètre environ de diamètre. Deux bandelettes de gaze iodoformée sont disposées en drain depuis le point suturé jusqu'à l'angle supérieur de l'incision pariétale; par son angle inférieur sortent deux drains de caoutchouc plongeant l'un dans le petit bassin en arrière de l'utérus, l'autre dans la fosse iliaque droite. L'angle inférieur droit du grand épiploon souillé de caillots et très injecté a été réséqué.

Suture en surjet du péritoine, suture à points séparés des muscles droits, surjet de leur aponévrose antérieure, suture cutanée aux crins de Florence, pansement iodoformé ouaté. L'opération a duré une heure et demie (de trois à quatre heures et demie), depuis le moment où la femme a été prise et reportée dans son lit.

Le réveil a lieu immédiatement sans shock apparent (la température de la salle d'opération était normalement de 30 degrés); en vue de favoriser l'élimination des toxines par la sueur et les urines, l'opérée est enveloppée dans une couverture de laine, et par gorgées elle prend une potion avec 1 gramme de teinture de scille et de digitale additionnée de 10 centigrammes d'extrait d'opium. Le pouls, petit, bat 125; la température monte à 38°9 (six heures), atteint 40 degrés (sept heures), puis retombe à 38 degrés (huit heures); le pouls se relève un peu, mais reste aussi fréquent. La blessée, qui a toute sa connaissance, se plaint de faiblesse et de soif. Vers six heures, elle a deux vomissements de liquide un peu verdâtre. A dix heures, elle a un premier frisson suivi d'un second une demi-heure plus tard et, à onze heures et demie, elle s'éteint tranquillement.

L'abdomen seul a pu être autopsié. En regard de la plaie cutanée existe une perte de substance du péritoine sans trajet intermédiaire reconnaissable.

Les intestins sont agglutinés sans adhérences solides, sans liquide dans la cavité péritonéale, dont toute la portion située à gauche du mésentère semble à peu près normale; à droite, il n'existe pas de collection fécale ou purulente au voisinage de la plaie suppurée; les anses voisines sont agglutinées par un peu de magma purulent. Tout à côté de la plaie cæcale, l'aponévrose du psoas est perforée et l'on trouve la balle arrêtée contre la paroi interne du petit bassin, un peu au-dessous du détroit supérieur.

Elle a passé à travers le psoas, en dehors et tout contre le

(1) *Arch. de méd. et de pharm. militaires.*

paquet vasculo-nerveux iliaque externe, au-dessous duquel elle s'est arrêtée sous l'aponévrose pelvienne. Elle est obliquement aplatie à sa pointe, autour d'elle il n'existe qu'une légère infiltration sanguine.

Indépendamment des faux commémoratifs fournis à l'entrée de la malade, cette observation présente quelques particularités cliniques qui méritent d'être relevées.

Elle prouve tout d'abord que l'exploration du trou d'entrée de la balle est loin d'avoir la valeur que certains lui attribuent, lorsqu'il s'agit de décider si la plaie abdominale est ou non pénétrante et, par suite, si la laparotomie doit ou non être faite. Chez notre femme non endormie, anesthésiée, morte, il a été impossible de guider la sonde à travers le trajet du projectile de la plaie cutanée à la plaie péritonéale, et cela alors même que, sur le cadavre, on avait sous les yeux la lésion du péritoine. De ce fait, par suite, il me paraît logique de conclure qu'une *exploration négative* d'une plaie abdominale, produite par un projectile, n'a pas de valeur diagnostique; cette manœuvre toutefois ne saurait être négligée, car son importance est tout autre si elle aboutit à la pénétration de la sonde dans la cavité péritonéale.

L'aggravation des symptômes, qui suivit le transport de la blessée à l'hôpital, doit encore être mise en relief. La réaction péritonéale n'est devenue évidente que trois heures environ après que la femme eût parcouru en voiture un trajet de 2 kilomètres, et subi les déplacements nécessaires pour gagner le véhicule d'abord, le lit d'hôpital ensuite. Du reste, pendant l'intervention comme à l'autopsie, il fut facile de reconnaître que le processus péritonéal avait évolué en deux temps. Tout d'abord, l'inflammation s'était localisée au voisinage du trou cæcal, dans un foyer où le faible épanchement de matières fécales était circonscrit par les anses voisines qu'agglutinait un magma purulent. Dans un second temps, elle avait progressé et, alors seulement, le petit bassin s'était rempli de liquide séro-sanguinolent, et des dépôts fibrino-purulents s'étaient formés sur les anses congestionnées et dépolies de l'intestin grêle.

Autant qu'il est permis de le supposer, si la blessée était restée chez elle, le traitement médical aurait suffi pour prévenir la péritonite générale. Cette observation, par suite, me confirme dans l'opinion que tout blessé par coup de feu de l'abdomen doit être considéré comme intransportable et doit être traité sur place. Si le chirurgien appelé auprès de lui sait s'organiser lorsque la laparotomie est indiquée, le patient aura moins de risques à courir du fait des défectuosités du milieu opératoire, que du danger de son transport à grande distance.

Enfin, dans ce cas particulier, comme dans beaucoup d'autres du même genre, le mécanisme de la mort reste indéterminé. Cliniquement, la sensation de faiblesse extrême perçue par l'opérée, les deux frissons qu'elle a présentés, la chute de température, la mort survenant doucement, tout cela pouvait faire songer à une hémorragie interne, d'autant que le pansement était souillé par un peu de sang.

A défaut d'une artère de la paroi abdominale, l'épiploon réséqué et mal lié en aurait fourni la source. L'ensemble dn tableau clinique cependant n'entraîna pas ma conviction de ce côté, et le diagnostic de septicémie péritonéale me parut plus légitime. Dans les deux hypothèses, la question se posait de rouvrir le ventre; impérieuse en cas d'hémorragie, moins indiquée contre la septicémie péritonéale aiguë, cette laparotomie aurait-elle sauvé mon opérée? Les constatations de l'autopsie ne permettent guère de le croire. A notre époque, contre l'infection péritonéale, le chirurgien devrait être à même de recourir à l'aide du bactériologiste et recevoir de lui un sérum apte à neutraliser les effets de poisons péritonéaux dont il lui est impossible de tarir la source et d'arrêter la diffusion dans l'économie. Si même on raisonne par analogie, d'après les résultats jusqu'ici fournis par la sérothérapie contre la diphtérie, voire même le tétanos, le chirurgien qui se propose de pratiquer une laparotomie se trouve dans d'excellentes conditions cliniques pour utiliser un sérum, soit à titre préventif d'accidents septicémiques possibles, soit à titre curatif d'une infection prise à son début.

Pareille thérapeutique, il est vrai, ne saurait être établie qu'après étude bactériologique de ces processus cliniques si dissemblables, que par ignorance nous classons sous les rubriques banales de péritonite ou de septicémies péritonéales.

AUTODOUCHEUR EN JET

Par le docteur Azoulay.

Il est possible de s'administrer *personnellement* et sans aide une *douche en jet*, froide ou chaude, en employant le procédé suivant.

Au robinet d'eau on adapte, à demeure ou non, un tuyau de caoutchouc muni à son extrémité libre d'un ajutage pour *jet*, *arrosage*, etc. On fixe le caoutchouc contre une paroi en laissant libre la partie du tuyau attenant à l'ajutage sur une petite longueur. Au plafond, au-dessus de l'ajutage et au-dessus du lieu où on se place pour recevoir la douche (baignoire par exemple ou espace clos de toile vernie), on fixe deux petites poulies. On y fait passer une ficelle, qui d'une part s'attache à l'ajutage, et de l'autre reçoit un anneau ou un bouton destinés à la main de la personne qui se douche. On fixe encore à l'ajutage une ficelle pourvue d'un poids à son extrémité inférieure (ce n'est pas indispensable). Le doucheur ouvrant le robinet, le jet est lancé d'abord à terre par suite de la position normale de la lance attirée en bas par le poids ou la pesanteur. Une fois dans la baignoire, le douché saisit l'anneau, et, tirant et relâchant la ficelle, fait faire à la lance des mouvements angulaires tels, que l'eau asperge tout le corps, avec toute la précision et la durée voulues.—On peut, au lieu du système à ficelle et poulies, employer un système de long bras articulé à charnière sur une paroi, auquel est fixée parallèlement la lance. En montant et descendant le bras, on obtient les mêmes effets que plus haut.

THÉRAPEUTIQUE

Émulsion d'huile de ricin. — Verser dans un verre de lait 15 à 20 grammes d'huile de ricin. Chauffer en remuant avec une cuiller. Quand l'émulsion est produite, édulcorer avec du sirop de fleurs d'oranger.

15 à 20 grammes de cette émulsion suffisent à purger un adulte.

Collodion à l'ammoniaque contre les piqûres d'insectes.

Ammoniaque	40 grammes.
Collodion.	III gouttes.
Acide salicylique	30 centigr.

Quelques gouttes sur les parties mordues ou piquées.

De la belladone dans la coqueluche et contre les accès de toux.

Mélange de Cochlec.	
Infusion de feuilles de belladone (0gr5) dans eau distillée. . .	20 grammes
Antipyrine.	1 —
Sirop de groseille	30 —

Pour un enfant de 5 ans. A prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Posologie du trional.

Adultes : de.	1gr à 1gr 50 ou 2gr.
Enfants de 1 à 2 ans. .	20 à 40 centigr.
— 2 à 6 ans. .	40 à 80 —
— 6 à 10 ans .	80 centigr. à 1 gramme.

Dans un cachet, dans du lait, dans une infusion, ou dans de la confiture. (*Gaz. hebdom.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel d'ophtalmoscopie (1), par C. Haab; édition française par MM. les docteurs A. Terson et A. Cuénod.

Cette œuvre du professeur de clinique ophtalmologique de Zurich méritait d'être popularisée en France.

Une première partie est consacrée à l'ophtalmoscope et au diagnostic ophtalmoscopique. Après avoir présenté la théorie de l'ophtalmoscope, l'auteur traite des examens à l'image droite, à l'image renversée, à la skiascopie ou examen de l'ombre pupillaire. Il présente les divers ophtalmoscopes et décrit le fond de l'œil normal.

La seconde partie est consacrée à l'Atlas ophtalmoscopique proprement dit. Les quatre premières planches nous montrent le fond de l'œil normal et les fibres à myéline. Les planches V à IX représentent les anomalies congénitales; les planches X à XVIII, les maladies du nerf optique; les planches XIX à L, les maladies de la rétine; enfin, les planches LI à LXIV montrent les maladies de la choroïde.

Les traducteurs avaient annoté la première partie; la troisième partie est leur œuvre personnelle; elle est consacrée aux lésions ophtalmoscopiques dans les maladies générales; elle complète l'œuvre du professeur Haab.

En résumé l'*Atlas manuel d'ophtalmoscopie* rendra de vrais services à l'étudiant et au praticien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve du concours de médecins des hôpitaux de Paris est terminée. Sont déclarés admissibles à la seconde épreuve : MM. F. Bezançon, Le Noir, Thiroloix, Boulloche, Souques, Parmentier, Renault, — Bruhl, Gallois, de Gennes, Plicque, Teissier, Méry, Lesage, Belin, Courtois-Suffit, Legry, Macaigne, — Hudelo, Berbez, Michel, Létienne, Laffitte, Brodier, Claisse, Lion (G.-C.), Lamy et Leredde.

— Par décision ministérielle, en date du 4 juin 1896, ont été décernées les médailles d'honneur suivantes :

Médailles d'argent. — Mme F. Beaujois (sœur Elisabeth), supérieure des sœurs de Saint-Charles (hospice mixte de Saint-Mihiel); 36 ans de service dans les hôpitaux, dont 10 comme supérieure; a toujours apporté le plus grand zèle et un absolu dévouement, tant dans son service de supérieure que dans les soins donnés aux malades. — Mme J.-M. Giglot (sœur Saint-Gérôme), de l'ordre des filles de la Sagesse (hospice mixte de Saint-Maixent); depuis 8 ans assure le service dans les salles militaires avec le plus grand zèle : s'est fait particulièrement remarquer par son dévouement, lors d'une grave épidémie de scarlatine (novembre 1895 à mars 1896). — Mme H.-P. Grosset (sœur Prudentienne), de l'ordre des filles de la Sagesse (hospice mixte de Cholet); depuis 8 ans a donné avec le plus grand zèle et un dévouement remarquable ses soins aux militaires; s'est particulièrement distinguée pendant l'épidémie de scarlatine (1895-1896). — Mme A. Chastel (sœur Paule), de l'ordre de Nevers; attachée depuis 16 ans aux salles militaires de l'hospice mixte de Castelnaudary, n'a cessé de prodiguer ses soins aux malades militaires; a contracté dans son service une pleuro-pneumonie grippale très grave.

Médailles de bronze. — MM. Diard, infirmier régimentaire au 114e d'infanterie, stagiaire à l'hospice mixte de Parthenay, a fait preuve, pendant l'épidémie de scarlatine de 1895-1896, d'un dévouement remarquable et d'une intelligente activité. — Georget, infirmier régimentaire au 77e d'infanterie (hospice mixte de Cholet), depuis 8 ans a soigné jour et nuit ses camarades atteints de scarlatine (1895-1896). A fait preuve d'un remarquable dévouement. — Guiard, Aubinet, Mondain, soldats au 77e d'infanterie, étudiants en médecine, appelés comme infirmiers auxiliaires à l'hospice mixte de Cholet, ont fait preuve de zèle et de dévouement en soignant leurs camarades, et ont été atteints par la contagion.—Vêque, soldat au 114e d'infanterie, infirmier auxiliaire à l'hospice mixte de Saint-Maixent, pendant une grave épidémie de scarlatine et de diphtérie (1895-1896), a prodigué avec le plus grand dévouement ses soins aux militaires malades. — Pavy, infirmier à la 20e section; pendant 20 mois a soigné avec un dévouement de tous les instants, les typhoïdiques à l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbès. — Gaillot, caporal, et Cadoret, soldat à la 19e section d'infirmiers, en service dans les salles des typhoïdiques de l'hôpital militaire de Gardaia, ont contracté par contagion des fièvres typhoïdiques graves pendant l'épidémie de 1895-1896, où ils se sont distingués par leur zèle et leur dévouement.

— Le trésorier de l'Association de la Presse médicale vient de remettre au Trésorier de la sous-commission de l'affaire Laffitte la somme de 1000 francs, montant de la souscription de cette Association.

La situation de cette souscription est actuellement la suivante :

Recettes : Sommes remises directement au secrétaire général de l'Association de la Presse médicale, 14 012 fr. 83.

Dépenses : 1° Frais divers (impression de circulaires et expéditions; impression et envoi de brochures, etc., etc.), 478 fr. 94; 2° sommes remises à M. Laffitte jusqu'à ce jour, 7524 fr. 20.

Au 1er juin 1896, reste en caisse, 6 009 fr. 69. — *Le secrétaire de la sous-commission:* Marcel Baudouin.

N. B. — La souscription du Syndicat de la Seine (4 778 fr. 78) a été adressée directement à M. Laffitte par le trésorier de ce Syndicat; de même une somme de 715 francs (souscripteurs divers).

— Les Rosati célébreront leur fête des Roses annuelle, le dimanche 21 juin, à Fontenay-aux-Roses, sous la présidence de M. le docteur Lancereaux, membre de l'Académie de médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Labrély (de Poncin); et de M. le docteur de Miramont, ancien médecin-inspecteur des bains de mer d'Étretat, décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

(1) Un vol. in-16 avec 63 pl. coloriées, cartonné. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 70. — JEUDI 18 JUIN 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 18 JUIN 1896. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu une série de communications. Signalons d'abord un important travail de M. Péan sur les diverses épaisseurs des os du crâne à l'état normal et à l'état pathologique. Cette question n'est pas seulement d'un intérêt purement anthropologique ou pathologique. Aujourd'hui que les interventions chirurgicales sur le crâne sont devenues si fréquentes et généralement si peu graves, il est d'un grand intérêt pour le chirurgien de savoir que, suivant la race, l'âge, le sexe, les divers états pathologiques, il rencontrera une plus ou moins grande épaisseur d'os à traverser pour arriver sur le cerveau. De ces notions générales, M. Péan tire des déductions opératoires fort utiles pour la pratique.

La morve chronique chez l'homme a été étudiée depuis longtemps. M. Rémy a présenté un malade atteint de cette affection. A l'occasion de cette présentation, il a lu une note sur la morve chez l'homme dans laquelle il insiste surtout sur les côtés histologique et bactériologique de la question. Il cite plusieurs exemples qui tendent à prouver la curabilité de cette affection. Les bains dans une solution iodo-iodurée et les cautérisations répétées au thermo-cautère sont les moyens qui paraissent donner les meilleurs résultats.

M. Mouchet (de Sens) a communiqué deux observations : 1° un cas d'élongation du nerf radial pour une paralysie traumatique datant de deux mois; 2° un cas d'ovariotomie double au troisième mois d'une grossesse qui suivit son cours et se termina à terme.

M. Delore (de Lyon) a adressé une note sur les septicémies surajoutées aux infections.

M. Lejars a présenté une malade chez laquelle il a pratiqué avec succès, à l'aide du bouton de Murphy, une gastro-entérostomie pour remédier à une brûlure du pylore qui avait entraîné une occlusion cicatricielle de l'orifice pylorique. La malade a bien guéri.

Nous signalerons également une courte communication de M. Marc Sée sur un nouveau mode d'exploration des tumeurs abdominales. Ce moyen consiste à examiner l'abdomen plongé dans l'eau. Suivant M. Sée, cette exploration hydrostatique faciliterait beaucoup le diagnostic des affections intra-abdominales. Rien n'est plus facile d'essayer. Nous préférerions, quant à nous, nous soumettre à ce bain explorateur bien plutôt qu'à l'incision exploratrice, dont abusent, croyons-nous, certains chirurgiens, surtout à l'étranger.

Enfin, M. Vignes, en son nom et au nom de M. Batuaud, a lu une observation d'irido-choroïdite d'origine interne guérie à la suite du curetage utérin.

DE L'ÉPAISSEUR DES OS DE LA VOUTE DU CRANE
A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

Par M. PÉAN,
Membre de l'Académie de médecine.

I

Grâce à l'introduction en chirurgie des méthodes antiseptiques qui préviennent les complications de l'infection et de la narcose qui supprime la douleur, grâce aussi aux perfectionnements de l'hémostase et de l'arsenal instrumental, l'opérateur aborde aujourd'hui l'intérieur du crâne tout aussi aisément que celui des autres cavités splanchniques, et avec d'autant moins d'appréhension qu'il possède actuellement des notions plus précises sur la nature des affections de l'encéphale et sur la topographie cranio-cérébrale. Aussi a-t-on pratiqué de plus en plus fréquemment la trépanation, dont l'utilité avait toujours été d'ailleurs reconnue et dont les succès justifient, s'il en était besoin, l'intervention chirurgicale.

A voir combien ce procédé opératoire est aujourd'hui vulgarisé, on pourrait supposer que tous ceux qui ont décrit la technique de cette opération connaissaient parfaitement l'épaisseur du crâne aux différents points trépanés, puisque cette notion paraît indispensable à ceux qui veulent respecter les parties sous-jacentes aux parois osseuses. Mais il n'en est rien et un simple coup d'œil jeté dans la littérature médicale suffit à montrer que le chirurgien en est toujours réduit à l'emploi de moyens empiriques, tels que le brossage de la rainure déterminée par la couronne du trépan et le sondage de la partie perforée dès qu'on suppose que l'instrument approche de la dure-mère. L'usage d'un curseur limitatif permet, il est vrai, d'éviter bien des accidents; mais de pareils procédés exposent à bien des tâtonnements, à bien des lenteurs, qu'il n'est pas toujours aisé d'éviter.

Ce n'est pas, comme nous l'avons dit, avec les renseignements que fournissent sur l'épaisseur de la voûte du crâne nos traités classiques d'anatomie ou de pathologie externe et même nos ouvrages spéciaux, qu'on peut parvenir à éviter tous ces inconvénients. Les auteurs de ces ouvrages se bornent, après avoir signalé certaines saillies très apparentes, telles que l'inion et la glabelle, à dire d'une manière générale que l'épaisseur du crâne est, en moyenne, de 5 millimètres. Il nous a semblé, après avoir pratiqué un grand nombre de trépanations chez des sujets divers comme âge, comme sexe et comme taille, que cette notion était par trop générale et qu'il fallait la compléter par des recherches détaillées sur l'épaisseur de la voûte osseuse en ses différents points à l'état normal et aussi à l'état pathologique.

Nos recherches ont porté sur une centaine de crânes normaux d'hommes et de femmes, à tous les âges, et sur un nombre plus grand encore de crânes pathologiques. Comme cette étude demandait beaucoup de temps, à cause des mensurations très précises qu'elle comportait, nous avons fait appel pour ce travail à la collaboration d'un de nos meilleurs élèves, M. le docteur de Tornery. C'est le résultat de nos communes observations que nous donnons ci-après.

Pour mesurer l'épaisseur des os du crâne, nous avons fait construire un instrument sur le modèle de celui qui, dans l'industrie, porte le nom de Palmer. Nous avons agrandi ses dimensions et nous lui avons annexé un cadran divisé en cent parties, sur lequel marche une aiguille fixée à la vis de l'instrument; de la sorte, nous pouvons à volonté obtenir le centième de millimètre.

La nature ne donnant pas à la voûte du crâne des points de repère en nombre suffisant, nous en avons créé d'artificiels, géométriques, qui nous ont permis de décomposer avec exactitude toutes les calottes craniennes. C'est ainsi que nous avons tracé à la surface externe du frontal, des pariétaux, des temporaux et de l'occipital, une série de lignes parallèles antéro-postérieures et transversales. Nous avons ainsi au niveau de l'entrecroisement de ces lignes, vingt-cinq points de repère pour le pariétal seul, ce qui suffit pour assurer à ces mensurations une exactitude réelle au lieu de nous contenter des notions vagues et générales fournies par les auteurs.

En voici les résultats généraux.

Voute cranienne a l'état normal. — Tout d'abord nous avons reconnu, en étudiant l'épaisseur de la voûte osseuse du crâne, que la *moitié gauche l'emporte généralement sur la moitié droite*, contrairement à ce qui se passe pour le reste du squelette, bien que toutefois la différence soit peu considérable et que, dans la majorité des cas, elle ne dépasse pas un demi-millimètre.

Nous avons également vu que, pour tous les os de la voûte, on trouve fréquemment des maxima d'épaisseur au niveau des sutures, comme s'il y avait, à ce niveau, un certain degré d'hypernutrition. Toutefois ces différences ne modifient en rien les lois que nous allons poser. C'est probablement parce que Gerdy avait rencontré ces maxima, qu'il avait, faussement du reste, soutenu que les pariétaux, ainsi que les autres os du crâne, sont plus épais au niveau des sutures que sur les autres points.

Races. — Nous n'avons pas été à même d'étudier les variétés d'épaisseur de la voûte cranienne suivant les âges, en dehors de la race blanche.

Pour les autres races, nous n'avons pu étudier que des crânes d'adultes, et encore le nombre des crânes appartenant aux races jaune, noire et cuivrée ont été trop faibles pour nous permettre de donner des moyennes précises.

Il résulte de nos recherches que les lois, en ce qui concerne l'évolution et la distribution de l'épaisseur dans les divers os du crâne, sont à peu près les mêmes dans toutes les races. Cependant nous devons ajouter que, chez les peuplades sauvages, le crâne est presque toujours un peu plus épais que chez les peuples civilisés; que, chez les peaux-rouges, il y a plus d'uniformité dans son épaisseur que dans la race blanche, tandis que les crânes d'Annamites, que nous avons examinés, présentaient, au niveau des parties postéro-supérieures et antéro-inférieures des pariétaux, des différences d'épaisseur plus considérables que celles que l'on observe chez les Européens.

Age et sexe. — Personne n'ignore que l'épaisseur de la calotte cranienne varie suivant le sexe et l'âge, qu'elle est plus considérable chez l'homme et chez l'adulte que chez l'enfant et chez la femme. Chez celle-ci, la moyenne de l'épaisseur des os du crâne est d'un tiers ou d'un quart moindre que chez l'homme.

Nous avons également observé que l'*influence individuelle* est bien plus sensible et qu'elle *est proportionnelle au développement du reste du squelette.*

Nous avons vu, en outre, que l'épaisseur continue à augmenter, lors même *que le reste du corps a subi tout son développement.* En effet, les chiffres maximum ont toujours été trouvés sur des crânes de cinquante ans et au delà. A cet âge, l'épaisseur des crânes féminins, sans cesser d'être inférieure à celle des crânes masculins, s'en rapproche beaucoup plus qu'aux autres âges de la vie.

Nous avons noté que, vers soixante-dix ans, le crâne s'atrophie, mais que l'amincissement qui en résulte n'est pas aussi marqué que les auteurs l'ont écrit. En examinant les crânes de vieillards de quatre-vingts ans et au delà, les chiffres conservent des niveaux relativement élevés. Le sexe féminin et la misère physiologique sont les facteurs qui nous ont paru favoriser le mieux cette atrophie sénile.

Nous avons également constaté que, *chez l'enfant*, pendant les deux premières années, les *parties inférieures de la voûte sont plus épaisses que les parties supérieures.* La différence ne s'élève pas au-dessus du quart ou du cinquième de l'épaisseur moyenne de l'os. Il suffi d'examiner la partie supérieure d'un frontal ou d'un pariétal à cette période de l'existence pour constater qu'elle est moins épaisse que la partie inférieure.

Plus tard, ces différences s'effacent. Il est même à remarquer que *les chiffres se renversent à l'âge adulte* pour ce qui concerne les pariétaux.

Taille. Santé physique. — La taille et la santé physique ont une telle influence sur l'épaisseur des os du crâne chez les jeunes sujets, que nous l'avons vue, chez les sujets débiles de sept à huit ans, ne pas dépasser celle des enfants de trois à quatre ans bien développés.

Os de la voute cranienne en particulier. — Voici maintenant, en quelques mots, ce que nous avons appris en étudiant l'épaisseur de chacun des os de la voûte du crâne pendant leur développement.

Pariétaux. — Au moment de la naissance, les pariétaux ont une épaisseur moyenne d'un demi-millimètre, plus

faible que celle que présentent le frontal et l'occipital à cette période de l'existence.

Vers un an, ils doublent d'épaisseur.

A cinq ans, l'épaisseur oscille entre 2 millimètres et 2 millimètres et demi;

Vers dix-sept ans, elle atteint généralement 3 millimètres et demi à 4 millimètres;

Vers vingt-cinq ans, elle atteint souvent 5 millimètres;

Chez l'adulte, l'épaisseur moyenne des pariétaux est de 5 millimètres; *elle augmente en haut de 1 à 2 millimètres, tandis qu'en bas elle diminue* dans les mêmes proportions, souvent même cette différence, entre les parties supérieures et les inférierues, va du simple au double. Elle est toujours trés accusée, quelle que soit l'épaisseur des autres os de la voûte cranienne. En outre, *l'épaisseur des pariétaux est un peu plus grande en arrière qu'en avant.*

Il résulte de ces différences, que le maximum d'épaisseur de ces os se trouve en haut et en arrière, au niveau de l'angle postéro-supérieur, là où débute l'atrophie sénile. Grâce à cette disposition tutélaire, c'est dans la région où il se trouve le plus désarmé contre les traumatismes venus de l'extérieur que le crâne est le mieux protégé. Les parties antérieures de la voûte étant naturellement défendues par la vue et par les membres inférieurs, avaient moins besoin de cette épaisseur.

(A suivre.)

PHOTOGRAPHIE PAR LES RAYONS DE RONTGEN

D'UNE BALLE DE 7 MILLIMÈTRES DANS LE CERVEAU

Par MM. les docteurs BRISSAUD et LONDE.

(Communication faite à l'Académie des sciences.)

La présente note a pour but de signaler la possibilité d'appliquer les rayons de Röntgen au diagnostic des corps étrangers intracraniens et, en particulier, des projectiles d'armes à feu.

Le 4 août dernier, M. X... reçut un coup de revolver (calibre 7 millimètres) à bout portant, dans la région moyenne de la bosse frontale gauche. Il affirme n'avoir pas perdu complètement connaissance, mais il lui était impossible de parler ni de faire aucun mouvement. Quelques heures plus tard, il répondait par monosyllabes aux questions qu'on lui posait; il avait les yeux fermés, il reconnaissait à leur voix tous ceux qui lui adressaient la parole; il s'efforçait même de leur répondre en anglais, l'idée de répondre en français ne lui venant pas à l'esprit. Il avait jusqu'alors employé indifféremment l'une ou l'autre langue. Lorsqu'il voulut recommencer à parler français, il n'y put parvenir, et cela dura environ trente-six heures.

Le docteur Reverdin (de Genève) le vit dix-huit heures après l'accident et constata une hémiplégie gauche complète, avec une perte de la sensibilité étendue de l'extrémité des doigts au pli du coude. Au-dessus du coude, les réflexes cutanés étaient conservés et toutes les excitations étaient perçues. Aucune tentative ne fut faite pour la recherche de la balle; le blessé eut pendant neuf jours une fièvre régulièrement décroissante, fièvre n'ayant jamais atteint 39 degrés, sinon le premier jour. Pendant quinze jours, il perdit ses matières et ses urines; puis il recouvra la tonicité des sphincters, sortit de sa torpeur, se remit à manger avec appétit, sans avoir éprouvé un seul instant le plus léger trouble de la déglutition; enfin, il se leva et apprit à marcher à la façon des hémiplégiques. La plaie ne fut le siège d'aucune complication, ne donna pas issue à la moindre esquille, et fut complètement cicatrisée en moins d'un mois.

A part la somnolence des premières heures et l'amnésie verbale transitoire exclusivement limitée aux mots français, l'état psychique ne subit aucune modification. Des accès de fou rire, qu'il ne faut pas attribuer à un trouble mental, seraient la seule anomalie intellectuelle à signaler, si l'on ne savait que ces accès résultent simplement d'une irritation cicatricielle des corps opto-striés au voisinage du « genou de la capsule interne ».

Aujourd'hui tout se borne à une hémiplégie gauche spasmodique des deux membres et de la face, sans participation des nerfs facial supérieur, moteur oculaire commun, masticateur. La contracture est de moyenne intensité, malgré l'exagération des réflexes et le clonus du pied; jamais le spasme ne s'est traduit par des convulsions jacksoniennes.

La pénétration de la balle dans la région frontale gauche n'implique pas que l'hémiplégie actuelle soit le fait d'une lésion de l'hémisphère gauche. La direction de l'arme, d'ailleurs, rend très bien compte du trajet du projectile.

La balle a perforé le lobe frontal obliquement de gauche à droite, puis, passant en avant du corps calleux et dans le plan même de celui-ci, a traversé l'hémisphère droit, d'avant en arrière, et de dedans en dehors. Dans ce parcours, elle a sectionné les fibres de la couronne rayonnante de Reil, au-dessus du ventricule latéral (ces fibres sont précisément celles qui forment le faisceau moteur intra-hémisphérique). En arrière, le projectile a respecté les fibres du faisceau sensitif, et l'on comprend ainsi que l'hémiplégie purement motrice ne se soit jamais compliquée d'hémianopsie. L'absence de troubles de la déglutition implique que les fibres capsulaires ont été épargnées entre le corps strié et la couche optique. Le rire spasmodique s'explique par une lésion de la partie antérieure du corps strié. L'aphasie « française » des premières heures doit être attribuée au traumatisme du lobe frontal gauche. Bref, le trajet de la balle était nettement déterminé par les symptômes. Il n'en était pas moins intéressant de confirmer le diagnostic rationnel par la preuve matérielle d'une biopsie sans exérèse, et c'est cette preuve que viennent de nous fournir les rayons de Röntgen. Les images ont été prises par M. Londe dans le laboratoire de la Société « l'Optique ».

Si l'image n'a pas toute la netteté désirable, c'est parce que le malade a été pris d'un léger clonus spontané de la tête, dû à la contraction prolongée de ses muscles cervicaux. Mais on distingue parfaitement la silhouette du crâne, la bosse frontale, le sinus frontal, les sinus maxillaires, le rocher, l'os malaire, l'apophyse zygomatique, la cavité orbitaire, etc.

Le projectile est situé dans la région postérieure, à la hauteur de la deuxième circonvolution temporale, probablement au-dessus de la tente du cervelet. Cette localisation est précisément celle à laquelle aboutit le trajet prévu du projectile, si l'on détermine ledit trajet par la série des points où ont été successivement sectionnées les fibres nerveuses.

Pour que la localisation eût une rigueur absolue, il faudrait, outre la photographie dans le plan sagittal, une photographie dans le plan frontal. Le malade, déjà fatigué par une pose de sept quarts d'heure, n'a pu être soumis à cette seconde épreuve.

Pour le cas particulier dont il s'agit, l'intérêt de l'expérience consiste non seulement dans la détermination du siège actuel du projectile, mais dans les conséquences pratiques de cette détermination. La balle étant située dans la région temporale, ce n'est pas à sa présence qu'est due l'hémiplégie persistante. L'hémiplégie résulte de l'interruption des fibres nerveuses que le projectile a rencontrées sur son passage; elle n'est pas d'origine corticale, mais d'origine capsulaire. Une intervention chirurgicale ne changerait donc rien à la situation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

De l'épaisseur de la boîte cranienne à l'état normal et à l'état pathologique. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 709.)

De la morve chronique chez l'homme. — M. RÉMY présente un homme âgé de quarante-deux ans, employé dans un établissement d'équarrissage, et atteint depuis plusieurs mois d'ulcération du poignet et de l'avant-bras. Il s'était fait, huit mois auparavant, une piqûre avec une épingle laissée dans une saignée au cou d'un cheval qu'il dépouillait. Les accidents apparurent une dizaine de jours après : panaris avec pus, œdème de la main, adénite axillaire, lymphangite avec abcès multiples du bras et de l'avant-bras. L'examen histologique du pus et les cultures montrèrent la présence de bacilles de la morve avec association de staphylocoques et de streptocoques. L'inoculation dans le péritoine d'un cobaye amena les lésions morveuses caractéristiques. Des observations récentes prouvent la curabilité de la morve chronique chez l'homme. Les bains dans une solution iodo-iodurée et la cautérisation au thermo-cautère donnent de bons résultats.

Elongation nerveuse. — M. MOUCHET (de Sens) lit une note sur un cas d'élongation du nerf radial faite deux mois après le début d'une paralysie de ce nerf consécutive à une chute sur le bras, chez un homme de cinquante-huit ans.

Ovariotomie double au cours d'une grossesse. — M. MOUCHET communique également l'observation d'une femme chez laquelle il pratiqua une ovariotomie double au cours d'une grossesse de trois mois. Les suites de l'opération furent simples. La grossesse suivit son cours et l'accouchement eut lieu normalement à terme. L'enfant est mort.

Nouvelle méthode d'exploration. — M. MARC SÉE fait connaître une nouvelle méthode d'exploration qui lui a rendu des services, surtout pour l'examen des tumeurs de l'abdomen.

Il s'agit de l'exploration hydrostatique, c'est-à-dire de l'exploration dans l'eau des organes contenus dans la cavité abdominale.

Il existe un relâchement considérable de la paroi abdominale plongée dans l'eau. Ce relâchement permet de rendre compte beaucoup plus aisément des parties sous-jacentes, des organes splanchniques intra-abdominaux. Ce mode d'exploration a déjà donné à M. Sée des résultats précieux dans plusieurs circonstances.

Septicémies consécutives aux infections. — M. FERRAND, au nom de M. Delore (de Lyon), donne lecture d'une note sur la septicémie médicale et chirurgicale dans ses formes aiguë, subaiguë et chronique. Chacune de ces septicémies, selon M. Delore, se rattacherait à un mode différent de pénétration et d'association de microbes et de leurs toxines.

Gastro-entérostomie. — M. LEJARS présente une malade qui, dans un accès de désespoir, avait avalé un demi-verre d'esprit de sel. Les suites de cette tentative de suicide furent une brûlure de l'estomac qui amena un rétrécissement cicatriciel de sa région pylorique tel que la malade ne pouvait plus se nourrir. M. Lejars pratiqua une gastro-entérostomie à l'aide du bouton de Murphy. Il fit une anastomose gastro-jéjunale. Les suites de l'opération furent des plus favorables. La malade put s'alimenter et augmenta rapidement de poids. Elle est aujourd'hui complètement guérie et prend la nourriture de tout le monde.

M. Lejars insiste sur cette particularité qu'une brûlure grave du pylore, produite dans ces conditions, peut ne s'accompagner d'aucune brûlure de l'œsophage. Celui-ci, en effet, était resté complètement indemne.

L'opérée de M. Lejars n'a pas rendu le bouton de Murphy, ou du moins on ne l'a pas retrouvé. Mais l'exploration la plus attentive de la région pylorique n'y révèle la présence d'aucun corps dur.

Irido-choroïdite d'origine utérine. — M. VIGNES, en son nom et celui de M. Batuaud, lit une note sur un cas d'irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles, d'abord de l'œil gauche, puis de l'œil droit. Le traitement ophtalmologique est impuissant à arrêter l'évolution de la maladie. L'acuité visuelle est tombée à 0,02 du côté de l'œil droit, le dernier et moins atteint.

L'examen gynécologique ayant démontré qu'il existe une endométrite glandulaire chronique à staphylocoques, on rattache l'affection oculaire à l'infection utérine. Le curetage utérin est pratiqué ; l'acuité visuelle monte progressivement à 0.6 et les corps flottants dans les milieux oculaires diminuent. L'intervention a eu lieu il y a six mois, et depuis lors l'amélioration se maintient.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les eunuques du Palais impérial de Pékin (1).

Par le docteur J.-J. MATIGNON,

Aide-major de l'armée attaché à la Légation de la République en Chine, Médecin de la Légation impériale de Russie à Pékin.

I

« Et on lui coupa *le* et *les*. »

FROISSARD.

Ayant eu tout récemment l'occasion de donner nos soins à un jeune eunuque atteint de rétrécissement de l'urèthre, il nous parut intéressant de faire quelques recherches sur le corps des castrats qui, dans l'histoire du palais des empereurs chinois, a joué, à certaines époques, un rôle des plus importants.

Dès la plus haute antiquité, on trouve des eunuques auprès des rois et des princes orientaux comme corollaires de la polygamie et de la réclusion de la femme. Ils étaient des gardiens sûrs, incapables d'éveiller la jalousie de leur maître.

Des fanatiques — païens ou chrétiens — prêtres de Cybèle, disciples d'Origène ou Velasiens, se mutilaient ou mutilaient leurs prosélytes dans un but religieux, soit pour plaire à leur divinité, soit pour acquérir la vertu de la chasteté.

Enfin, la castration fut pratiquée dans un but commercial ou artistique. Hérodote nous dit que les Grecs faisaient un grand commerce d'eunuques. En Italie, on recruta pendant longtemps, malgré le concile de Nicée, malgré les édits du pape Grégoire XIV, les soprani parmi les castrats; cette mode persiste encore, car on trouve des eunuques dans les chœurs des églises pontificales et le maître des chœurs de la chapelle Sixtine, le fameux Mustapha, a une réputation universelle.

La première mention des eunuques est faite, en Chine, en 1100 avant J.-C., sous la dynastie des Chou. L'empereur

(1) *Arch. clin. de Bordeaux*, mai 1896, p. 193.

Chou-Koung, en effet, dans un code qu'il édicta, fait figurer la castration au nombre des cinq modes graves de punition : stigmates sur le front; section du nez; amputation des oreilles, des mains ou des pieds; castration et peine capitale. Au début, la castration fut donc une sanction pénale. Il en était de même en Égypte, où elle était la punition du viol.

Ces eunuques furent, dès les premiers temps, utilisés dans le palais. Mais la luxure, la débauche et le luxe augmentant, les eunuques de source criminelle furent insuffisants et il fallut chercher une autre voie pour compléter ce contingent; des parents pauvres se mirent alors à vendre leurs enfants, qui étaient émasculés pour le service du palais. Leur institution quasi-officielle, au palais, est relativement récente. Elle fut faite 111 ans après J.-C., par le fameux empereur Ho-ti, de la dynastie des Tsin.

A notre époque, la castration fut encore employée comme peine contre les rebelles. En 1851, l'empereur Hsien-fou fit instituer une Cour spéciale devant laquelle les rebelles étaient traduits. En 1858, une bande de rebelles, parmi lesquels se trouvaient des enfants, fut jugée par ce tribunal. Les adultes furent exécutés; mais les enfants, ayant moins de dix ans — il faut quinze ans en Chine pour subir la peine capitale — furent châtrés et envoyés en esclavage dans les troupes frontières.

Tandis qu'en Perse, en Turquie, les eunuques peuvent être au service de quiconque peut les payer, en Chine, ils sont le privilège de l'empereur seul et de quelques membres de sa famille.

L'empereur doit avoir 3000 eunuques. En réalité, il n'en a guère que 2000. Les princes du sang et les princesses impériales ont droit à 30; les neveux et les jeunes enfants de l'empereur à 20; les cousins à 10. Les descendants des huit princes mandchous, qui aidèrent Shoun-Shi à fonder la dynastie présente, peuvent également avoir 10 eunuques à leur disposition.

En principe, les eunuques du palais doivent être fournis par les princes. Tous les cinq ans, chaque prince doit en fournir 8 et reçoit en échange 250 taëls par eunuque, soit 1000 francs. Ce sont des eunuques garantis, qui ont déjà fait un stage de plusieurs années à leur service. Mais ce procédé de recrutement serait tout à fait insuffisant si, au palais, un registre n'était ouvert, sur lequel les candidats viennent s'inscrire. Le sud de la province du Tcheli et quelques villages des environs de Pékin fournissent la grande majorité des castrats.

« Et on lui coupa *le* et *les*, à cause qu'il était hérite et sodomite, » dit Froissard, en parlant d'une victime de la castration. Or, les Chinois sont hérétiques; beaucoup pratiquent la pédérastie; mais ce n'est ni pour l'une ni pour l'autre de ces raisons que les Fils du Ciel sont privés des attributs de la virilité. En Chine, on devient eunuque par force, par goût, par pauvreté ou par paresse.

Beaucoup de parents vendent leurs enfants ou les font châtrer avec l'espoir de les vendre comme domestiques du palais.

Des jeunes gens de vingt-cinq et trente ans, des pères de famille même, attirés par l'appât des revenus du métier, consentent à se faire émasculer.

De pauvres diables, à bout d'expédients, en arrivent à la castration pour trouver leur gagne-pain. Un jour, un mendiant se présente à un mont-de-piété pour engager les quelques loques qui cachaient partiellement sa nudité. Ses hardes sont refusées. Mais notre homme, pressé d'argent, ne se tient pas pour battu. Il s'assied devant la porte et, avec son couteau, pratique sur lui-même l'amputation de « *le* et *les* » et rentre de nouveau engager pour 30 tiaos (c'est-à-dire 9 francs) ses pièces anatomiques. Le directeur du mont-de-piété dut faire, à ses frais, soigner ce singulier client, qui trouva place plus tard au palais.

Enfin, un certain nombre d'individus, insouciants ou paresseux, consentent à devenir eunuques, convaincus que cette nouvelle existence sociale leur assurera une existence aisée.

L'opération est pratiquée dans un bâtiment situé près d'une des portes du palais. L'opérateur attitré ne reçoit pas de gages du gouvernement. La fonction est héréditaire et, depuis des années, la propriété de la même famille. L'opérateur touche 6 taëls (24 francs) par client. Mais les pauvres diables qui ne peuvent payer une pareille somme s'engagent au remboursement par mensualité dès qu'ils seront entrés en fonctions.

L'opération est simple et rapide. Nous avons entendu dire que, par des manœuvres préliminaires, sur la nature desquelles nous n'avons point de détails, on produisait une légère atrophie des testicules; que, par l'absorption de drogues spéciales, on obtenait une anesthésie qui diminuait la douleur des 9/10. L'eunuque que nous connaissons, interrogé à ce sujet, a toujours répondu par la négative. L'opérateur est, en général, assisté d'aides et de deux apprentis, lesquels sont de sa famille.

Le patient est couché sur une sorte de lit de camp. Des bandes compriment les cuisses et le ventre. Un assistant le fixe vigoureusement par la taille, tandis que deux autres tiennent les jambes écartées. L'opérateur est armé soit d'un couteau courbe, en serpette, soit de longs et forts ciseaux. De la main gauche, il saisit « *le* et *les* », les comprime, les tord pour en chasser le plus de sang possible. Au moment de trancher, il pose une dernière fois au client, s'il est adulte, ou aux parents, si c'est un enfant, cette question : « Êtes-vous consentants ? » Si la réponse est affirmative, d'un coup rapide, il coupe le plus ras possible les bourses et la verge. Une petite cheville de bois ou d'étain, en forme de clou, est placée dans l'urèthre. La plaie est lavée trois fois à l'eau poivrée, puis des feuilles de papier imbibées d'eau fraîche sont appliquées sur la région et le tout est soigneusement bandé.

Le patient, soutenu par des aides, est ensuite promené pendant deux ou trois heures dans la chambre, après quoi on lui permet de se coucher.

Pendant les trois jours qui suivent, l'opéré est privé de boissons; le pansement n'est point touché, et le malade souffre non seulement de sa plaie, mais surtout de la rétention d'urine par obstacle mécanique. Ce laps de temps écoulé, les pièces du pansement sont enlevées et le malade peut pisser ou tout au moins essayer de pisser, car il ne réussit pas toujours. S'il peut uriner, il est considéré comme guéri et félicité de ce chef. Mais si la miction ne peut se faire, l'opéré est destiné à mourir au prix de souffrances atroces. Il y a rétention d'urine, et les Chinois ne se servent point de cathéters.

Après l'amputation, il reste une large plaie, de forme généralement triangulaire, à sommet inférieur. La réparation se fait par bourgeonnement et demande une centaine de jours en moyenne. Malgré le procédé très primitif de l'opération, les accidents sont rares et la mort ne surviendrait que dans 3 à 4 p. 100 des cas. La complication la plus fréquente est l'incontinence d'urine; plus tard viendra la rétention. On la verrait de préférence chez les sujets jeunes. Cet accident est toléré par l'opérateur pendant quelque temps; mais bientôt, si l'incontinence se prolonge, le patient reçoit des coups; ce traitement est considéré comme excellent et, en conséquence, continué jusqu'à cessation de l'infirmité. Les opérés souillent leur couche et leurs habits, et les fermentations ammoniacales, à odeur désagréable, qui en résultent ont fait créer, par les Chinois, l'expression po-

pulaire : « Il pue comme un eunuque, on le sent à cinq cents pas. »

Pour lutter contre l'athrésie, l'opérateur introduit dans l'urèthre soit une petite cheville de bois, soit plutôt une sorte de petite bougie en étain. On dirait d'un clou ou d'un petit marteau, dont le manche, irrégulier, du calibre d'une plume de poule, long de 2 centimètres et demi, s'implante non au centre, mais à l'une des extrémités du corps. Ce dilatateur est dans les premiers temps maintenu dans l'urèthre en permanence et retiré seulement au moment des mictions.

Au bout de trois mois ou trois mois et demi, l'eunuque est considéré comme guéri. Il peut alors entrer directement en fonction, au palais, s'il est jeune. Ceux qui sont plus âgés font souvent un stage préparatoire d'un an au service d'un prince.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par les nominations de MM. Riche et Marion. — M. Savariaud a été proposé pour les fonctions de prosecteur provisoire.

— Lundi, au Sénat, notre éminent confrère, le docteur Labbé, a pris la parole dans la discussion de l'alcool. Il a fait sans exagération la peinture des ravages de l'alcoolisme, et son discours a été écouté avec la plus vive sympathie.

— D'après l'article 79 de l'Instruction générale sur les manœuvres en date du 18 février 1895, un certain nombre de jeunes gens présents sous les drapeaux et étudiants en médecine sont, pendant la période des manœuvres, détachés des corps dans lesquels ils ont été incorporés pour être mis en subsistance aux bataillons d'infanterie et de chasseurs des 14e et 15e régions, où ils remplissent les fonctions de médecins auxiliaires.

Le ministre de la Guerre vient de décider que les jeunes gens visés ci-dessus seront désormais, non plus mis en subsistance, mais incorporés définitivement dans les corps auxquels ils sont attachés. Il reste entendu qu'il n'est apporté aucune modification à la lettre collective confidentielle nº 3450 du 22 juin 1891 (état-major de l'armée, 1er bureau) relative à l'affectation des étudiants en médecine en cas de mobilisation. (*Lyon médical.*)

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Monoyer, professeur de physique médicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Rauzier, agrégé, est chargé d'un cours d'hygiène, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Bertin-Sans.

— M. le docteur Guelliot est nommé chirurgien au lycée de Reims (emploi nouveau).

— M. le docteur Polis est nommé chef des travaux chirurgicaux à l'Université de Liège.

— Le Xe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1896, sous la présidence de M. le professeur Terrier, membre de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du Congrès :

1º *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots*, M. Forgue (de Montpellier), rapporteur.

2º *Traitement des prolapsus génitaux*, M. Bouilly (de Paris), rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— Le IIIe Congrès international de dermatologie se tiendra à Londres du 4 au 8 août 1896. Les séances du Congrès auront lieu dans les salles d'examens du Royal college of Physicians and Surgeons, Victoria Embankment.

Programme. — *Mardi 4 août.* — Onze heures du matin, organisation. — Midi, allocution du président. — Trois heures après midi, discussion sur le « Prurigo ». Rapporteurs : 1. M. le docteur Besnier (de Paris); 2. M. le professeur Kaposi (de Vienne); 3. M. le docteur J.-C. White (de Boston); 4. M. le docteur Payne (de Londres).

Mercredi 5 août. — Neuf heures, démonstrations cliniques. — Dix heures et demie, discussion sur « l'Étiologie et les variétés des kératoses ». Rapporteurs : 1. M. le docteur Unna (de Hambourg); 2. M. le docteur H.-G. Brooke (de Manchester); 3. M. le professeur Mibelli (de Parme); 4. M. le docteur W. Dubreuilh (de Bordeaux). — Dix heures et demie, discussion sur la « Réinfection syphilitique ». Rapporteurs : 1. M. le professeur Fournier (de Paris); 2. M. le professeur Lang (de Vienne); 3. M. Alfred Cooper (de Londres); 4. M. le docteur Fitzgibbon (de Dublin). — Deux heures, démonstrations cliniques. — Trois heures, communications particulières.

Jeudi 6 août. — Neuf heures, démonstrations cliniques. — Dix heures et demie, discussion sur les « Tuberculoses cutanées autres que le lupus vulgaire ». Rapporteurs : 1. M. le docteur Nevins Hyde (de Chicago); 2. M. le docteur Hallopeau (de Paris); 3. M. le docteur Radcliffe Crocker (de Londres); 4. M. le docteur G. Riehl (de Vienne). — Dix heures et demie, discussion sur la « Durée de la période contagieuse de la syphilis ». Rapporteurs : 1. M. Hutchinson (de Londres); 2. M. le professeur Campana (de Rome); 3. M. le professeur Lassar (de Berlin); 4. M. le docteur Feulard (de Paris). — Deux heures, discussion sur les « Teignes et trichophytons ». Rapporteurs : 1. M. le docteur Sabouraud (de Paris); 2. M. le professeur Rosenbach (de Göttingen); 3. M. Malcolm Morris (de Londres). — Prendront encore la parole sur ce sujet MM. Unna, Colcott, Fox, etc.

Vendredi 7 août. — Neuf heures, démonstrations cliniques. — Dix heures et demie, discussion sur la « Nature et les relations du groupe érythème multiforme ». Rapporteurs : 1. M. le professeur de Amicis (de Naples); 2. M. le docteur T.-H. Veiel (de Stuttgard); 3. M. le docteur Prince Morrow (de New-York); 4. M. le docteur Stephen Mackenzie (de Londres). — Dix heures et demie, discussion sur la « Syphilis maligne ». Rapporteurs : 1. M. le professeur Haslund (de Copenhague); 2. M. le professeur Neisser (de Breslau); 3. M. le professeur Tarnovski (de Saint-Pétersbourg). — Deux heures, démonstrations cliniques. — Trois heures, communications particulières.

Samedi 8 août. — Neuf heures, présentations relatives aux communications.

Le prix de la souscription au Congrès, donnant droit au volume des comptes rendus, est de 25 francs. — Les médecins qui désirent prendre part au Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion dès maintenant et de payer leur souscription le plus tôt possible. — Le secrétaire général du Congrès est M. le docteur Pringle, 23, Lower Seymour street, Portman-Square, Londres. — M. le docteur Henri Feulard, 20, rue Saint-Georges, Paris, secrétaire correspondant pour la France, se charge de réunir les adhésions et de les transmettre au comité d'organisation.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 716.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des indications et des résultats du traitement chirurgical du pneumothorax non traumatique.

Par le docteur R. DE BOVIS,
Médecin aide-major de première classe, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Les chirurgiens du début du siècle, Boyer, Dupuytren, Abernetby, ne craignaient pas de s'attaquer aux pneumothorax, d'origine traumatique, par la ponction. Mais à l'égard des pneumothorax d'origine interne, des pneumothorax médicaux, la thérapeutique était beaucoup plus réservée. Béhier proscrivait résolument toute intervention; W. Fox, Douglas Powell, Hilton Fagge, en Angleterre, opinaient dans le même sens. En France, Hérard et Cornil, Germain Sée, tout en étant moins absolus, conseillaient cependant l'abstention. Toutefois, dès 1853, Beaufort, dans sa thèse, relate une intervention par la ponction, à l'aide du trocart de Reybard, dans un cas de pneumothorax tuberculeux, où l'asphyxie était imminente. Mais bientôt la ponction aspiratrice, par sa simplicité et son innocuité, vint, sous les auspices de MM. Potain et Dieulafoy, offrir une chance de salut nouvelle aux malheureux frappés de cette redoutable affection. Lereboullet, Sanné, V. Widal (1), Ramskill, Orlebad, Rodrajewsky, Bouveret, Troisier, Rendu, se sont lancés des premiers dans ces tentatives thérapeutiques. D'autre part, la pleurotomie et la chirurgie thoracique s'enhardissaient pendant ce temps sous le couvert de l'antisepsie et Berger, Peyrot, Leyden, Guttmann, etc. en faisaient bénéficier quelques malades atteints de pyopneumothorax. Enfin, les heureuses audaces de la chirurgie pulmonaire contemporaine, les succès récents de Guermonprez, de Gérard-Marchant, nous engagent à nous demander si l'on ne peut essayer d'aller « plus oultre » de ce côté encore. On le voit, nous sommes déjà loin du temps de Wilks (2), qui nous relate le cas étrange et presque monstrueux d'un malade atteint de pneumothorax et que, en désespoir de cause, tous ses médecins avaient déserté ! Pour être juste, on doit ajouter que le malade guérit.

(1) WIDAL. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. PNEUMOTHORAX, p. 367.
(2) Cité par MACQRET. Th. de Paris, 1894, n° 482.

Mais le problème clinique et thérapeutique est ici singulièrement complexe. Les variétés étiologiques du pneumothorax sont extrêmement nombreuses; il en découle presque autant d'indications spéciales, multipliées encore par les lésions pulmonaires ou pleurales qui peuvent les compliquer.

M. Galliard, dans ses différents travaux (1), a classé et groupé ces formes multiples, nous renseignant, pour chacune d'elles, sur leur physionomie clinique et surtout pronostique. Nous allons donc rappeler, à grands traits, les données générales qui peuvent intéresser le chirurgien : elles nous permettront de balancer, en toute connaissance de cause, les indications opératoires.

Nous n'aurons en vue que les pneumothorax d'origine médicale : les pneumothorax traumatiques comportent un point de vue et un traitement assez différents. Mais entre ces deux groupes, il est une classe intermédiaire, celle des pneumothorax accidentels ou opératoires. Ils peuvent se produire, au cours des thoracentèses, dans deux circonstances particulières : ou bien, l'aiguille aspiratrice a ouvert quelque alvéole pulmonaire (accident qui ne semble ni bien commun, ni bien grave), ou bien, sous l'influence de l'évacuation du liquide, il se produit une sorte d'appel gazeux sur le poumon [Bucquoy (2)].

Mais cette dernière variété de pneumothorax est peut-être encore plus innocente que la première. Dans deux cas [Catrin (3), Meunier (4)], une erreur de technique dans l'emploi de l'aspirateur fit injecter de l'air dans la plèvre d'un pleurétique : cet accident opératoire fut sans conséquence.

L'étude que nous présentons est basée sur 63 faits, dont 1 personnel; ils comprennent, à notre connaissance, presque tous les cas où une intervention active d'une nature quelconque a été pratiquée.

II

Division. — Les pneumothorax peuvent être divisés en symptomatiques et essentiels.

1° PNEUMOTHORAX SYMPTOMATIQUES. — Ils constituent la classe la plus nombreuse et aussi la plus disparate.

a. *Pneumothorax tuberculeux.* — Ce sont les plus communs : 716 cas sur 918 observations totalisées par Biach (5) dans les hôpitaux de Vienne. Il reconnaît pour cause l'ulcération d'un tubercule ou d'une caverne, qui se vide alors dans la plèvre. Le premier mécanisme est le plus commun : les

(1) GALLIARD. *Arch. gén. de méd.*, 1883 et 1888. — *Le pneumothorax* (Collect. Charcot-Debove).
(2) BUCQUOY. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1877, n° 50.
(3) CATRIN. Soc. méd. des hôpit., 9 mars 1894.
(4) MEUNIER. *Arch. gén. de méd.*, 1895, t. I, p. 557.
(5) BIACH. *Wien. Med. Wochens.*, 1880.

cavernes déterminent, en effet, à leur voisinage, des synéchies pleuro-pulmonaires, dont le rôle protecteur est évident. Le pneumothorax est surtout l'apanage du tuberculeux au second et même au premier degré : il éclate donc quelquefois chez des sujets parfaitement sains en apparence. Il nous intéresse moins de savoir qu'on peut le rencontrer au cours de la tuberculose aiguë (Weill, G. Sée et Mathieu).

b. *Pneumothorax par embolie, infarctus ou gangrène infectieuse du poumon.* — Biach en a trouvé 65 sur 918.

c. *Pneumothorax des emphysémateux.* — Avec Broadbent et Samuel West, il faut faire dans ce groupe une distinction importante, bien mise en lumière et nettement formulée par M. Galliard, entre le pneumothorax des grands et des petits emphysémateux. Le premier se développe chez des emphysémateux avérés, le second chez des emphysémateux latents, chez les coquelucheux, les rougeoleux, chez les sujets ayant fait quelque effort considérable au cours de leurs sports ou de leurs exercices. C'est donc le pneumothorax des enfants et des jeunes gens et en particulier des jeunes soldats : c'est ce qui lui a fait donner, par M. Galliard, le nom de pneumothorax des *conscrits*. Il se produit, dans ces conditions, la rupture d'une alvéole pulmonaire, dont l'élasticité a été vaincue dans un accès de toux, un effort, etc.

d. *Pneumothorax dans la pleurésie purulente.* — Il est susceptible de présenter toutes les variétés étiologiques de la pleurésie purulente elle-même. Celle-ci peut se développer à la suite de la tuberculose, d'une embolie infectieuse, d'une gangrène pulmonaire, d'un abcès du poumon, etc. Dans ces cas-là, c'est la lésion viscérale qui crée l'effraction, permettant aux gaz des cellules aériennes de venir se mélanger à l'épanchement purulent.

Dans d'autres circonstances, c'est le pyothorax qui érode une bronche ou le parenchyme pulmonaire : une vomique se produit et, en fin de compte, un pyo-pneumothorax. La pleurésie à pneumocoques évoluerait volontiers vers cette terminaison (Netter). Cependant toute vomique n'entraîne pas fatalement l'addition d'un épanchement gazeux : c'est même, en l'espèce, une complication rare (Chomel, Oulmont). Il faut en chercher l'explication dans l'occlusion possible de la fistule par une fausse membrane, par le liquide dont le niveau peut rester au-dessus de l'ulcération bronchique, par la faible tension des gaz respiratoires, par l'existence d'adhérences constituant un pneumothorax partiel, facile à méconnaître [Cantalamessa (1)], etc.

Signalons au passage les empyèmes pulsatiles, qui sont quelquefois de simples formes cliniques du pyo-pneumothorax [Comby (2)].

La pleurésie purulente peut être elle-même secondaire à des collections purulentes sous-phréniques gazeuses ; nous ne faisons que les mentionner : leur étude nous entraînerait trop loin. Nous ne pouvons faire mieux d'ailleurs que de renvoyer à la remarquable étude publiée ici-même par notre distingué collaborateur et ami, M. le docteur Mauclaire (3).

e. Le pneumothorax des pneumoniques et bronchopneumoniques est assez rare, d'origine obscure. Peut-être s'agit-il d'un mécanisme analogue à celui des emphysémateux.

f. Les perforations de la plèvre par les cancers, les corps étrangers du larynx ou de l'œsophage, les abcès ganglionnaires trachéo-bronchiques peuvent déterminer toute une série de pneumothorax, compliqués d'épanchement purulent pour le plus grand nombre. Mais ils ne sauraient nous arrêter longtemps, en raison de leur caractère exceptionnel et de leur importance bien souvent secondaire, eu égard à l'affection causale.

2° Pneumothorax essentiels. — Nous les citons pour mémoire, car leur existence est fortement controversée et même niée par le plus grand nombre des pathologistes. Admise par Laënnec, elle a été rejetée par la plupart de ses successeurs. Bien de ces soi-disant pneumothorax essentiels ne sont autre chose que la manifestation d'un emphysème léger, latent ou partiel. Il est vrai de dire qu'en clinique, les preuves de cet emphysème larvé manquent souvent et que le diagnostic est porté par exclusion ou à l'aide des commémoratifs, de l'âge du sujet et sur la foi des travaux scientifiques ayant constitué ce groupe. Cependant Lévy (1) aurait observé un véritable cas de pneumothorax essentiel : l'autopsie avait été absolument négative en ce qui regardait l'existence d'une fistule pleuro-bronchique ou pleuro-pulmonaire ; d'autre part, on trouva dans la sérosité de l'épanchement une bactérie anaérobie donnant lieu, en culture, à une fermentation gazeuse. Cette constatation donne un certain poids à la théorie de la transformation gazeuse spontanée des épanchements pleurétiques.

(1) Cantalamessa. *Riv. ital. di med. e chir.*, 1892, 2, p. 26.
(2) Comby. *Arch. gén. de méd.*, déc. 1883.
(3) Mauclaire. *Gaz. des hôpit.*, 16 mars 1895, n° 33.

III

Considérations anatomiques et physiologiques. — L'origine des gaz du pneumothorax est donc assez variée. Ils peuvent venir :

a. Des voies aériennes (poumons et conduits trachéo-bronchiques) ;

b. De l'air entraîné par la déglutition, en cas de perforation œsophagienne ;

c. D'un processus gangréneux du poumon ;

d. D'une suppuration sous-phrénique ou abdominale gazeuse ;

e. De l'épanchement pleurétique lui-même (Lévy).

Plusieurs auteurs, entre autres Ewald (2) en Allemagne et Meunier (3) en France, se sont attachés à l'analyse des gaz intra-pleuraux. Ce n'est pas simple affaire de curiosité scientifique : le diagnostic pourrait, en quelques circonstances délicates, trouver son compte dans les conclusions de ces auteurs. D'ailleurs, au point de vue thérapeutique, elles offrent un certain intérêt. L'épanchement gazeux contient toujours de l'acide carbonique, mais en proportion variable, selon les circonstances. Quand elle n'excède pas 5 p. 100, il s'agit d'un pneumothorax communiquant largement avec l'arbre aérien ; de 5 à 10 p. 100, la communication est intermittente ; au-dessus de 10 p. 100, le pneumothorax est clos de toute part. Ces résultats s'expliquent facilement : l'oxygène est résorbé dans les cas d'épanchement fermé et la proportion d'acide carbonique augmente de ce fait, quand il ne s'y ajoute pas celui qui a pu être exhalé par la paroi pulmonaire. De cette analyse, on peut donc déduire, en l'absence de signes sthétoscopiques ou autres, la présence ou l'absence d'une fistule pleuro-bronchique et le degré de communication qu'elle permet.

L'étude manométrique de la pression gazeuse intra-pleurale [Weill (4), Ewart (5)] peut fournir encore sur l'état de la fistule pleurale des renseignements assez importants. Dans le pneumothorax communiquant, la pression intra-pleurale est à peu près en équilibre avec la pression atmosphérique ; elle lui est inférieure dans les épanchements clos ; elle lui est supérieure dans le pneumothorax à valvules, dit pneumothorax suffocant [Bouveret (6)]. On sait ce qu'il faut entendre par cette dernière appellation : elle vise les cas où la fistule constitue une sorte de clapet, qui s'ouvre dans

(1) Lévy. *Arch. f. exper. pathol.*, t. XXXV, 1894, p. 335.
(2) Ewald. *Charité Annalen*, 1875.
(3) Meunier. *Arch. gén. de méd.*, 1895, t. I, p. 551.
(4) Weill. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1885-1886.
(5) Ewart. *Brit. Med. Journ.*, 1889, p. 1098.
(6) Bouveret. *Lyon méd.*, 30 déc. 1888, p. 609.

l'inspiration, mais que l'effort expiratoire obture spontanément : il en résulte un refoulement gazeux dans la cavité pleurale, qui ne peut plus s'en débarrasser.

L'existence de gaz à l'intérieur de la plèvre n'aura pas grande conséquence, si leur irruption ne s'accompagne en même temps de celle de produits plus ou moins septiques. Les expériences élégantes de Tyndall ont démontré la pureté physique de l'air contenu dans les dernières ramifications aériennes : sa présence entre les plèvres ne saurait donc amener qu'une irritation d'ordre purement mécanique. Nous en avons une preuve dans les pneumothorax des emphysémateux : ici, il y a simplement rupture de quelques vésicules pulmonaires; de l'air aseptique et peut-être un peu de sang constituent tout l'accident. Aussi cette variété reste souvent pure de toute complication pleurale : c'est à peine s'il se forme un petit épanchement séreux de quelques centaines de grammes.

Il n'en est pas de même dans le pneumothorax tuberculeux, dans les abcès du poumon, l'empyème gangréneux, etc. L'ulcération d'un tubercule ou d'une caverne pulmonaire, la perforation d'une grosse bronche, les lésions infectieuses du poumon, déversent dans les plèvres des liquides ou matières septiques, qui le sont parfois même à un haut degré. Chez les tuberculeux, cependant, nous avons vu que deux cas peuvent se produire : soit l'ulcération d'un tubercule viscéral à peu près solitaire, soit l'ouverture d'une caverne. Dans ce dernier cas, grâce aux infections secondaires, le pus est le plus souvent très virulent ; dans le premier cas, au contraire, si les produits caséeux sont de nature exclusivement tuberculeuse, leur valeur septico-pyémique est bien moindre. Or c'est là le mécanisme le plus commun du pneumothorax tuberculeux. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver toujours un empyème gazeux chez les phtisiques ; au début même, c'est là l'exception : sur 42 cas de pneumothorax, Weill n'a trouvé que 16 pyopneumothorax; la proportion de Netter (1) est encore plus faible : 3 cas seulement sur 16 observations.

Le pneumothorax peut être partiel ou total. Celui-ci s'observe surtout dans les cas ayant évolution rapide et où les lésions pulmonaires ne déterminent qu'une faible réaction pleurale (emphysème, tuberculose des première et deuxième périodes). Celui-là relève surtout des lésions pulmonaires anciennes ou qui ont pu déterminer une inflammation défensive du côté de la plèvre (cavernes, gangrène pulmonaire), des pleurésies purulentes enkystées aboutissant à une vomique, etc.

Les altérations du poumon sont naturellement très variables et ne sauraient être examinées en détail. Le siège habituel des perforations peut intéresser le chirurgien dans quelques tentatives de cure radicale. Il varie un peu selon les causes. Chez les tuberculeux, on les rencontre au niveau des troisième et quatrième côtes, dans la portion médio-latérale du lobe supérieur (Béhier) ; elles sont souvent multiples. A la suite des vomiques, on les rencontre au niveau du lobe supérieur ou moyen. A gauche, elles seraient fréquentes au voisinage de l'échancrure qui reçoit le cœur, entre le bord antérieur du poumon et la ligne axillaire, au-dessous du sommet (G. Sée). La profondeur de leur siège ne les rend pas toujours facilement abordables à la vue et encore moins aux instruments, à la suite des larges thoracotomies.

Pour terminer cet aperçu des conditions physiologiques et pathologiques du pneumothorax, nous voulons mentionner une condition de grande importance selon nous : le poumon opposé à la lésion fait, dans la plupart des cas, tous les frais de la respiration. On le trouve presque toujours congestionné et son état doit fortement attirer l'attention du clinicien ou du chirurgien, au double point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

(1) Netter. *Traité de médecine Charcot-Bouchard.*

IV

Pronostic. — Il sera la conséquence d'un diagnostic précis : nous n'avons pas à en rappeler les bases. Disons seulement qu'en présence des formes multiples du pneumothorax, et avant toute tentative palliative ou curative, il faudra essayer de résoudre les trois questions suivantes :

1° Existe-t-il un pneumothorax? est-il compliqué ou non de la présence d'un épanchement? quelle est la nature de ce dernier?

2° A quelle cause faut-il rattacher l'affection?

3° Existe-t-il une perforation? quel est son siège et sa forme probables?

La plupart du temps on ne pourra guère répondre que par des approximations basées sur les connaissances pathologiques que nous possédons et dérivant surtout de la notion étiologique. C'est à établir celle-ci qu'on devra s'attacher de préférence et tout d'abord, la thérapeutique reposant sur elle en grande partie.

Comme M. Galliard s'est, en effet, appliqué à le démontrer, le pneumothorax est loin d'être le processus inflexible, la maladie fatale et qui ne pardonne pas, que dépeignent les auteurs classiques. L'erreur du public médical provient de ce qu'on n'a point suffisamment divisé la question, séparé les cas, étudié en un mot le pronostic *qualitatif* de cette maladie, complication de tant d'autres. Nous avons peut-être, dans un cas, ajouté nous-même trop de foi aux jugements sans appel de la pathologie courante, pour ne point abonder dans le sens de l'excellent historien des pneumothorax. Avant d'entreprendre un traitement actif à l'égard d'une affection, il faut, en effet, être bien fixé sur son évolution naturelle. Ici elle est aussi variable que l'origine.

Le pneumothorax des tuberculeux est le plus grave à tous les points de vue. Quand il survient à la période des cavernes, il emporte le malade en quelques jours, voire même en quelques heures ; de plus, il s'accompagne souvent d'un tel état de cachexie que toute intervention opératoire devient impossible. Aux première et deuxième périodes, le pneumothorax peut guérir temporairement ou définitivement. M. Galliard a parfaitement démontré qu'il existe des formes curables de pneumothorax tuberculeux. Nous verrons dans quelle mesure on peut contribuer à ces guérisons. Mais il importe de ne pas oublier que, pour nombre de cliniciens (Woillez, Béhier, Hérard, Potain, Czernicki), le pneumothorax a une influence heureuse sur la marche de la tuberculose. Enfin, rappelons, avec Weill et Netter, que la purulence de l'épanchement n'est une complication ni précoce, ni forcée. Quoi qu'il en soit et considéré en bloc, le pronostic chez les tuberculeux reste encore fort sombre : Béhier ne donne pas moins de 46 morts sur 52 cas; il est vrai que les statistiques de West et de Weil n'accusent que 18 morts sur 47, pour la première, et 12 sur 44, pour la seconde. En se plaçant à un autre point de vue, nous apprenons que 4,2 p. 100 des phtisiques [Guttmann (1)], 10 p. 100 [Biach (2)] succombent à cet accident.

Les formes curables du pneumothorax tuberculeux ne doivent pas faire oublier cependant que le pyothorax vient, sinon primitivement, du moins secondairement, compliquer assez souvent la situation. Les injections antiseptiques, sublimé, naphtol camphré, etc., sont souvent impuissantes à prévenir ce résultat [Charrier (3), Greiner (4)].

(1) Guttmann. *Berl. Klin. Wochens.*, 1890.
(2) Biach. Loc. cit.
(3) Charrier. *Rev. de méd.*, 1892.
(4) Greiner. Th. de Paris, 1893.

Woille

Chez les emphysémateux, il faut distinguer entre les *grands* et les *petits* emphysémateux. Le pronostic est fort sévère pour les premiers : 8 morts sur 12 cas (Galliard) et encore, sur les 4 guérisons, 2 sont à mettre à l'actif de la thoracentèse (Ramskill, Troisier). Pour les petits emphysémateux, M. Galliard ne comptait que 3 morts sur 38 cas en 1892, soit une proportion de 8 p. 100. Elle est sans doute encore trop élevée : on peut y joindre en tout cas une nouvelle série de 7 cas, tous suivis de guérison, observée par Klemperer (1) à la fin de la même année. Chez les petits emphysémateux, le pneumothorax reste, en effet, le plus souvent à l'état de simple épanchement gazeux.

Celui qui succède à la gangrène pulmonaire est beaucoup plus sérieux : sur 5 cas, rapportés dans la thèse d'Oberlé (2), on compte deux morts, et pourtant, le traitement chirurgical fut, dans l'un de ces derniers, précoce et énergique.

Les pneumothorax partiels guérissent généralement bien [N. Guéneau de Mussy (3), Galliard, Tolmer (4)] et d'une manière simple.

Dans l'appréciation du pronostic, il faut enfin tenir compte de l'état du poumon opposé : le côté atteint est à peu près complètement perdu pour l'hématose; certaines opérations chirurgicales, comme nous le verrons, achèvent de le rendre impropre à la respiration; il faut donc essayer de prévoir jusqu'à quel point le poumon du côté sain pourra suppléer à la fonction de son congénère.

Le pneumothorax gauche passe pour être plus grave que le droit, en raison du déplacement du cœur. Mais la statistique de M. Galliard ne fournit aucun appui à cette manière de voir.

Une complication assez rare (6 cas) est l'emphysème sous-cutané, en l'absence de toute lésion opératoire ou accidentelle de la paroi. La thoracentèse y donne assez souvent lieu : Beaufort (5) en cite un cas, et la chose n'a rien d'étonnant pour l'époque où l'on utilisait le trocart de Reybard; mais on peut l'observer même à la suite de la ponction aspiratrice avec les fines aiguilles des appareils de Potain ou Dieulafoy. Au niveau du point ponctionné, il se produit une petite saillie cutanée, conique, réductible par la pression et donnant au doigt une sensation de crépitement gazeux. Nous ne mentionnons cet incident, que parce qu'il a donné lieu deux fois à un accident sérieux : l'emphysème généralisé du tronc. Pour conjurer l'asphyxie imminente, on dut maintenir une canule à demeure (Beaufort), pratiquer la pleurotomie [Galliard (6)]. Chez notre malade, l'emphysème qui s'était produit au niveau de la ponction continua à s'étendre un peu, même après la pleurotomie, faite d'ailleurs pour obéir à d'autres indications.

En résumé, la gravité du pneumothorax dépend de la lésion originelle, des complications pleurales ou pulmonaires, de son étendue (total ou partiel) et de sa nature (fermé, à valvules ou communiquant). C'est de la balance de ces différents facteurs de gravité qu'il faudra déduire la gravité de chaque cas particulier et les limites de nos tentatives thérapeutiques.

IV

Traitement. — Comme l'indique l'entête de cette étude, nous passons sur les différents moyens (médication, ventouses, inhalations, etc.), qui sont d'ordre purement médical, pour nous arrêter de préférence à ceux qui ont un intérêt chirurgical et en discuter les indications. Ce n'est pas que nous croyions les autres une quantité négligeable, loin de là; car c'est à eux seuls que bien des fois il faudra se contenter de recourir. Mais nous n'aurions qu'à répéter les classiques, sans l'excuse d'y ajouter une idée nouvelle.

Si nous nous sommes si volontiers étendu sur certaines questions étiologiques et pronostiques, c'est que nous croyons leur connaissance très nécessaire et pas assez répandue, pour se conduire au mieux des intérêts du malade.

Nous allons successivement étudier le traitement d'urgence et le traitement curatif du pneumothorax.

A. D'urgence. — 1° *La thoracentèse.* — a. *Indications.* — Quelle que soit sa nature ou les complications qui l'accompagnent, le pneumothorax menace souvent le malade, qui en est atteint, d'un danger immédiat et pressant : l'asphyxie. Si tous les moyens médicaux ont échoué contre lui, l'idée se présente, très naturelle, d'évacuer, par la ponction aspiratrice, l'épanchement gazeux, cause de tout le mal. Cette thérapeutique fort simple et très rationnelle a été surtout défendue en France par Galliard et, en Angleterre, par Gairdner (1). Au point de vue historique, le premier exemple que nous en ayons rencontré est celui de Beaufort, qui a observé dans le service de Bouchardat.

b. *Contre-indications.* — Existe-t-il des contre-indications à la thoracentèse, ainsi pratiquée d'urgence? Nous ne le pensons pas. Devant l'imminence de l'asphyxie, tous les autres dangers deviennent négligeables. Il serait vain de reprocher en cet instant à la thoracentèse de pouvoir donner lieu à l'emphysème sous-cutané, aux lipothymies ou à la syncope [Powell Watkins (2)], d'exposer à la transformation purulente de l'épanchement, à la réouverture de la fistule pleuro-bronchique, aux congestions du poumon opposé, de n'être au bout de peu d'instants qu'un trauma inutile. Toutes ces objections sont fondées, il faut le reconnaître; mais, pour éviter des accidents possibles, faut-il laisser le malade succomber à un danger certain? L'intervention, par l'aspiration des gaz thoraciques, est donc, en l'espèce, parfaitement légitime.

c. *Accidents.* — Nous venons d'énumérer un certain nombre d'accidents ou de complications possibles à la suite de la thoracentèse pour pneumothorax. On cherchera à les éviter, en modifiant quelque peu le manuel opératoire habituel. Nous ne nous occupons, cela va sans dire, que de ceux qui sont un peu spéciaux aux épanchements gazeux : les autres, étant les mêmes que dans les cas de pleurésies liquides, sont signalés et étudiés tout au long dans les publications du professeur Dieulafoy.

Dans les cas de pneumothorax, la thoracentèse donne lieu souvent à une sensation de douleur vive, de déchirement aigu, produisant un état lipothymique pouvant aller jusqu'à la syncope vraie (Powell Watkins). Il y a donc là une indication de procéder à la thoracentèse avec les plus grands ménagements, de n'évacuer qu'avec lenteur, et, d'une manière générale, de placer son malade dans les meilleures conditions possibles de résistance (décubitus horizontal, alcool, caféine, etc.).

L'emphysème sous-cutané, consécutif à la thoracentèse, exige qu'on choisisse un trocart très fin et on l'enfoncera obliquement dans l'espace intercostal [A. Mathieu (3)].

La pression à l'intérieur du thorax étant le plus souvent supérieure à la pression atmosphérique, on pourrait se dispenser, dans bien des cas, de faire le vide dans le récipient évacuateur et se contenter de le stériliser. Mais, il faudrait alors recourir, avant l'opération, à une étude manométrique dont on n'a pas toujours les moyens. En renonçant

(1) Klemperer. Soc. de méd. internat. de Berlin, 12 déc. 1892.
(2) Oberlé. Th. de Lyon, 1895-1896.
(3) N. Guéneau de Mussy. *Arch. gén. de méd.*, 1879, t. II.
(4) Tolmer. Th. de Paris, 1891-1892, n° 35.
(5) Beaufort. Th. de Paris, 1853.
(6) Galliard. Soc. méd. des hôpit., 2 mars 1894.

(1) Gairdner. *The Lancet*, 2 juillet 1892.
(2) Watkins. *The Lancet*, 21 janv. 1893.
(3) A. Mathieu. Soc. méd. des hôpit., 9 mars 1894.

au vide, on s'exposerait à ne rien évacuer du tout [Sutherland (1)] ou même à laisser pénétrer de l'air dans la plèvre. Pour éviterces ennuis, il faut donc faire le vide, mais un vide très relatif, qu'on augmentera, s'il y a lieu, au cours de l'opération. On sera toujours prêt à fermer les robinets pour prévenir tout reflux du côté du thorax. Ce sera, d eplus, le meilleur moyen d'assurer l'évacuation lente du contenu pleural.

L'évacuation des gaz sera-t-elle totale? Il faut appliquer ici, nous semble-t-il, les principes qui règlent l'évacuation de toutes les cavités de l'économie. De même que pour les vessies distendues, les kystes volumineux, les vastes épanchements pleurétiques, c'est l'évacuation partielle qu'il faut préférer, faute de quoi on s'expose aux accidents habituels en pareille occurrence. En pratique, cependant, ce principe ne pourra guère recevoir une application bien rigoureuse. Si le pneumothorax est à forte tension, à peine la communication sera-t-elle établie que les gaz s'échapperont avec violence dans le récipient, en faisant entendre un sifflement caractéristique, et l'équilibre des pressions extérieures et intra-thoraciques sera presque aussitôt établi.

En procédant avec la plus extrême prudence, on évitera la décompression brusque du poumon malade et les accidents congestifs qui pourraient en être la conséquence. Et si la fistule avait des tendances à s'oblitérer, on s'exposerait moins à la ramener à son état de béance primitive.

En résumé, l'évacuation des gaz sera lente et partielle, dans la mesure du possible et des appareils dont on dispose.

d. *Résultats.* — Pratiquée d'urgence, la thoracentèse a souvent donné des résultats merveilleux, produit de véritables résurrections (Catrin). Presque toujours, elle amène au moins une amélioration considérable. Bien rares sont les cas où elle ne traduit son action par aucun soulagement : ce résultat nul n'est noté que chez deux malades de Leyden (2), ceux de Guttmann (3), Vickery (4), Allen Jones (5) et dans un fait qui nous est personnel.

Chez un grand nombre, malheureusement, l'amélioration ne se maintient pas, ce qui se comprend sans peine; les causes du pneumothorax n'ont pu être atteintes par la thoracentèse et la fistule pleuro-bronchique, demeurée béante, verse à nouveau de l'air dans l'intérieur des plèvres. Au bout de quelques heures, les choses reviennent donc en l'état, au *statu quo ante.* Mais rien n'empêche alors de revenir encore à la thoracentèse. M. Faisans (6) en pratiqua trois, chez le même malade, en deux jours.

La ponction aspiratrice donne donc, en général, d'excellents résultats : c'est un procédé palliatif de premier ordre, auquel on sera autorisé de recourir toutes les fois que les dangers de l'asphyxie seront imminents.

2° Le *drainage permanent* ou la *pleurotomie* d'urgence ne pourra être que bien rarement pratiqué. Il faudrait rencontrer un emphysème généralisé, spontané ou consécutif à une ponction, pour être autorisé à y recourir. Il n'y aurait pas lieu d'ailleurs de fonder sur cette opération beaucoup d'espoir, si l'on en juge du moins par les deux faits de Beaufort et de Galliard, où la mort survint à brève échéance,

B. Traitement curatif. — La thoracentèse, dans certains cas, prend une valeur véritablement curative. Il est alors assez naturel de se demander et de chercher si, en soustrayant le poumon aux conditions antiphysiologiques qu'il subit, on ne peut arriver à guérir le pneumothorax.

Trois cas peuvent se présenter : le pneumothorax est simple ou séreux, séro-purulent, purulent.

(1) Sutherland. *The Lancet*, 1892, t. I, p. 1419.
(2) Leyden. Soc. de méd. int., 20 janv. 1890.
(3) Guttmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 24 fév. 1890, n° 8, p. 184.
(4) Vickery. *Boston Med. Journ.*, 1893, t. II, p. 64.
(5) A. Jones. *Med. News*, 12 déc. 1891, p. 688.
(6) Faisans. *Semaine méd.*, 1890, p. 270.

1° *Pneumothorax simple ou à épanchement séreux.* — a. *Emphysémateux.* — A ce groupe appartiennent la plupart des pneumothorax emphysémateux. L'épanchement séreux est souvent minime.

Si la dyspnée est modérée, si elle ne s'accroît pas, il n'y a qu'à observer et attendre des indications plus pressantes. Souvent, comme M. Galliard l'a démontré, on voit les phénomènes dyspnéiques s'amender peu à peu et le pneumothorax disparaître. Si, au contraire, l'état asphyxique augmente, c'est à la ponction aspiratrice qu'on aura recours, comme nous le disions plus haut. C'est dans ces cas de pneumothorax emphysémateux qu'elle donne ses résultats les plus brillants, qu'elle agit en même temps comme une véritable méthode curative. Chez un malade de Troisier (1), on ne constatait, dès le lendemain, plus aucun signe de pneumothorax; chez celui de Rendu (2), la guérison était complète en deux jours. Church (3), Ramskill (4), Macqret ont signalé encore quelques cas de guérisons, qui, pour être moins rapides (trois semaines), n'en ont pas été moins durables. Chez les petits emphysémateux, c'est même la règle : pratiquée 4 fois, elle a donné 4 guérisons. Avec les grands emphysémateux, on ne compte plus que 2 succès (Troisier, Ramskill) sur 4 cas traités par la thoracentèse.

b. *Tuberculeux.* — Chez les tuberculeux, les succès de la simple ponction sont plus rares. Sur 14 cas, il y a eu 6 guérisons (du pneumothorax), 2 insuccès, 1 mort rapide, 2 transformations purulentes.

Les échecs de la méthode aspiratrice dans quelques cas, l'amélioration au moins passagère qu'elle produit d'autre part dans bien des circonstances, ont conduit naturellement à essayer de rendre son action permanente. Dans le cas de Beaufort, on eut recours, pour combattre l'emphysème sous-cutané, à l'emploi d'un trocart à demeure. Orlebad (5) imagina, dans ce but, une canule, qui permettait aux gaz intra-thoraciques de s'échapper au dehors et de ne plus comprimer le poumon. Bouveret (6) a fait construire un modèle analogue : une membrane de baudruche, formant soupape, permet l'issue des gaz tout en empêchant la rentrée de l'air. Ce petit appareil est fixé au moyen de deux ailettes, comme pour les canules à trachéotomie; l'appareil mis en place est ensuite recouvert d'un large pansement antiseptique. H. Upham Williams (7) a eu recours à l'aspiration simple, pratiquée consécutivement pendant quatre jours et dix heures. Dans les cas de ce genre, il serait plus simple de s'adresser aux procédés de Bülau, de Tachard (8) et de Constantin Paul (9). L'aspiration permanente se fait au moyen d'un long siphon baignant dans une solution antiseptique. Ces diverses tentatives ont été faites chez des tuberculeux atteints de pneumothorax suffocant et chez lesquels la dyspnée se reproduisait sitôt que l'aiguille à thoracentèse était retirée. Elles n'ont eu, en raison des sujets auxquels elles s'adressaient, que peu de succès : le malade de Bouveret succomba très rapidement à une phtisie aiguë. H. Upham Williams a vu sa patience récompensée : le pneumothorax disparut et le malade succombait un mois après sa guérison aux seuls progrès de sa tuberculose.

Chez un malade de M. le professeur Dieulafoy (10), le pneumothorax se compliquait d'un épanchement séreux abondant. Des ponctions répétées, suivies d'injections antiseptiques (sublimé), demeurèrent sans résultat sur le

(1) Troisier. Soc. méd. des hôpit., 1889.
(2) Rendu. *Idem*, 1888.
(3) Church. *Edinb. Med. Journ.*, 1876, p. 1107.
(4) Cités par Galliard.
(5) Orlebad. *Edinb. Med. Journ.*, 1882.
(6) Bouveret. *Lyon méd.*, 30 déc. 1888.
(7) H. U. Williams. *New-York Med. Journ.*, 22 mars 1890.
(8) Tachard. Congr. de chir., 20 avril 1892.
(9) C. Paul. Soc. de thérap., 1892.
(10) Charrier. *Rev. de méd.*

pneumothorax et son évolution : il subit malgré tout la transformation purulente et le malade succomba en fin de compte à des accidents méningitiques.

Le professeur Potain (1), imbu de la nécessité de respecter jusqu'à un certain point le pneumothorax des tuberculeux, a eu l'heureuse idée de remplacer les gaz thoraciques par de l'air stérilisé. Il a obtenu, après de longs et patients efforts, trois succès sur trois cas et, chez ces trois malades, la tuberculose, si elle n'a pas disparu sûrement, a fait une véritable trêve.

c. *Résultats.* — En somme, la ponction aspiratrice n'a de valeur curative que pour les cas simples, là où il n'existe pas de lésions pulmonaires plus ou moins irrémédiables (emphysème généralisé ou tuberculose). Le reste du temps, elle est et elle demeure un simple procédé palliatif. Quant au drainage, à l'aspiration permanente et aux injections antiseptiques, ils ne semblent pas destinés à un bien grand avenir, si l'on en juge par les résultats, peu nombreux, il est vrai, qu'ils ont donnés jusqu'ici.

Mais ne pourrait-on peut-être ouvrir largement la plèvre, tenter même d'oblitérer la fistule pulmonaire ou bronchique? Cette conduite audacieuse et très aléatoire ne serait justifiée, en cas de pneumothorax simple ou séreux, que par la perspective d'une mort certaine. Une pleurotomie, la résection d'un volet costal, n'aurait pour effet que d'amener la production d'un pneumothorax traumatique aux lieu et place de l'ancien. Il est vrai qu'à l'aide du procédé de Billroth (2), renouvelé par O. Witzel (3), pour les plaies de poitrine, on pourrait substituer de l'eau aux gaz intrathoraciques. Nous savons aussi que le pneumothorax traumatique est très généralement bénin. Mais l'écueil de ces audaces nous paraît être l'état des deux poumons, qui ne sont pas sains, comme dans les traumas de la poitrine, et qui réagissent sans doute violemment sous l'influence de pareilles manœuvres. Les deux malades de Billroth sont, en effet, morts presque subitement. La mort a été rapide également chez les malades de Beaufort et Galliard.

En tout cas, si, faute de documents cliniques, on veut considérer ce problème comme encore entier, la pleurotomie ou les drains en communication avec l'air extérieur nous paraissent, jusqu'à plus ample informé, et au nom de l'expérimentation, formellement contre-indiqués. Les recherches de Gilbert et Roger (4) sur la mécanique respiratoire, celles de Rodet et Pourrat (5) sur la capacité pulmonaire, à la suite de pleurotomies expérimentales, montrent que le poumon du côté lésé perd absolument toute espèce de jeu physiologique ; en dépit des violents efforts inspiratoires et expiratoires du sujet en expérience, l'ampliation et le retrait du poumon ne se font plus, le va-et-vient gazeux se suspend dans son intérieur : c'est donc un poumon perdu pour la respiration. La pleurotomie ne rouvrira donc pas un ancien champ d'hématose ; au contraire, elle supprimera presque complètement le peu de capacité physiologique que le poumon malade pouvait conserver encore.

Les considérations sur la pleurotomie expérimentale doivent donc nous rendre très réservés dans l'emploi de ce procédé et de ceux qui ont pour effet de mettre largement la plèvre en rapport avec l'air extérieur. Le poumon du côté sain se trouve alors supporter tout le poids de la respiration. D'ailleurs, cette expression de « poumon du côté sain » est elle-même un euphémisme; car le poumon opposé est presque toujours malade : chez les grands emphysémateux, chez les tuberculeux et même chez les petits emphysémateux, il peut être atteint de lésions de même nature, variables comme intensité, mais auxquelles se superpose presque toujours de la congestion, due à la suractivité fonctionnelle qu'il déploie.

(1) Potain. Acad. de méd., 24 avril 1888.
(2) Cité par Potain, loc. cit.
(3) O. Witzel. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, nº 28, p. 523.
(4) Gilbert et Roger. *Rev. de méd.*, 1er oct. 1891.
(5) Rodet et Pourrat. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1892, p. 8.

Comme conclusion, nous dirons donc que dans le pneumothorax simple ou séreux, il ne faut attendre d'effets curateurs que de l'aspiration temporaire ou permanente. Encore ne devra-t-on pas oublier que, chez les tuberculeux, le pneumothorax peut amener quelquefois une trêve dans l'évolution de la tuberculose et qu'à ce titre, il mérite d'être traité avec la plus grande prudence. Il ne faut pas s'exposer, par des tentatives précipitées, à rouvrir la fistule dont l'oblitération est de la plus grande importance, si on ne veut pas voir ce pneumothorax dégénérer en un pyopneumothorax : la méthode du professeur Potain paraît spécialement convenir à ces cas. Elle n'a qu'un défaut, malheureusement assez grave, d'exiger une instrumentation un peu compliquée.

2º *Pneumothorax séro-purulent.* — Ici, la pleurotomie peut paraître *a priori* légitime. On répète volontiers que le liquide pleurétique passe à la purulence en cas de pneumothorax; en ce qui concerne les pleurésies, nous connaissons même des chirurgiens qui font l'opération de l'empyème dès que le liquide devient louche. Tout récemment, M. Sanfiresco (de Buccarest) n'allait-il pas jusqu'à prôner la thoracotomie à l'égard de simples pleurésies séreuses (1)?

Nous connaissons quatre cas de pneumothorax séro-purulent où cette conduite a été tenue. Les trois premiers sont dus à Leyden (2) : les malades étaient tuberculeux et l'opération fut suivie deux fois de mort à bref délai, soit par septicémie pleurale, soit par tuberculose généralisée. Le troisième malade guérit et quitta l'hôpital dans un état de santé satisfaisant. Le quatrième nous est personnel. Il s'agissait d'un jeune soldat, chez lequel un pneumothorax séro-purulent se développa du côté gauche, vraisemblablement à la suite d'une congestion pulmonaire ou d'une bronchopneumonie. Le malade n'avait aucune tare tuberculeuse. La température était très élevée (plus de 40 degrés), la dyspnée intense; il y avait une prostration fort grande, presque typhique, due aux tendances asphyxiques, que révélait un état cyanosé de la face et des extrémités. Au bout de dix jours, il ne s'était produit aucune amélioration ni rémission. Une thoracentèse fut pratiquée qui amena l'évacuation de gaz et de 400 grammes d'un liquide très louche contenant de nombreux flocons membraneux. Il ne s'ensuivit aucune amélioration. Le poumon droit était congestionné comme le gauche, là où la respiration pouvait être perçue, c'est-à-dire vers le sommet. Deux jours après cette thoracentèse, une petite tumeur gazeuse, grosse comme une noisette, s'était développée au niveau du point ponctionné. L'état général et local n'ayant subi aucune modification, nous décidâmes, avec le bienveillant concours de deux confrères, MM. Schmidt et Louviot (de Baccarat), de recourir à une pleurotomie. Nous pensions aller au-devant d'une transformation purulente forcée [Bouveret (3)], éviter les phénomènes de compression pulmonaire et, comme M. Galliard en exprime l'idée (4), rendre au poumon malade une partie de son rôle. L'opération fut accompagnée de l'évacuation d'une quantité considérable de liquide séro-purulent et d'énormes pseudo-membranes. Les jours suivants semblèrent nous donner d'abord raison : la respiration devint plus libre, l'état général s'améliora, l'appétit revint. Mais bientôt la dyspnée reparut, le poumon droit s'engorgeait de plus en plus, l'état asphyxique, la torpeur envahirent à nouveau le malade. Pendant

(1) Sanfiresco. Congr. internat. des sc. méd., Rome 1894.
(2) Leyden. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1890, nº 6, p. 138.
(3) Bouveret. *Lyon méd.*, 30 déc. 1888, p. 609.
(4) Galliard. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1894, p. 161.

ce temps, malheureusement, le poumon jouait librement dans la cage thoracique, sans formation d'adhérence aucune; il se rétractait peu à peu; la suppuration de la plèvre ne se limitait pas et, en dépit de grands lavages antiseptiques, le malade succombait vingt et un jours après l'opération.

A ces trois cas malheureux, nous aimons pouvoir opposer celui de M. Catrin (1), où, avec un épanchement analogue, la simple ponction eut le bonheur d'amener la guérison.

Ce n'est pas avec un aussi petit nombre de faits qu'on peut être autorisé à tracer une ligne de conduite bien ferme. Il nous semble cependant que dans les formes séro-purulentes, la pleurotomie n'est pas destinée à rendre de grands services. Si l'épanchement reste à l'état séro-purulent, les ponctions simples suffisent bien, si elles sont indiquées, à procurer quelque soulagement au malade, du moins dans la majorité des cas. Si un pyopneumothorax se déclare, il sera traité comme nous allons le dire; mais pour les mêmes raisons que nous faisions valoir, au sujet des pneumothorax simples, l'ouverture de la plèvre ne nous paraît nullement à rechercher. D'ailleurs, dans le cas d'un pneumothorax total, alors qu'il n'y a encore aucune bride ou pseudo-membrane pour fixer le poumon et rétrécir les dimensions de la cavité pleurale, on s'expose à la septicémie pleurale presque à coup sûr : il est difficile de supposer qu'on ne finira pas par contaminer cette immense cavité que rien ne limite et dont le poumon finit par ne plus occuper que le tiers ou le quart.

3° *Pyopneumothorax.* — Nous savons que les circonstances les plus communes de sa production sont la tuberculose, les vomiques et la gangrène pulmonaire. Il peut être primitif ou secondaire à une des formes que nous venons d'étudier.

a. *Indications opératoires.* — L'asphyxie ne constitue plus ici et à elle seule tout le danger : la présence ou l'abondance du pus viennent en créer d'autres. C'est à combattre l'épanchement, la septicémie, les conséquences thoraciques de l'empyème que va devoir s'employer le chirurgien.

Les dangers que crée l'épanchement peuvent toujours être écartés par la thoracentèse, comme dans toute pleurésie purulente.

Quant au pus, il faut, en principe, lui donner une large voie d'évacuation. Si nous soulignons l'expression « en principe », c'est que nous pensons que la présence des gaz ne permet pas d'appliquer au pyopneumothorax purement et simplement, telles qu'on les formule en général, les indications opératoires de l'empyème. Ce n'est pas qu'il existe, à proprement parler, des contre-indications absolues, obligeant de fouler aux pieds le précepte le mieux établi de la pathologie chirurgicale : *Ubi pus, inde evacua;* mais simplement des conditions nouvelles, des circonstances litigieuses, exigeant certaines réticences pronostiques et thérapeutiques.

b. *Contre-indications.* — Nous avons longuement insisté, au sujet des autres formes du pneumothorax, sur le danger que font courir les ouvertures thoraciques larges, en raison des lésions ou des congestions du poumon opposé. Ces considérations, d'une extrême importance, selon nous, n'ont plus ici qu'une valeur relative. Si, dans un pneumothorax simple et total, le poumon jouit encore d'une certaine capacité respiratoire, si son retrait, après une thoracotomie, nous met dans les plus fâcheuses conditions, il n'en est plus de même dans un pyopneumothorax où la situation anatomique et physiologique est tout autre. Dans ce dernier cas, des pseudo-membranes, plus ou moins denses, recouvrent le poumon d'une coque épaisse, le fixent par des adhérences, réduisent déjà ses capacités physiologiques à néant. Les dimensions de la cavité pleurale sont également diminuées du fait de ces adhérences. Mais, pour que pareilles lésions se rencontrent, il faut que l'affection ait déjà un certain degré d'ancienneté. S'il en est ainsi, l'ouverture large de la plèvre n'ajoute rien, en ce qui concerne le poumon, à la situation déjà existante, et ne peut, en aucune façon, l'aggraver. La conclusion à tirer est qu'il vaut mieux s'attaquer à des empyèmes gazeux d'une ancienneté relative, chez lesquels plèvre et poumon malades, d'une part, poumon sain, d'autre part, se trouvent mieux préparés à un acte opératoire, par suite de l'accoutumance à l'état pathologique qu'ils subissent. L'étude des observations que nous avons recueillies, faite à ce point de vue, est fort instructive et semble appuyer notre raisonnement : nous voyons tout d'abord les pneumothorax partiels guérir avec la plus grande facilité. Dans les formes totales et récentes, au contraire, la mort survient rapidement dans deux cas (Rendu, Bucquoy), grâce à la congestion suraiguë du poumon opposé; le malade de Rendu était un jeune médecin qui fut pleurotomisé sur sa demande formelle; chez celui d'Oberlé, il s'agissait d'un empyème putride qui forçait évidemment le chirurgien à opérer sans retard. A côté de ces interventions, précoces pour une raison ou une autre, nous voyons, au contraire, des succès nombreux chez des phtisiques, réduits quelquefois même au dernier terme de la cachexie, par l'ancienneté de leurs lésions (Leyden, Guttmann, Gérard-Marchant, etc.) ou ayant subi antérieurement plusieurs tentatives thérapeutiques sans succès.

Voici donc déjà quelques raisons qui doivent nous faire repousser les interventions trop précoces. Il en est d'autres, sur lesquelles l'attention n'est que récemment et rarement attirée. Les recherches bactériologiques modernes ont démontré qu'il y a pus et pus : il y a le pus virulent, infectieux, donnant naissance à des symptômes généraux graves, à des états septico-pyohémiques : il y a aussi le pus froid, aseptique, stérile, qu'il soit microbien ou amicrobien. Quel que soit le mécanisme pathogénique de ces sortes de suppuration, elles se comportent en clinique comme des produits neutres. On a rencontré de ces suppurations froides dans les articulations (Rendu), dans le foie (Kartulis, Netter, Laveran), dans les phlegmons péri-néphrétiques (Tuffier), dans le péritoine, les abcès appendiculaires, le tissu cellulaire sous-cutané (1), etc. Dans la région qui nous occupe, le professeur Debove signalait, en 1887, les empyèmes latents (2). D'autre part, les recherches de Netter ont montré combien était fréquente la résolution des pleurésies purulentes à pneumocoques. Le pus tuberculeux ou plutôt les produits de la désintigration caséeuse des granulations, ne donnent lieu à des phénomènes septicémiques que lorsque le strepto ou le staphylocoque sont venus s'y greffer par le mécanisme des infections secondaires. On peut donc, en clinique, rencontrer toute une série de suppurations froides ou peu virulentes et la connaissance pratique de ce fait nous paraît de la plus grande importance. Autant il est nécessaire d'évacuer une collection purulente donnant lieu à des symptômes d'infection, comme dans l'empyème gangréneux, autant la temporisation pourra-t-elle être admise *jusqu'à un certain point* dans les formes peu septiques, chez un tuberculeux, par exemple, qui n'aura pas encore été la proie des infections secondaires.

Les considérations qui précèdent visent surtout la pleurotomie : il nous semble, en effet, que cette opération, si indiquée qu'elle soit, crée des conditions assez fâcheuses pour qu'on n'ait nulle envie d'y recourir plus tôt que de nécessité. Déjà, dans les pleurésies purulentes vulgaires, l'opération de l'empyème, pratiquée d'une manière précoce, ne donne pas toujours des succès bien brillants; c'est du moins ce qui ressort de la statistique assez considérable de Dam-

(1) Catrin. Soc. méd. des hôpit., 9 mars 1894.

(1) M. Ricard en citait ici même tout dernièrement plusieurs exemples (*Gaz. des hôpit.*, 30 janv. 1896, n° 13, p. 117).

(2) Debove. Soc. méd. des hôpit,. 28 janv. 1887.

bacher (52 cas), recueillie dans le service de Czerny (1). A plus forte raison, en sera-t-il de même dans le pneumothorax où l'opération met à jour une cavité immense, dont le drainage sera toujours plus ou moins imparfait, et dont les parois ne se rapprocheront que très faiblement. C'est donc s'exposer à une septicémie pleurale peut-être plus grave dans ses manifestations que la suppuration déjà existante. Ce sera affaire à la bactériologie et à la clinique que d'opérer cette distinction entre les cas infectieux et ceux qui ne le sont pas ou guère : l'étude de la température du malade sera peut-être encore le meilleur moyen de diagnostic.

Si nous avons fait ressortir avec insistance les inconvénients qui résultent d'une intervention prématurée, ce n'est pas que nous conseillions d'attendre la période de cachexie pyémique ou tuberculeuse. On se trouverait alors désarmé, comme dans une observation citée dernièrement par M. Galliard à la Société médicale des hôpitaux (2). Il ne faut pas non plus s'exagérer la valeur de cette contre-indication, témoin les succès nombreux, les véritables résurrections obtenues par bien des chirurgiens, et en particulier par M. Gérard-Marchant.

L'influence curative du pneumothorax sur la tuberculose, en cas d'épanchement purulent, ne nous paraît plus devoir entrer en ligne de compte. Dans le vague espoir d'enrayer l'évolution bacillaire, il serait coupable de laisser son malade succomber à la pyohémie. On n'a pas non plus à se préoccuper de l'influence que pourra avoir l'intervention sur la fistule, sinon en pensant que c'est le seul moyen d'en obtenir la cicatrisation.

En résumé, dans le pneumothorax l'intervention doit être précoce, rapide, toutes les fois qu'il y a des tendances septico-pyémiques. Dans les autres cas, il y a avantage à temporiser quelque peu pour permettre aux lésions de supporter plus facilement et plus avantageusement pour elles l'acte opératoire. Nous ne voulons pas rendre le chirurgien timoré, mais l'aider seulement à établir dans chaque cas particulier, une balance exacte entre les moyens de salut dont il dispose et les risques que ceux-ci font courir à son malade. Les indications sont donc essentiellement variables, et notablement différentes de ce qu'elles sont dans une pleurésie purulente vulgaire. Nous espérons achever cette démonstration par l'étude des différents procédés auxquels on peut avoir recours.

c. *Procédés opératoires.* — L'évacuation par la thoracentèse a été pratiquée plusieurs fois. Elle tire une première indication de l'abondance de l'épanchement. Par ce seul fait, le pus peut être une source de danger, comme dans une simple pleurésie séreuse, et mérite d'être traité au même titre. Dirigée contre l'empyème lui-même, la ponction a des résultats fort aléatoires. Enregistrons tout d'abord ses succès :

Rodrajewsky (3) obtint ainsi la guérison d'un pyopneumothorax métapneumonique, qui avait déterminé un abcès à la partie inférieure du thorax. West (4), dans un pyopneumothorax, dont il n'indique pas la nature, vit le liquide purulent devenir séreux sous l'influence de ponctions répétées et le malade finit par guérir.

Aux ponctions aspiratrices, on joint quelquefois les injections antiseptiques. Moizard (5) obtint la guérison d'un pneumothorax chez un tuberculeux, par l'emploi de la teinture d'iode iodurée ; Millard (6) n'a obtenu que de simples améliorations; de même pour Greiner (7) avec le naphtol camphré. Par contre, Merklen (8) n'a rien obtenu du tout, et Gaillard fait le procès de cette méthode en raison des dangers d'intoxication qu'elle crée. Chez un malade du professeur Dieulafoy, les injections de sublimé furent sans succès et n'empêchèrent pas le liquide de passer à la purulence. La ponction simple fut encore impuissante à conjurer une mort rapide dans un pneumothorax d'origine métastatique observé par Allen Jones (1) au cours d'une infection puerpérale.

On n'aura donc recours aux ponctions aspiratrices et aux injections modificatrices qu'à titre de moyen palliatif chez les malades qu'on n'osera traiter autrement par suite de cachexie, de lésions irrémédiables, etc., ou comme procédé d'attente, en cas d'épanchement menaçant par son abondance. Elle pourra donner des guérisons définitives; mais il ne faudra pas trop y compter.

Une méthode peu employée et peu connue en France est celle de Bülau (de Hambourg). Tachard et C. Paul l'ont employée cependant avec succès (2). A notre connaissance, elle n'a guère été utilisée, d'une façon typique, que pour les pleurésies purulentes. C'est le drainage de la plèvre au moyen d'un siphon. Dambacher le recommande dans les empyèmes récents, avant d'en venir à l'opération classique ou aux résections selon le type Létiévant-Estlander. Nous conseillerions son emploi dans le pyopneumothorax pour les raisons indiquées plus haut et qui nous faisaient souhaiter de reculer, dans une certaine mesure, les interventions larges et compliquées. Ce serait un procédé d'attente qui, dans certains cas heureux, pourrait devenir curatif.

En tout cas, le trocart simple, à demeure, sans siphon, a suffi pour amener la guérison d'un pneumothorax devenu purulent chez une jeune fille tuberculeuse, observée par E. Powell Watkins (3). Laboulbène (4) et Sanné (5) ont obtenu chacun un succès, en dilatant le trajet de la ponction à l'aide de la laminaire, et en pratiquant aussi des lavages pleuraux iodés au moyen d'une sonde à double courant. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une pleurésie purulente terminée par vomique, d'un pneumothorax emphysémateux dans le second.

Avant donc de recourir à la pleurotomie, il y aurait lieu d'essayer quelques tentatives de ce genre. Après leur échec ou en cas d'indication pressante, on serait pleinement en droit d'aborder l'empyème gazeux par l'incision franche.

Si nous avons beaucoup insisté sur les inconvénients de cette dernière méthode, il ne faut pas cependant considérer son emploi comme un procédé d'exception. Elle tire son indication fort nette de l'échec des procédés précédents, et surtout de la septico-pyémie aiguë ou chronique qui suit de près la plupart des épanchements purulents. La présence du gaz ne modifie guère les indications générales de l'opération de l'empyème : elle tend seulement à nous rendre plus scrupuleux dans son emploi, et surtout moins confiants dans les résultats. Mais elle demeure, en somme, l'unique chance de salut de bien des malades; aussi, tout en n'intervenant pas prématurément, il ne faut pas non plus attendre la période de cachexie pour en faire bénéficier le patient.

Dans le pyopneumothorax gangréneux, il faudra, au contraire, recourir d'emblée et rapidement à la *pleurotomie*. On comprend facilement la nécessité d'une intervention précoce, dont les suites sont, généralement, heureusement influencées par l'existence fréquente de fausses membranes tout autour du foyer de gangrène.

Les formes partielles du pneumothorax n'exigent pas, en effet, la même circonspection que les formes totales. L'enkystement laisse le poumon pour ainsi dire hors cause : l'o-

(1) Czerny. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1892, t. VIII, 3.
(2) Séance du 15 nov. 1895.
(3) Rodrajewsky. *St-Petersb. Med. Wochens.*, 1886.
(4) West. Coll. méd. de Londres, 1887, in *Semaine méd.*, 1887, p. 355.
(5) Moizard. Soc. méd. des hôpit., 27 juillet 1888.
(6) Millard. *Ibidem*, 28 juin 1889.
(7) Greiner. Th. de Paris, 1890-1891, n° 27.
(8) Merklen. Soc. méd. des hôpit., 3 nov. 1891.

(1) A. Jones. *Med. News*, 12 déc. 1891, p. 668.
(2) M. Tachard, au Congrès de chirurgie de 1892, a revendiqué la priorité en faveur de cette méthode.
(3) E. P. Watkins. *The Lancet*, 1893, t. I, p. 133.
(4) Laboulbène. *Bull. de thérap.*, 1872, p. 97.
(5) Sanné. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873, p. 523.

pération n'est pas plus grave qu'avec une collection sous-pleurale. De Cérenville (1) a vu ainsi une guérison rapide. Elle peut même se produire spontanément à la suite d'une vomique [Tolmer (2), Schlezinger (3)].

d. Résultats de la pleurotomie. — Il faut les envisager selon les variétés étiologiques.

Chez les tuberculeux, les résultats éloignés ne sont pas toujours brillants : il n'y a à cela rien d'étonnant, le malade étant et restant phtisique. Mais, toute chose égale d'ailleurs, il faut reconnaître que l'intervention chirurgicale donne ici des résultats bien meilleurs qu'on aurait pu le supposer *à priori*. Nous avons pu réuuir 16 cas de pleurotomie pour pyopneumothorax tuberculeux. Sur ce total, on compte 2 morts rapides et 14 survies opératoires : la mort est survenue 9 fois plus ou moins tardivement :

3 fois entre 2 et 4 mois ;
2 fois après 4 mois ;
2 fois après 6 mois;
1 fois après 1 an ;
1 fois après 5 ans et 3 mois.

Dans 5 cas, les malades vivaient encore.

Au moment de la publication de l'observation : chez trois d'entre eux, la pleurotomie remontait à plusieurs mois; elle datait respectivement de 3 et 6 ans pour les deux derniers.

Les morts rapides ou des premiers mois sont dues à la septicémie pleurale, à une généralisation bacillaire (Dieulafoy), à une congestion pulmonaire du côté opposé (Rendu). Les morts tardives sont le fait des progrès de la tuberculose. Remarquons, en passant, l'influence vraiment heureuse que l'intervention a eue pour plusieurs malades dont les survies dataient de trois ans (Leyden), plus de cinq ans (Guttmann), six ans [Richardière (4)].

Les tuberculeux qui guérissent conservent, la plupart du temps, une fistule : celle-ci communique avec une cavité parfois énorme : c'est, avons-nous dit, un des principaux ennuis consécutifs à la pleurotomie dans le pneumothorax. Dans bien des cas, cependant, cette cavité s'est en partie comblée au point de ne laisser qu'une minime poche. On sait quels sont les facteurs de cette réparation : la paroi, le poumon, le diaphragme. La première n'a qu'une mobilité très relative, et son rôle se réduit à peu de chose ; le poumon, emprisonné de son côté dans une gangue pseudo-membraneuse, ne se développe que peu ou pas; reste le diaphragme, auquel d'Antona (5) concède le rôle important. Et, en fait, si l'épanchement gazeux a refoulé le diaphragme, la pression intra-abdominale tend, après l'ouverture de la plèvre, à le ramener en haut.

Dans l'empyème gazeux gangréneux, la pleurotomie donne d'assez bons résultats. Sur cinq cas traités chirurgicalement, Oberlé compte deux morts. Les trois malades guéris n'ont pas conservé de fistules. Tout dépend ici de l'état général et du degré de l'infection de l'économie : c'est ainsi que, chez une malade d'Allen Jones, en proie à une infection puerpérale aiguë, il est douteux que la pleurotomie aurait pu prévenir la mort, qui survint quelques heures après l'éclosion des premiers accidents pulmonaires. Notons que, sur les deux morts, l'une d'elles a été la conséquence d'une congestion pulmonaire du côté opposé à la lésion (Bucquoy). L'autre malade succomba à une embolie.

e. *Manuel opératoire.* — Nous n'avons l'intention de faire que de simples remarques.

Faut-il pratiquer l'anesthésie? On sait qu'on peut, avec beaucoup de prudence, chloroformer dans les circonstances les plus difficiles. Mais s'il s'agit d'une simple pleurotomie, l'anesthésie générale n'est pas nécessaire. On pourrait se contenter de l'anesthésie locale, même s'il y avait une résection partielle de côte à pratiquer. Cette considération a surtout de la valeur dans les cas de pyopneumothorax récents, là où l'équilibre de la respiration est peut-être encore mal établi ou fort précaire. Dans les cas anciens, la contre-indication de l'anesthésie sera moins absolue.

Le lieu d'élection de la pleurotomie est assez controversé. Il faudra tout d'abord tenir compte de l'état des parties (pneumothorax partiel, total, diaphragmatique, etc.). Dans les formes totales, on pourra sans crainte rechercher, par l'incision de Walter (1), le point le plus déclive : le diaphragme est, en effet, fortement refoulé en bas : il n'y a donc aucun risque à le traverser, comme le fait arrive quelquefois dans les pleurésies purulentes. L'on est à même ainsi d'assurer un bon drainage.

Dans l'incision des parties molles, on trouve les veines volumineuses, gorgées de sang, ce qui tient à un certain degré d'asphyxie et à la compression des gros troncs intra-thoraciques [West (2)].

Toutes les fois que le malade offrira des tendances syncopales ou asphyxiques, l'opération devra être vivement conduite. Leyden et les auteurs allemands insistent beaucoup sur la nécessité de diminuer le shock opératoire et le trouble apporté à la respiration. Cependant Guttmann ne craint pas d'ajouter à l'incision pleurale une résection partielle de côte. On se donne plus de jour, il est vrai : c'est une conduite fort naturelle, si l'état général est bon. Sinon, nous croyons qu'il vaut mieux tout d'abord s'en tenir à la pleurotomie simple.

Pour arriver sur le foyer, il sera parfois nécessaire de rompre quelques fausses membranes (Obs. IV de la thèse d'Oberlé), ou d'aller vider profondément une poche secondaire diaphragmatique (Obs. V. ibid.). Le pus évacué, on peut faire un lavage. Mais la plupart des médecins et des chirurgiens sont d'accord pour le proscrire dans la pleurésie purulente [Péraire (3)] et les raisons qu'ils en donnent nous semblent avoir plus de force encore pour le pneumothorax total. Il ne faut pas s'exposer à rompre ou prévenir des adhérences, à provoquer des réflexes fâcheux, quand on se trouve en présence d'une cavité aussi largement ouverte que l'est la plèvre, dans le cas particulier. Dans les formes gangréneuses ou septicémiques, les lavages antiseptiques deviennent nécessaires. Le drainage s'effectue avec de gros tubes associés en canons de fusil. Il n'est pas inutile de rappeler la facilité avec laquelle ils tombent dans la séreuse [Schwartz (4), G.-Marchant (5), Hassler (6)]. Le moyen le plus sûr pour les fixer est de passer à leur extrémité libre une anse de fil qui embrasse ensuite le moignon de l'épaule du côté malade.

e. *Opérations diverses. Tentatives de cure radicale.* — La fistule consécutive à la pleurotomie est traitée ultérieurement comme celle de toute pleurésie purulente. Bien des malades l'ont conservée et ont survécu fort longtemps sans en être beaucoup incommodés (Leyden, Guttmann, Richardière). Ce sera donc au malade et aux circonstances à décider s'il y a lieu de recourir à une opération plus complète, telle que l'Estlander.

Cette opération donne des résultats variables selon les origines du pyopneumothorax. Le malade de M. Millard (7), un tuberculeux opéré par M. Peyrot dans de mauvaises con-

(1) Cité par Dujardin-Beaumetz, *Clinique thérapeutique.*
(2) Tolmer. Th. de Paris, 1891.
(3) Schlezinger. Soc. imp.-roy. des méd. de Vienne, 14 juin 1895.
(4) Richardière. Soc. méd. des hôpit., 13 nov. 1891.
(5) D'Antona. Soc. ital. chir., 1887.

(1) Walter. Soc. anat., 1888.
(2) West. Collège méd. de Londres, 1887, in *Semaine méd.*, p. 354.
(3) Péraire. *Prog. méd.*, 1891.
(4) Schwartz. Soc. de chir., 8 oct. 1890.
(5) G.-Marchant. *Ibidem*, 15 oct. 1890.
(6) Hassler. Congr. de chir., 1895.
(7) Millard. Acad. de méd., 12 fév. 1884.

ditions d'état général, succomba rapidement. Il n'en fut pas de même du malade de Féréol (1), qui subit d'abord la pleurotomie et plus tard l'Estlander; la guérison fut parfaite pendant six ans. Mais en 1889, il se forma un petit abcès et une fistule. Le malade n'était pourtant pas tuberculeux.

Mais l'opération d'Estlander et toutes celles qui poursuivent le même but (Quénu, Delorme) s'exposent, si la fistule brancho-pleurale reste béante, à échouer complètement. Pour tarir la fistule cutanée, il faudrait essayer d'abord de tarir la fistule viscérale. Nous ne connaissons que cinq tentatives de ce genre : la première est due à M. Guermonprez, deux autres à M. Gérard-Marchant et les dernières à M. Lardy (2) et à M. Delagénière (3).

L'opération de M. Guermonprez fut suivie d'un résultat parfait (4). Un jeune typographe de dix-huit ans est atteint de pleurésie purulente gauche au décours d'une fièvre scarlatine. Une vomique se produit, et à sa suite un pyopneumothorax. Neuf jours après sa première manifestation, le malade fut chloroformé prudemment, la neuvième côte réséquée sur une large étendue, la plèvre vidée et lavée, le tout fort rapidement. Un mois plus tard, l'état général s'était relevé, mais la suppuration ne tarissait pas et la cavité n'avait aucunement diminué. M. Guermonprez recourt alors à une thoracoplastie : on enlève six côtes jusqu'aux limites de la cavité suppurante; ce désossement pratiqué, on découvre l'orifice inférieur d'une fistule brancho-pleurale. Masqué en partie par le poumon, cet orifice était situé plus bas que le hile pulmonaire; il répondait à peu près au milieu de l'espace compris entre la tête et l'angle de la côte. Son calibre était béant dans l'inspiration comme dans l'expiration. Il avait 4 centimètres de diamètre. Les premiers fils passés très superficiellement, en raison du voisinage des artères et nerfs intercostaux, et à l'aide d'une aiguille de Sims, coupèrent les tissus; de nouvelles tentatives permirent d'en placer trois avec plus ou moins de bonheur; l'un d'eux assurait la fermeture de la fistule par l'affrontement d'une languette pulmonaire contre la séreuse pariétale voisine. Le malade sortait guéri trente-huit jours après l'opération, et il l'est resté depuis, bien que la convalescence nécessitée par son état ait dû être assez longue.

Les deux malades de M. Gérard-Marchant étaient deux tuberculeux (5). Chez le premier, on fit un Létiévant-Eslander allant de la dixième à la cinquième côte et portant sur une longueur de 10 à 15 centimètres de côte. La cavité pleurale était très vaste et, quand elle fut largement ouverte, on vit sur la paroi deux perforations, l'une à la base, l'autre beaucoup plus haut. Les bords de ces fistules sont grattés et avivés, puis suturés; mais les fils ne peuvent tenir que pour la première, en raison de la friabilité des tissus. Le résultat fut néanmoins parfait, les fistules s'oblitérèrent, et le malade, qui était mourant, recouvra un état de santé très satisfaisant. Le second malade avait subi sept ponctions pour une pleurésie purulente tuberculeuse. Une opération semblable à la première, qu'avait exécutée M. Gérard-Marchant, permit de constater une perforation pulmonaire; mais, ici encore, l'extrême friabilité des tissus ne permit pas d'obtenir un affrontement par la suture. Néanmoins, le malade a été très amélioré.

Le cas de M. Lardy nous montre tout ce qu'on peut attendre du procédé du professeur Delorme. Chez un emphysémateux atteint de pyopneumothorax à la suite d'une pleurésie grippale, M. Lardy exécuta une large résection des côtes : curetage et suture de la fistule pulmonaire, décortication du poumon qui se déplissa instantanément, bien que les lésions fussent vieilles de huit mois. Tamponnement antiseptique de la plèvre, suture et drainage de la paroi. Les seuls incidents furent quelques tendances syncopales pendant l'opération et un peu de congestion pulmonaire du côté opposé les jours suivants. Guérison au bout de deux mois.

L'opéré de M. Delagénière portait en même temps une caverne tuberculeuse du sommet. Celle-ci fut largement ouverte et suturée à la paroi : drainage du sinus costo-diaphragmatique par le procédé de l'auteur. Il s'ensuivit une grande amélioration et ce ne fut qu'après plusieurs mois que la généralisation tuberculeuse amena la mort.

Ces tentatives, notamment celles de MM. Guermonprez et Lardy, sont très encourageantes. Il est difficile d'en tirer déjà des indications ou des conclusions fermes. Il nous semble cependant qu'elles doivent tout d'abord être exécutées à froid, c'est-à-dire quand le malade aura déjà échappé aux dangers de l'asphyxie et de la septicémie, soit par les ponctions, soit par la pleurotomie. Le procédé opératoire du professeur Delorme permet d'aborder largement et franchement l'intérieur de la cavité thoracique : la décortication du poumon sera particulièrement indiqué, en raison du refoulement considérable et précoce dû à la compression des gaz. Le grattage soigneux de la fistule, qu'on pourrait essayer de pousser aussi loin que possible, augmenterait les chances de réussite en permettant aux sutures pulmonaires de tenir. Si l'on arrive à obtenir un certain degré de mobilisation du poumon, on essaierait de combler en partie la cavité pleurale en suturant par places le poumon et la paroi (Delorme). Les points de suture seront en tout cas placés de telle sorte qu'il en résulte une cavité facile à drainer. Les lavages paraissent contre-indiqués; essayés chez le premier malade de M. Gérard-Marchant, ils faillirent amener l'asphyxie. On terminera l'opération par un tamponnement antiseptique et le drainage de la cavité pleurale. Il ne faudrait peut-être pas attacher trop d'espoir aux résultats des sutures pulmonaires; on sait combien elles tiennent mal dans les foyers suppurés, et cependant les observations de Guermonprez et Gérard-Marchant prouvent qu'elles peuvent réussir.

CONCLUSIONS

1° Le traitement du pneumothorax dépend essentiellement de sa cause et de sa forme.

2° Les indications opératoires découlent de l'asphyxie et des complications pleurales.

3° L'asphyxie est généralement justiciable de la thoracentèse : elle peut n'être pas toujours inoffensive (chez les tuberculeux). C'est donc une méthode d'urgence. Chez les emphysémateux, elle amène souvent la guérison à sa suite.

4° Les complications pleurales commandant une intervention active sont la purulence ou la gangrène. La pleurotomie doit être précoce dans ce dernier cas. Chez les tuberculeux, elle sera plutôt retardée afin de permettre la constitution d'adhérences; on se hâtera plus ou moins selon l'existence d'un état pyémique plus ou moins marqué. Elle donne chez eux de bons résultats en général.

5° Les fistules thoraciques consécutives pourront être taries, si l'état général le permet, à la condition de tarir en même temps la fistule viscérale.

(1) Féréol. *Ibidem*, 9 août 1892.
(2) Lardy. *Corresp.-Blatt. f. Schw. Ærtze*, 15 mars 1895.
(3) Delagénière. Congr. de chir., 1895.
(4) Guermonprez. Soc. méd. des hôpit., 14 juin 1889.
(5) G.-Marchant. Congr. de chir., 22 oct. 1895.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


CAPSULES
DARTOIS

N° 72. — MARDI 23 JUIN 1896. 69e ANNÉE. MARDI 23 JUIN 1896. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 juin 1896.

A propos de la récente communication de M. Mathieu sur le sable intestinal, M. Oddo (de Marseille) a adressé à la Société médicale des hôpitaux une intéressante observation de sable intestinal chez une malade qui présente également de l'entérite muco-membraneuse. Depuis un certain temps, cette malade sentait, disait-elle, le passage, à travers l'anus, d'une grande quantité de terre. L'examen des matières y fit découvrir une substance ressemblant à du sable et constituée par des sels de chaux et de magnésie.

Il y a quelque temps, M. Oddo constata chez elle une crise très nette d'entérite muco-membraneuse. Ce fait mérite donc d'être rapproché de ceux de M. Mathieu et maintenant que l'attention est appelée sur ce sujet, il est probable que les exemples se multiplieront. Beaucoup de ces cas ont été jusqu'ici confondus avec la lithiase biliaire : l'intensité des crises intestinales, l'apparition de graviers jaunâtres dans les matières consécutivement à ces crises, ont fait souvent porter à tort le diagnostic de colique hépatique. Il suffit d'être prévenu pour éviter cette erreur.

M. Sevestre qui, depuis le 25 décembre 1894, dirige le service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, a présenté dans la même séance sa statistique de l'année 1895. C'est la première année où les malades aient bénéficié de l'emploi systématique et régulier des injections de sérum de Roux, si heureusement utilisées déjà, durant les derniers mois de 1894.

Si l'on envisage le mouvement dans son ensemble, on voit que, sur 1140 enfants reçus dans le service, 158 sont morts, c'est-à-dire 13,85 p. 100. Parmi ces 158 décès, 87 sont survenus moins de vingt-quatre heures après l'entrée des malades à l'hôpital. En les défalquant de la statistique totale, la proportion de la mortalité ne serait plus que de 8,13 p. 100. Mais, si légitime que soit la défalcation de ces enfants admis *in extremis*, alors que toute intervention est vouée fatalement à un échec, il n'est pas besoin d'en tenir compte pour apprécier toute la valeur des résultats obtenus par la nouvelle méthode de traitement.

De 1890 à 1893, inclusivement, la moyenne des décès oscillait entre 56 et 48 p. 100. En 1894, les premiers essais du sérum avaient abaissé déjà la mortalité à 21 p. 100. Actuellement elle est réduite à peu près au tiers du chiffre répondant à la moyenne habituelle, antérieure à l'année 1894 ! On chercherait vainement dans l'histoire de la médecine l'exemple d'un pareil succès thérapeutique. Il est probable que les résultats seront encore plus satisfaisants lorsque l'emploi systématique de la sérumthérapie aura permis d'en mieux préciser les indications et les doses.

M. Sevestre a essayé un grand nombre de fois les injections de sérum de Marmorek, pour les infections streptococciques, associées à la diphtérie. Cette méthode a produit, en général, d'assez bons effets sur la gorge : les fausses membranes se détachaient plus facilement, les ganglions diminuaient assez rapidement de volume, mais on n'a pas observé d'effets appréciables dans l'état général des malades. Il est survenu souvent des abcès locaux à la suite de ces injections.

La base du traitement de la diphtérie, dans le service de M. Sevestre, consiste avant tout dans les injections de sérum de Roux. Tous les enfants y sont soumis dès leur entrée, avant que le diagnostic bactériologique ait été établi avec certitude ; et cette pratique est suffisamment justifiée par la fréquence des cas insidieux où la maladie, après avoir présenté des allures bénignes, éclate soudain avec une intensité désespérante.

Contrairement aux préceptes qui avaient été tout d'abord formulés, M. Sevestre ne renonce pas aux autres moyens qui peuvent améliorer l'état des malades.

On fait sur la gorge des injections d'eau de Labarraque, à 1/20e. Lorsqu'il existe des phénomènes d'embarras gastrique, M. Sevestre recourt volontiers au calomel ; il conseille le benzoate de soude pour les enfants atteints de pneumonie, et les bains froids pour les formes fébriles avec ou sans pneumonie.

Les injections hypodermiques de caféine, de sérum artificiel de Hayem ont été couramment utilisées dans les cas graves. Tous ces médicaments ont été très bien supportés : ils ont réellement contribué au succès en relevant les forces des malades et en prolongeant leur résistance jusqu'à ce que le sérum de Roux ait pu produire son effet.

Ne prêtez pas vos rasoirs, et gardez-vous d'emprunter ceux de votre prochain. M. Catrin a observé récemment un cas de syphilis grave chez un vieillard qui s'était inoculé la

vérole en se servant du rasoir de son fils, lequel fils était en pleine évolution d'accidents secondaires.

M. Comby a signalé un cas d'hémophilie chez une fillette de onze mois, en insistant avec raison sur la grande part de l'hérédité dans la transmission de cette grave maladie.

DE LA CHOLÉDOCOTOMIE

Par A. Ricard,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Malgré les travaux déjà nombreux qu'a suscités la chirurgie du cholédoque, les interventions pratiquées sur ce canal sont encore des plus rares, et il est actuellement utile de recueillir les observations isolées pour en tirer quelques renseignements.

C'est à ce titre que je publie l'observation suivante :

M. H..., âgé d'une cinquantaine d'années, était atteint depuis plusieurs années de lithiase biliaire ayant occasionné des crises hépatiques avec ictère fugace, et ayant nécessité plusieurs saisons à Carlsbad.

Ces crises, bien que répétées, avaient toujours été passagères, lorsque, à la fin de l'année dernière, elles se rapprochèrent, devinrent de plus longue durée, et finalement l'ictère s'établit d'une façon chronique en s'intensifiant de jour en jour. Les selles étaient décolorées d'une façon absolue. L'amaigrissement fit de rapides progrès, l'inappétence devint complète ; de fréquents frissons survinrent, et le malade était dans un état déjà sérieux, lorsqu'il consulta M. Hanot, dont la compétence au sujet des affections hépatiques est si universellement reconnue.

Son diagnostic, basé sur les antécédents nettement lithiasiques, sur l'examen méthodique et attentif du foie, fut : obstruction du canal cholédoque par des calculs biliaires. Il admit l'intégrité organique du foie et posa l'indication d'une intervention chirurgicale. Cette intervention fut différée de plusieurs semaines, et lorsque le malade fut présenté à mon examen, l'émaciation était devenue extrême. Le foie était plutôt petit, mais de forme normale ; la teinte ictérique avait atteint le vert sombre ; la fièvre était constante le soir ; et dans la journée, le malade accusait de fréquents frissons.

Je l'opérai en février dernier chez les Frères de la rue Oudinot. Voici quelques détails opératoires :

Je fis d'abord une incision médiane exploratrice, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic ; le foie étant relevé par un aide. Je trouvai la partie moyenne de sa face inférieure cachée par des adhérences serrées, ne me permettant pas de voir la vésicule, premier point de repère qu'il est indispensable de reconnaître. Aussi je fis immédiatement une incision complémentaire, parallèle au rebord des fausses côtes, longue de 12 à 15 centimètres, grâce à laquelle j'ouvris largement la région sous-hépatique.

Ce ne fut pas sans peine que je trouvai la vésicule ; très petite, ratatinée sur trois calculs, et perdue dans des adhérences au milieu desquelles je dus la sculpter. La vésicule incisée, je pus extraire facilement les calculs, qui présentaient environ, chacun, le volume d'une noisette. Le cathétérisme ne permit pas d'introduire une sonde dans le canal cystique et ne put favoriser la découverte du cholédoque.

Je procédai alors à sa recherche en continuant la dissection de la vésicule, parvenant ainsi au canal cystique. Dès qu'il fut découvert et isolé, je le fis tendre à l'aide de tractions exercées sur la vésicule, et je pus ainsi descendre sur le cholédoque. Il est inutile de dire que, du fait des adhérences, l'hiatus de Winslow, point de repère précieux, n'existait plus et était complètement oblitéré.

Je ne tardai pas à découvrir, au bas du cholédoque, une partie dure, ovoïde, oblongue et mobile. C'était un calcul. Je pus le faire remonter jusqu'au canal cystique, et là, le maintenant sur le doigt, j'incisai directement le canal cystique : le calcul s'échappa facilement. Un cathétérisme me démontra qu'il existait plus profondément un obstacle que la sonde ne pouvait franchir.

Je prolongeai ma dissection et j'arrivai ainsi sur la tête du pancréas, et je pus là trouver plusieurs calculs, petits, ovoïdes, du volume d'une grosse plume de corbeau ; je pus les faire remonter et sortir par mon incision cystique, enfin, un dernier calcul (il y en avait quatre) put être extrait facilement, son bout effilé me fit espérer que c'était le dernier. En effet, après son extraction, la sonde pénétra directement dans le cholédoque.

L'intervention était terminée dans son acte essentiel. Je procédai à l'occlusion de mes deux incisions à l'aide de fins fils de soie.

L'opération avait été si régulière et si simple, que j'eus un moment l'intention de refermer complètement le ventre, sans drainage. Mais la lecture des observations démontrant que presque toujours une fistule biliaire s'établissait quelques jours après l'intervention, je drainai à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée, au-dessus de laquelle je plaçai deux gros drains en canon de fusil, que je fixai à la paroi.

La suture fut terminée et le pansement achevé.

Les suites immédiates furent parfaites : quelques douleurs facilement calmées par la morphine, pas de température. Le quatrième jour, une selle absolument décolorée ; un léger purgatif, donné le lendemain, amena des selles diarrhéiques légèrement colorées.

Le huitième jour, je retirai les fils de suture et la mèche iodoformée, les drains restant en place.

Le dixième jour, le pansement est inondé de bile, les selles se décolorent à nouveau et dans le pansement, pendant les jours qui suivent, au milieu d'une bile brunâtre et contenant des filaments muqueux noirâtres, on trouva plusieurs calculs biliaires du volume d'un grain de chènevis. Cette issue de calculs se renouvela pendant plusieurs jours.

Sans vouloir insister, nous dirons que l'écoulement de bile diminua peu à peu, que la décoloration des téguments se fit progressivement, que l'appétit et les forces revinrent et qu'enfin, un mois après, la fistule était tarie. La décoloration de l'urine et des téguments se fit progressivement, mais n'était pas complète à la fin du premier mois, ce qu'explique l'imprégnation profonde de tous les tissus par la bile.

Au bout de six semaines, le malade avait repris ses occupations. Depuis, sa santé est aussi parfaite que possible et nul trouble n'est survenu dans la région hépatique.

Cette intervention, suivie de succès, peut suggérer des considérations diverses :

1° Mes collègues ont déjà insisté sur la difficulté du diagnostic ; on doit poser en principe qu'il est indispensable, pour l'établir, de recourir aux lumières médicales les plus compétentes, sans quoi on s'exposerait à des interventions souvent inutiles, c'est-à-dire nuisibles ;

2° Quant au mode opératoire, je me déclare partisan absolu de l'incision médiane, qui est la voie exploratrice par excellence, et qui mène plus directement sur le cholédoque que l'incision latérale. Il est d'ailleurs loisible au chirurgien d'agrandir son incision dans le sens qu'il jugera utile ;

3° L'observation ci-jointe confirme le fait déjà connu que, dans le cas de lithiase du cholédoque, la vésicule est atrophiée et ratatinée : elle montre de plus que la vésicule est un point de repère utile pour découvrir le cholédoque, sur

lequel la dureté du calcul constitue un deuxième point de repère de la plus haute valeur.

Enfin l'incision du canal cystique, plus accessible, moins profond, doit être tentée toutes les fois que le calcul est reconnu mobile. C'est ainsi que, sans la crainte de créer un mot nouveau et de faire croire à une méthode nouvelle, mon observation pourrait plus justement s'intituler : cysticotomie que cholédocotomie.

En terminant, j'insisterai sur la nécessité d'un drainage, même dans les cas les plus simples et les plus régulièrement menés. Faute de cette précaution, on s'expose à une inondation biliaire du péritoine avec ses conséquences. Dans le cas relaté plus haut, l'issue ultérieure de calculs fait voir que cette fistule biliaire a été heureuse, dans l'espèce, puisqu'elle a pu permettre l'évacuation de calculs situés plus haut et qui auraient pu s'engager ultérieurement dans le cholédoque et produire une nouvelle rétention.

On pourrait même se demander si, en présence de ce fait, il ne vaudrait pas mieux renoncer à toute suture et laisser béante l'incision du cholédoque. Mais il y a une objection qui suffit pour faire rejeter cette méthode. C'est que la suture protège le péritoine d'une inondation biliaire immédiate, alors que le péritoine n'est pas suffisamment garanti. La suture donne aux adhérences le temps de s'établir, elle est donc indispensable, comme le drainage auquel un chirurgien prudent doit toujours avoir recours.

DE L'ÉPAISSEUR DES OS DE LA VOUTE DU CRANE

A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE (1)

Par M. PÉAN,
Membre de l'Académie de médecine.

II

Frontal. — A tous les âges, le frontal est un peu plus épais que le pariétal :

A la naissance, sa moyenne est de deux tiers de millimètre ;

A trois mois, il atteint 1 millimètre ;

Vers deux ans, 2 millimètres.

A partir de cette époque, son développement proportionnel, par rapport aux pariétaux, est moins rapide et sa moyenne générale ne dépasse plus l'épaisseur de cet os que d'un cinquième ou un sixième.

Il semble, d'ailleurs, que la moyenne du frontal soit plus grande que celle des pariétaux, au cours de son développement, ce qui tient surtout à ce que sa portion inférieure est relativement plus épaisse que la portion inférieure des pariétaux en haut, pariétaux et frontaux ont la même épaisseur.

Chez l'adulte, le frontal a une épaisseur moyenne de 5 millimètres et demi à 6 millimètres. Il se renfle un peu sur la ligne médiane, là où existait, à la naissance, la suture embryonnaire qui en réunissait les deux moitiés.

Dans le jeune âge, il est plus épais en bas qu'en haut. Cette différence s'efface plus tard, sauf au niveau de la ligne médiane, là où existent les sinus. A mi-hauteur de l'os, on trouve toujours en assez grand nombre des minima dans le sens transversal, qui produisent au niveau de la ligne médiane un léger enfoncement. Cet amincissement ne va pas du reste à plus d'un neuvième ou d'un dixième de l'épaisseur moyenne de l'os.

Au niveau de la fosse temporale, le frontal s'amincit considérablement et ne mesure plus que 1 à 2 millimètres.

Occipital. — Chez le nouveau-né, l'occipital est si peu développé qu'il fait à peine partie de la voûte. Son épaisseur moyenne est la même que celle des pariétaux, sauf au niveau de l'inion ; en ce point, cette épaisseur est double, c'est-à-dire qu'elle atteint 1 millimètre et parfois un peu plus. Vers l'âge de trois ans, et surtout de quatre ans, la moyenne est de 2 millimètres, comme celle de la partie postéro-supérieure des pariétaux. L'augmentation est à peu près la même que pour les pariétaux jusqu'à l'âge adulte.

Vers l'âge de quarante ans, ce qui caractérise surtout les différences d'épaisseur de l'occipital, c'est que celle-ci, vers l'angle supérieur, est uniformément très grande, sans doute parce qu'à ce niveau l'occipital fait partie du massif protecteur dont nous avons déjà parlé. En ce point, il mesure entre 6 et 8 millimètres.

Un peu plus bas, les maxima se trouvent tous sur la ligne et au niveau de l'inion, la moyenne est de 15 millimètres.

Sur les parties latérales, les chiffres deviennent de plus en plus faibles à mesure qu'on se rapproche des fosses cérébelleuses. Au-dessus des lignes courbes, l'épaisseur des parties latérales comme celle de la partie inférieure des pariétaux, oscille entre 3 et 4 millimètres, et n'est plus que de 1 millimètre au niveau des fosses cérébelleuses. Il est vrai que, à ce niveau, le crâne est protégé par les muscles de la nuque.

Temporal. — La portion écailleuse du temporal entre seule dans la structure de la voûte cranienne. Elle est uniforme et très mince, son épaisseur oscille entre 1 et 2 millimètres.

Sphénoïde. — Il en est de même de la grande aile du sphénoïde qui fait partie de la fosse temporale.

VOUTE CRANIENNE A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE. — Les différences d'épaisseur que nous avons signalées dans les diverses parties de la voûte cranienne, à l'état normal, et qui sont relatives à l'âge, au sexe et au développement du squelette, se retrouvent sur les crânes pathologiques. Les modifications qui ont le plus d'intérêt au point de vue qui nous occupe sont celles produites par certaines maladies, en particulier par le rachitisme, la syphilis héréditaire et les maladies graves du système nerveux, telles que : hydrocéphalie, idiotie, épilepsie, dégénérescence mentale, lypémanie, etc.

I. *Rachitisme.* — Non seulement les crânes des rachitiques conservent longtemps le caractère infantile à cause de la persistance des fontanelles, mais encore il y a état stationnaire dans l'accroissement des os en épaisseur. C'est ainsi que des enfants de deux à trois ans ne présentent aux pariétaux qu'une moyenne générale de 1 millimètre, c'est-à-dire le chiffre qu'on observe au bout de la première année des sujets normaux ; plus tard, si le malade guérit, l'épaisseur redevient normale, et même il n'est pas rare de voir survenir des hyperostoses limitées, variables comme siège, comme étendue et comme épaisseur. Celle-ci est le plus souvent peu modifiée, mais parfois elle peut être double de celle que l'on rencontre à l'état normal.

II. *Syphilis héréditaire.* — Le type le mieux accusé est celui du crâne natiforme. Les deux pariétaux forment en avant deux bosses généralement volumineuses dont les épaisseurs,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 709.

même chez les enfants de deux ans, rappellent celles des crânes des adultes; elles peuvent atteindre 6 et 7 millimètres. On peut également trouver l'hyperostose du frontal, mais moins marquée, sauf en haut où elle s'accroît brusquement; l'épaisseur du reste du pariétal et de l'occipital peuvent présenter soit des chiffres normaux, soit des chiffres au-dessous de la normale.

III. *Maladies générales autres que le rachitisme, la syphilis et les maladies nerveuses.* — Dans ce cadre confus et provisoire, nous rangeons nombre d'hyperostoses plus ou moins diffuses dont l'origine est indépendante du traumatisme. Dans nombre d'observations de crânes, dans lesquels l'épaisseur des os était augmentée, nous avons noté, parmi les antécédents, la rougeole, la scarlatine, une fièvre infectieuse, typhoïdique par exemple, ou des troubles gastro-intestinaux ayant amené des perturbations nutritives graves. Faut-il, dans ces cas, invoquer l'apport des toxines au niveau des os épaissis? Nous l'ignorons. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que les épaississements que nous avons trouvés dans ces cas étaient parfois notables chez des enfants de six mois; nous avons pu noter tantôt sur le frontal, tantôt sur le pariétal, ou sur les deux ensemble, des épaississements que l'on ne retrouve normalement que chez des enfants de deux à trois ans et même des hyperostoses.

IV. *Maladies nerveuses.* — 1° Dans l'idiotie, le crâne présente des caractères spéciaux tels que : l'asymétrie, une petitesse habituelle, et d'autres modifications que nous n'avons pas à décrire; ce qui nous intéresse, c'est qu'il offre, presque toujours, une épaisseur plus considérable que celle qu'on trouve chez les sujets bien portants, de même sexe et de même âge, et qu'il y a une véritable irrégularité dans la distribution de cette épaisseur. Ainsi, les deux moitiés du crâne sont uniformes, ou bien c'est tantôt la gauche, tantôt la droite qui l'emporte, et sans règles précises. De même, il n'y a pas d'accroissement bien net pour les pariétaux dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. Enfin, contrairement à ce qu'on trouve à l'état normal, les chiffres maxima et minima se rencontrent souvent côte à côte, de là de très nombreuses inégalités d'épaisseur.

2° Dans l'*épilepsie* et la *dégénérescence mentale*, on retrouve les mêmes faits, mais atténués. Signalons encore dans l'épilepsie, d'après les crânes que nous avons pu étudier, et surtout d'après les trépanations que nous avons exécutées, l'existence de plaques d'hyperostose, parfois très épaisses, mais faibles; nous les avons surtout rencontrées en haut, près de la suture médiane qui relie les deux pariétaux.

3° Dans la *lypémanie*, nous avons souvent noté de l'hyperostose, mais sans fait bien saillant. Cette augmentation d'épaisseur du crâne a été du reste signalée par un certain nombre d'auteurs, notamment par Purchappe, chez les individus atteints d'aliénation mentale.

4° Dans l'*hydrocéphalie*, les os restent très minces jusqu'à l'âge de trois à cinq ans; plus tard, l'épaisseur augmente et devient à peu près normale.

Déductions opératoires. — Nous venons de montrer que l'épaisseur des os du crâne offre des variations considérables à l'état pathologique, depuis l'état foliacé que l'on observe chez certains hydrocéphales jusqu'à l'épaisseur énorme que l'on rencontre chez certains crânes d'adultes atteints de périostose généralisée.

Pour ce motif, nous avons imaginé un instrument dont l'action puisse être graduée, de façon à ne pas léser trop facilement les méninges et le cerveau.

Lorsque nous fîmes nos premières trépanations, presque tous les chirurgiens se servaient d'un trépan en usage depuis de longues années et dont la couronne avait une longueur tellement considérable qu'elle en rendait le maniement difficile. D'autres se servaient de la gouge et du maillet.

Nous n'avons pas tardé à constater qu'en raison de la convexité du crâne, les larges couronnes du trépan s'appliquaient d'une façon peu régulière. Voilà pourquoi nous avons fait notre polytritome qui nous servait à la fois à perforer, à scier et à trépaner les os, à l'aide de couronnes de trépan, petites et rapprochées, mues par cet instrument, nous pûmes enlever aisément, par morcellement, des portions de la voûte aussi larges que nous le désirions. Ce morcellement est singulièrement facilité par l'emploi de nos pinces emporte-pièce qui permettent d'exciser les os rapidement dès que les petites couronnes du trépan ont mis à nu une petite portion de la dure-mère.

Il est rare, lors même que les os sont très épais, qu'ils soient assez durs pour que nos pinces emporte-pièce ne les enlèvent pas avec aisance.

Pour ceux qui, comme Voisin, Ballet, A. Voisin, Charcot et tant d'autres, préfèrent ne pas conserver les portions osseuses détachées de la voûte du crâne dans le traitement des maladies qui nécessitent la craniectomie, cette méthode du morcellement est sans contredit la plus sûre. Ceux qui à l'exemple d'un certains nombre de chirurgiens étrangers, préfèrent conserver, en même temps que les parties molles, les portions des sous-jacentes afin de les réappliquer lorsqu'on a examiné l'état des méninges et de la surface du cerveau, nous nous servons de la scie de notre polytritome, dont nous graduons l'action par un mécanisme spécial, comme on le fait pour la couronne du trépan.

Depuis plusieurs années, nous faisons fonctionner notre polytritome avec l'électricité, surtout à l'hôpital, où nous avons des moteurs suffisants pour l'actionner. Dans ces cas, il nous a toujours suffi de perforer le crâne de distance en distance avec de petites couronnes de trépan, d'introduire entre les portions une spatule cannelée, généralement flexible, entre la face profonde de l'os et la dure-mère, et de scier de dehors en dedans les points qui les séparent. Nous circonscrivons ainsi les portions plus ou moins étendues, en ayant soin de faire une section demi-circulaire dont les extrémités libres se terminent vers la région pariétale. Ce procédé a été imité l'année dernière par Doyen qui a, croyons-nous, imaginé, pour la section de la voûte du crâne, une scie un peu différente de celle de notre polytritome. Grâce à notre instrument, nous avons pu faire de nombreuses craniectomies avec une mortalité presque nulle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1896. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CHOLÉDOCOTOMIE

M. Ricard prend la parole sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 730.)

Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée par la dénudation et la dissociation du nerf. — M. Delagenière (du Mans) rappelle que M. Quénu a appelé l'attention sur

les cas de sciatique d'origine variqueuse. Il a observé récemment un cas de sciatique fémoro-fessière très rebelle chez une variqueuse. Il eut l'idée de dénuder le nerf sciatique et d'en frotter la surface avec une solution de chlorure de zinc à 1/10. Grâce à cette dénudation et à cette friction irritante, il put obtenir la dissociation du nerf et la destruction des vaisseaux superficiels variqueux serpentant dans le nerf sciatique. L'opération fut suivie d'une guérison complète. Elle eut évidemment pour effet de détruire les varicosités contenues dans le nerf sciatique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que M. Delagenière ne semble pas avoir trouvé de véritables dilatations variqueuses chez sa malade. L'opération n'a pas porté sur les veines; elle n'a porté que sur le nerf.

M. QUÉNU répond à cela qu'il ne faut pas de grosses dilatations variqueuses dans un nerf pour provoquer de fortes douleurs. M. Delagenière a trouvé des veines dilatées dans l'intérieur du nerf. Le hersage du nerf, sa dissociation peut donc avoir eu pour effet d'ouvrir ces veines variqueuses. L'opération peut donc agir en modifiant la circulation du nerf. Mais pour ma part, je n'aurais pas osé employer le chlorure de zinc pour frotter le nerf.

RAPPORT

Fracture mal consolidée. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation communiquée par M. Hartmann. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans qui, en juin 1895, se fit une fracture de la jambe gauche. On appliqua un appareil plâtré, mais deux mois et demi après l'application de cet appareil, il n'y avait pas encore de consolidation.

Les os chevauchaient; l'extrémité supérieure du fragment inférieur faisait saillie. Il y avait un raccourcissement de 4 centimètres. Le pied était en rotation en dehors. D'ailleurs, la fracture n'était pas encore complètement consolidée.

M. Hartmann fit une ostéotomie; il aviva les deux fragments du tibia et du péroné.

Il put ainsi réduire les deux fragments.

M. Hartmann fit alors l'application de l'appareil à extension continue de M. Hennequin. La consolidation se fit dans de bonnes conditions. Le résultat obtenu fut excellent aussi bien au point de vue de la forme qu'au point de vue de la fonction.

Il y a deux ans, cette question du traitement des fractures obliques du tibia fut déjà soumise devant la Société de chirurgie par M. Nélaton, au sujet d'une communication de M. Roux (de Brignolles). M. Roux proposait, dans ces cas, l'opération sanglante d'emblée dans presque tous les cas.

A ce moment, la plupart de nos collègues, au contraire, proposaient les traitements ordinaires non sanglants, sauf dans les cas dans lesquels la réduction est impossible à obtenir. Je suis aussi de cet avis.

Mais il faut mettre beaucoup de soin à appliquer un bon appareil plâtré; parfois même il faut maintenir la réduction d'un fragment par l'application d'une pelote ouatée sur ce fragment. Il faut surveiller de très près les appareils plâtrés. Il faut de plus chloroformer parfois le malade pour obtenir une réduction plus facile.

Enfin, pour les fractures de jambe, l'application de l'extension continue devra trouver une grande place dans la thérapeutique de ces fratures.

COMMUNICATION

Résection du rectum. — M. CHAPUT fait une communication dont voici le résumé et les conclusions :

« Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par bronchopneumonie par éther, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, je compte 2 récidives assez rapides : un malade, opéré depuis deux ans, présente une récidive, avec une santé parfaite et pas de troubles fonctionnels, et 3 cas (50 p. 100) sans récidive depuis deux ans, deux ans et cinq ans.

Dans deux cas, il n'y a pas eu de prolapsus : dans l'un, j'avais fait la suture circulaire; dans l'autre, j'avais tordu le bout supérieur à la Gersuny.

Dans 2 autres cas, où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et, d'après mon expérience, le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Je conseille de faire, deux jours d'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en Y.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum. Autant que possible, suturer circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

RÉSUMÉ DES INDICATIONS. — *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Les enlever par une incision périnéale. Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac.

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — Limités : incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier). Suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable.

Étendus : combiner l'incision périnéale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée. »

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Inhalateur de poche Forné.

Ce petit appareil, construit par M. Aubry, permet de faire des inhalations avec toutes substances volatiles, soit solides (camphre, menthol, etc.), soit liquides, essences de Myrtacées (eucalyptus, niaouli, cajput, etc.).

Le petit appareil figuré ci-après est dû au docteur Forné et à M. Aubry.

Il se recommande par son faible volume et la facilité de son mode d'emploi. Les résultats observés par le docteur Forné dans les cas de coryza, angine, bronchite, grippe, etc., montrent bien toute l'efficacité des antiseptiques volatiles. Par conséquent, tout appareil qui, comme celui-ci, permet de les appliquer aisément doit être bien accueilli des praticiens.

La figure 1 montre en grandeur réelle la forme de l'inhalateur qui est celle d'un porte-cigare.

La figure 2 représentant une coupe longitudinale de l'appareil montre qu'il est composé de trois organes distincts : 1° un tube extérieur se prêtant par la forme aux inhalations

par le nez ; 2° un récipient vaporifère interchangeable ; 3° un ajutage buccal portant un filtre de coton.

La figure 3 représente l'inhalateur dans un étui métallique, dont le couvercle soulevé montre qu'on peut faire des inhalations par le nez, sans mettre l'inhalateur en évidence.



Fig. 1.

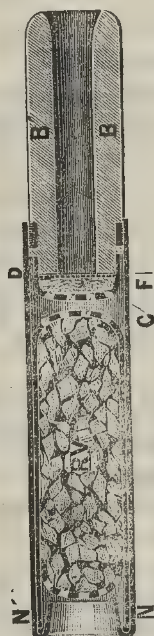


Fig. 2.

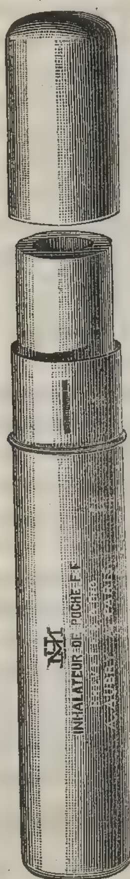


Fig. 3.

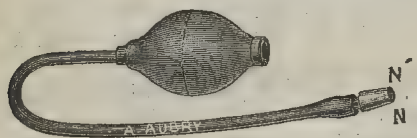


Fig. 4.

La figure 4 montre une poire se continuant avec un tube de caoutchouc que termine un ajutage conique, s'adaptant à frottement exact à l'orifice de l'extrémité nasale de l'inhalateur N N' afin d'éviter les efforts de l'aspiration.

Un second appareil, plus volumineux, dû à M. Grandjean, est également construit par M. Aubry comme appareil stationnaire pour les appartements, les deux sont d'ailleurs exécutés avec le soin qui caractérise toutes les productions de cette maison.

L'inhalateur Grandjean pour appartement possède un réservoir garni de grenaille de ponce imbibée de goménol ou essence de niaouli pure ; un ballon en caoutchouc contenant environ 5 litres d'air sous pression qui, en traversant le réservoir, se sature des vapeurs niaoulisées et est aspirée sans aucun effort par le patient.

Le goménol ou essence de niaouli pure a donné comme antiseptique les meilleurs résultats dans ces deux modèles d'appareils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 juin 1896, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Ledé et Philbert (de Paris).

— A l'occasion du voyage du président de la République, et par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1896, ont été nommés officiers de l'Instruction publique : MM. Grandin et Thomas, professeurs à l'École de médecine de Tours.

— A l'occasion du concours régional de Chartres, et par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1896, M. le docteur Valen, conseiller général, président de la délégation cantonale à Orgères, a été nommé officier d'Académie.

— Par décision ministérielle, en date du 17 juin 1896 : 1° le concours qui devait s'ouvrir le 12 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Limoges, est reporté au 16 du même mois ; 2° le concours qui devait s'ouvrir le 9 novembre 1896, devant l'École de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École, est reporté au 23 du même mois.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 24 juin. — 1° Fin de la discussion sur la cholédocotomie (M. Quénu).

2° Discussion : Sur le traitement des fractures obliques du tibia (MM. Hennequin, Nélaton, Berger et Reclus).

3° Rapport : Sur le bouton anastomotique de M. Hagopoff, par M. Chaput.

4° Communication : Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué.

— L'Académie des sciences a nommé membres de la Commission du prix Larrey : MM. Guyon, Lannelongue, Marey, Bouchard et Potain.

— M. Zuber est nommé chef de laboratoire pour le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. — M. Méry est nommé chef de laboratoire pour le service de la diphtérie aux Enfants-Malades (emplois nouveaux).

— Le concours de chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants, ouvert le 15 juin 1896, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. Venot.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Versailles s'est terminé par la nomination de MM. O'Followel, Guillot, Blivet, Lautarey et Fouque.

— M. le docteur Parisot, conseiller général du Thillot, est élu sénateur des Vosges.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Girode, médecin des hôpitaux de Paris ; Laurent-Préfontaine, décédé à Mortagne, dans sa soixante-huitième année ; et M. le professeur Leloir (de Lille).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Suisse et en Savoie, à l'occasion de l'Exposition de Genève* (organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques »). — Départ de Paris le 4 juillet 1896 ; retour à Paris le 14 juillet 1896.

Itinéraire : Paris, Genève (l'Exposition), Tanninges, Samoens, Sixt, Saint-Jean-d'Aulph, le lac de Montrioud, Morzine, Thonon-les-Bains, Lausanne, Montreux, le château de Chillon, Martigny, Chamonix (par le col de la Tête-Noire), Montauvert (la mer de glace), Cluses, Genève, Paris.

Prix : 1re classe, 340 fr. ; 2e classe, 305 fr.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer ; les bateaux, voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris (P.-L.-M.), ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Péan a montré une série de fort belles radiographies avec les observations des malades qu'elles concernent. Dans plusieurs de ces cas, la radiographie a permis de fixer des diagnostics importants. Dans d'autres, elle a permis de se rendre compte de ce que deviennent les os de nouvelle formation ou les pièces artificielles destinées à remplacer des os enlevés. Cette communication de M. Péan prouve une fois de plus tous les services que peut rendre à la chirurgie la photographie à l'aide des rayons de Röntgen.

A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Péan, sur l'épaisseur des os du crâne, M. Lagneau a rappelé des données historiques intéressantes.

Dans un rapport sur les récompenses à décerner pour les vaccinations, M. Hervieux a fait en séance un nouveau plaidoyer en faveur de l'obligation de la vaccine. Malheureusement, pour obtenir des progrès dans le sens de la propagation de la vaccine, ou seulement l'exécution rigoureuse des lois existantes, telles que la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge, il faudrait de l'argent.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons une note de M. Henrot (de Reims) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur un régiment de cavalerie et qui, selon lui, aurait une autre origine que les eaux de boisson reconnues inoffensives.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

La pendaison; questions médico-légales (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur REUSS.)

Vous ne pourrez pas toujours résoudre les questions qui vous seront posées dans les termes mêmes de l'ordonnance qui vous commet. Le juge d'instruction vous demandera si la pendaison est le résultat d'un homicide, d'un suicide ou d'un accident.

(1) *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, juin 1896.

I

La première question que vous avez à examiner est celle-ci : « L'individu a-t-il été suspendu vivant ou alors qu'il était déjà mort? » et cette question n'est pas toujours facile à résoudre.

Devergie disait que la congestion d'une des lèvres du sillon fournissait la preuve nécessaire, unique, que la pendaison avait eu lieu pendant la vie; car cette congestion est un phénomène vital, qui ne peut se produire après la mort. Hofmann, Casper, Tourdes, Maschka, ont adopté l'idée de Devergie. C'est une erreur, les congestions survenues pendant la vie ne persistent pas; elles disparaissent, comme l'exanthème de la rougeole ou de la scarlatine, après la mort du malade.

Tardieu était plus près de la vérité quand il disait que la congestion du sillon donnait l'indication du temps pendant lequel l'individu avait été suspendu. La congestion des lèvres du sillon est un phénomène de putréfaction, je vous l'ai déjà dit. Dès que celle-ci s'établit, la lèvre inférieure du sillon devient bleuâtre.

Lorsque je vous ai décrit l'ecchymose rétro-pharyngienne, due à la pression violente du larynx sur le pharynx, je vous ai dit que la présence de cette ecchymose prouvait que le pendu vivait au moment de la suspension. Mais on vous objectera qu'Orfila avait produit des ecchymoses sur des cadavres, alors que la mort remontait déjà à une heure ou une heure et demie. Le fait est vrai, mais dans certaines limites. On peut dire que, sur le corps d'un individu qui vient de mourir, il est possible de produire encore, pendant vingt ou vingt-cinq minutes des ecchymoses à peu près pareilles à celles qui se forment pendant la vie.

J'appelle votre attention sur ce fait et voici pourquoi : la production d'ecchymoses est possible tant que le cœur continue à battre ; nous savons que chez un pendu le cœur peut battre encore une dizaine de minutes, quelquefois davantage, alors que la mort paraît déjà établie; on peut à ce moment, mais à celui-ci seulement, produire des ecchymoses, c'est-à-dire des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire, autour d'un vaisseau rompu, car à chaque ondée sanguine envoyée par le cœur, une partie du sang s'écoulera à travers la déchirure des vaisseaux.

Voulez-vous un exemple? Un cocher est sur son siège. Son cheval s'emballe; le cocher, violemment projeté en avant, va frapper de la poitrine contre le brancard d'une lourde voiture. Il est tué sur le coup et son corps ne pré-

sente pas une seule ecchymose. Pourquoi? Le cœur était rompu, coupé en deux, et il n'a, par conséquent, pu envoyer une seule ondée sanguine dans les capillaires et les vaisseaux après leur rupture.

Il est évident que, si le cœur continue à battre après la mort, la production d'une ecchymose rétro-pharyngienne est possible, mais cette ecchymose sera peu large et peu accentuée. On peut comprendre, d'ailleurs, que si la pendaison a dû servir à cacher un crime, il est bien difficile que l'individu ait été suspendu très rapidement après la mort, parce qu'au moment où les préparatifs, les opérations préalables nécessitées par cette pendaison sont terminés, le cœur de la victime a cessé de battre depuis longtemps.

J'en dirai autant des hémorragies intra-musculaires, des déchirures de la carotide avec suffusions sanguines.

On a beaucoup discuté également sur la présence ou l'absence de spume sanguinolente dans la trachée. Lorsque l'asphyxie est lente à se produire, il se passe, dans le poumon, un phénomène analogue à celui que nous observons dans la strangulation : le poumon se congestionne, une spume sanguinolente s'accumule dans les bronches et dans la trachée. Si la mort est rapide, la production de cette spume est imperceptible; elle est nulle, si la mort a lieu par inhibition. Vous noterez, dans votre rapport, la présence de la spume, mais n'allez pas plus loin; rappelez-vous ce que je vous ai dit en parlant du mécanisme de la mort.

Vous noterez aussi la congestion de la face et sa coloration, mais vous n'en tirerez pas de conclusion absolue; on ne peut encore affirmer, d'après cette coloration, qu'un individu a été pendu de telle ou telle manière.

Il faut relever avec soin les traces de violence sur le corps, et ici je vous mets en garde contre les érosions des mains, des jambes, des pieds, dues aux battements des membres et à leurs frottements contre le mur ou des objets avoisinants.

Le juge d'instruction vous demandera de *préciser le moment de la mort*. Je ne saurais vous conseiller trop de prudence dans votre réponse, et vous allez comprendre pourquoi. On trouve un individu pendu; on suppose qu'il y a eu crime. Si vous dites que cet individu est resté pendu durant huit, dix, vingt-quatre ou quarante-huit heures, ce ne sera plus la même personne qui sera suspectée. Votre rapport conclut à une suspension de dix heures : l'individu que l'on soupçonnait avoir commis le crime peut prouver un alibi, il est relâché.

Sur quels éléments pourrez-vous vous appuyer pour répondre au juge d'instruction?

D'abord sur la *rigidité cadavérique*. On a prétendu que les pendus se refroidissaient très lentement; c'est surtout en Allemagne que cette théorie a été émise. Il semblerait, au contraire, qu'un individu exposé à l'air de tous les côtés doit se refroidir plus vite que s'il est couché dans un lit, abrité sous des couvertures. Il y a donc là un fait à vérifier, mais j'avoue que la constatation n'a guère d'importance ou d'application à la médecine légale.

Nous savons que, lorsqu'un homme en pleine santé succombe à une mort violente, la rigidité cadavérique commence deux à quatre heures après la cessation de la vie, et qu'elle débute par la mâchoire inférieure, les pouces, les avant-bras. Mais si l'individu est dans un état cachectique qui termine, en général, l'évolution de la phtisie ou du cancer, la rigidité se montre beaucoup plus tard et quelquefois après vingt-quatre heures seulement.

De même que les cachexies, les températures excessives retardent la rigidité cadavérique.

La raideur de la mâchoire se manifeste en général la deuxième, la troisième ou la quatrième heure après la mort; retenez ce fait, mais souvenez-vous que la rigidité débute par le cœur, dès qu'il a cessé de battre, et par les vésicules séminales. Vous aurez là, si vous êtes appelés assez tôt, un élément précieux d'appréciation.

J'appelle encore votre attention sur une autre donnée : pour une raison, sur laquelle je ne reviens pas, la liqueur séminale s'écoule hors de l'urèthre. Cette liqueur séminale contient des zoospermes, doués de mouvements. On s'est demandé pendant combien de temps, après la mort, ces zoospermes conservaient leurs mouvements et si nous pouvions, de ces constatations, tirer quelque renseignement utile.

Les observations ont donné des résultats très variables, suivant les auteurs. Les uns ont vu les mouvements spontanés des zoospermes cesser au bout de quinze heures; les autres prétendent qu'ils ont persisté soixante heures encore après la mort. Et puis, il faut, dans cette question, tenir compte d'autres éléments. Duplay, le père du professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, s'est livré autrefois à d'intéressantes études sur l'époque où les zoospermes disparaissent de la liqueur séminale. Il a fait ses recherches chez les Invalides : il a trouvé des zoospermes chez tous, même chez un vieillard de quatre-vingts ans : il est probable que, pour celui-là, les mouvements des zoospermes n'auraient pas persisté soixante heures après sa mort.

Vous voyez que vous ne retirerez pas grande lumière de cette recherche; mais vous devez la faire, si le juge d'instruction vous demande de préciser le moment de la mort; si vous ne la faisiez pas, on vous reprocherait aux assises d'avoir négligé un des éléments propres à éclairer l'enquête.

DES INDICATIONS ET DES RÉSULTATS

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PNEUMOTHORAX NON TRAUMATIQUE (1)

Par le docteur R. DE BOVIS,

Médecin aide-major de première classe, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

OBSERVATIONS

I. **Pneumothorax simples ou hydropneumothorax.** — A. TRAITEMENT PAR LA THORACENTÈSE. — a. *Emphysémateux.* — Obs. I : Mackenzie (*Lancet*, 1871). Une seule ponction; guérison en trois semaines. — Obs. II : Church (*Edinburgh med. J.*, 1876, p. 1107). Une seule ponction; guérison en trois semaines. — Obs. III : Rendu (Soc. méd. hôp., 1888). Pneumothorax au cours d'une coqueluche; la ponction ne donne issue qu'à des gaz; guérison en quarante-huit heures. — Obs. IV : Ramskill (cité par Galliard, *Arch. gén. méd.*, 1888). Pneumothorax pur; une seule ponction; guérison en trois semaines. — Obs. V : Troisier (Soc. méd. hôp., 1889). Pneumothorax pur chez un asthmatique; ponction; guérison dès le lendemain. — Obs. VI : Waller (*Lancet*, 1er février 1890). Pneumothorax pur; guérison au bout de vingt-quatre jours, après une seule ponction. — Obs. VII (Macqret, thèse Paris, 1893-1894, n° 482, obs. III). Pneumothorax simple, ponction, guérison rapide.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 717.

b. *Tuberculeux.* — Obs. VIII et IX : Potain (Acad. de méd., 1888). Évacuation partielle des gaz; injection immédiate d'air stérilisé pour les remplacer. Cette opération est répétée plusieurs fois; guérison du pneumothorax au bout d'un an. Amélioration manifeste de la tuberculose pulmonaire. — Ob. X : Ewart (*Brit. med. J.*, 1889). Ponction, amélioration passagère; reprise de la dyspnée, mort en trente-six heures. — Obs. XI : Sutherland (*Lancet*, 25 juin 1892, I, p. 1419). Deux ponctions, guérison du pneumothorax. — Obs. XII : Powel Watkins (*Lancet*, 21 janvier 1893, I, p. 133). Deux ponctions, guérison du pneumothorax au bout de deux mois. — Obs. XIII : Faisans (*Sem. méd.*, 1893, p. 270). Trois ponctions en deux jours. Amélioration immédiate; guérison du pneumothorax. — Obs. XIV : Vickery (*Boston med. J.*, 1893, II, p. [64). Ponction; pas d'amélioration. Amélioration par l'oxygène. Mort au bout de trois mois. — Obs. XV : Macqret (loc. cit., obs. I). Ponction; amélioration immédiate. Guérison à peu près complète du pneumothorax, au bout d'un mois. — Obs. XVI (id., obs. II). Ponction, amélioration passagère; mort par asphyxie la nuit suivante.

B. Traitement par l'aspiration continue. — Obs. XVII : H. Upham Williams (*New-York med. J.*, 22 mars 1890). Pneumothorax tuberculeux; ponction, amélioration très passagère; aspiration continue pendant quatre jours et dix heures. Guérison du pneumothorax. Mort un mois après par suite des progrès de la tuberculose.

C. Traitement par le drainage. — Obs. XVIII : Beaufort (thèse de Paris, 1853). Pneumothorax tuberculeux; ponction avec le trocart de Reybard; emphysème généralisé du tronc; trocart à demeure; mort rapide (sixième jour). — Obs. XIX : Orlebad (*Edinburgh med. J.*, 1882). Pneumothorax emphysémateux; canule à demeure; guérison. — Obs. XX : Bouveret (*Lyon méd.*, 30 décembre 1888). Pneumothorax tuberculeux suffocant; drainage par trocart ne permettant pas la rentrée de l'air; large pansement antiseptique. Mort la nuit suivante.

D. Pleurotomie. — Obs. XXI : Galliard (Soc. méd. hôp., 2 mars 1894). Pneumothorax tuberculeux; ponction évacuatrice. Emphysème sous-cutané consécutif; pleurotomie. Mort au sixième jour.

II. **Pneumothorax séro-purulent**. — A. Pleurotomie. — Obs. XXII et XXIII : Leyden (*Berl. Klin. Woch.*, 10 février 1890). Pneumothorax tuberculeux, pleurotomie; mort en quelques jours dans les deux cas. — Obs. XXIV (id.). Cas semblable; guérison du pneumothorax; le malade quitte l'hôpital en assez bon état. — Obs. XXV (personnelle). Voir le texte de la Revue.

B. Ponction aspiratrice. — Obs. XXVI : Catrin (Soc méd. des hôp., 9 mars 1894). Pneumothorax séro-purulent; de nature? État général très mauvais; véritable résurrection; guérison.

III. **Pyopneumothorax**. — A. Thoracentèses. — Obs. XXVII : Rodrajewsky (*Saint-Petersburger med. Woch.*, 1886). Pneumonie; abcès pulmonaire et pneumothorax consécutif. Ponction simple; guérison complète en un mois, sans fistule. — Obs. XXVIII : West (Coll. med. de Londres, in *Sem. méd.*, 1887, p. 355). Nature? Ponctions répétées : l'épanchement devient séreux. Guérison complète sans fistule. — Obs. XXIX : Greiner (thèse de Paris, 1890-1891, n° 27, obs. I). Ponctions répétées; transformation purulente. Mort. — Obs. XXX : Allen Jones (*Med. News*, 12 décembre 1891, p. 688). Pneumothorax septicémique au cours d'une infection puerpérale. Mort dans les quarante-huit heures.

B. Thoracentèse et injections antiseptiques. — Obs. XXXI : Greiner (loc. cit., obs. II). Tuberculeux, injections de naphtol camphré pendant six mois; amélioration. Cfr. obs. LVII (Milliard) et L (Charrier).

C. Drainage par trocart a demeure. — Obs. XXXII. Powell Watkins (*Lancet*, 21 janvier 1893, I, p. 133). Pneumothorax tuberculeux, primitivement séreux; deux ponctions : transformation purulente. Tube à drainage mis en place à l'aide du trocart. Guérison au bout de trois mois, sans fistule.

D. Fistulisation et lavages de la plèvre. — Obs. XXXIII : Laboulbène (*Bull. de thérap.*, 1872, p. 97). Pyopneumothorax consécutif à vomique. Deux ponctions. Dilatation de leur trajet par la laminaire : lavages avec sonde à double courant (eau iodée au tiers). Guérison sans fistule en quatre mois et demi. — Obs. XXXIV : Sanné (*Gaz. hebd.*, 1873, p. 523). Pneumothorax emphysémateux (coqueluche) chez un enfant de dix ans. Ponction au septième jour; issue d'un liquide séro-purulent. Seconde ponction au quinzième jour : pus et fausses membranes. Même traitement que dans le cas de Laboulbène. Guérison en trois mois sans fistule.

E. Pleurotomie. a. *Tuberculeux.* — Obs. XXXV : De Cérenville (cité par Dujardin-Beaumetz, *Clinique thérap.*). Pneumothorax partiel, pleurotomie et résection costale. Guérison sans fistule. — Obs. XXXVI : Leyden (Soc. de méd. int. de Berlin, 2 juillet 1888). Phtisique avancé; pleurotomie et résection costale; survie de quatre mois. Mort. — Obs. XXXVII (*ibid.*). Même cas; opération en 1887; fistule consécutive. Survit depuis un an. — Obs. XXXVIII (*ibid.*, Soc. de méd. int., 20 janvier 1890). Phtisique avancé; pleurotomie et résection costale. Mort rapide. — Obs. XXXIX (*ibid.*). Même opération; mort par septicémie, après quatre mois. — Obs. XL (*ibid.*). Même opération; adhérences pleurales. Guérison avec fistule. — Obs. XLI et XLII : Guttmann (Soc. de méd. int., 3 février 1890). Tuberculeux avancés; mort au bout de quelques semaines. — Obs. XLIII (*ibid.*). Survie de cinq ans et trois mois avec fistule. Mort. — Obs. XLIV : Merklen (Soc. méd. des hôp., 13 novembre 1891). Injections antiseptiques sans résultat. Pleurotomie. Guérison avec fistule depuis un an. — Obs. XLV : Rendu (*ibid.*). Tuberculeux avancé; survie de six mois. Mort. — Obs. XLVI : Rendu (*ibid.*) Pyopneumothorax avec état général grave; pleurotomie à la demande du malade; mort quarante-huit heures après (congestion pulmonaire suraiguë du côté opposé). — Obs. XLVII : Debove (*ibid.*). Survie d'un an après l'opération. Mort. — Obs. XLVIII : Richardière (*ibid.*). Malade opéré en 1885, vit encore en 1891; a conservé une fistule aboutissant à une vaste cavité. — Obs. XLIX : Netter (*ibid.*). Survie de six mois; mort par généralisation ou septicémie. — Obs. L : Charrier. *Rev. de méd.*, 1892). Pneumothorax : ponctions et injections antiseptiques; transformation purulente. Pleurotomie; mort par méningite.

b. *Gangréneux.* — Obs. LI : Bucquoy (Soc. méd. des hôp., 1875). Empyème putride gazeux; pleurotomie. Congestion pulmonaire du côté opposé. Mort le sixième jour. — Obs. LII : Oberlé (Thèse de Lyon, 1895-1896, obs. I). Gangrène pulmonaire; pyopneumothorax; vomique fétide. Pleurotomie. La guérison est retardée par un abcès secondaire de la paroi. Pas de fistule consécutive. — Obs. LIII : Oberlé (*ibid.*, obs. IV). Même cas. Pleurotomie : adhérences pleuro-pulmonaires; le trajet reliant la cavité du pneumothorax à la peau est oblique, ce qui retarde la guérison. Elle a lieu au bout de trois mois et demi; pas de fistules. — Obs. LIV : Oberlé (*ibid.*, obs. V). Même cas : double foyer, un pariétal et un diaphragmatique. Mort par embolie, malgré la pleurotomie. — Obs. LV : Oberlé (*ibid.*, obs. VI). Gangrène pulmonaire : pyopneumothorax consécutif. Pleurotomie. Guérison sans fistule.

F. Estlander. — Obs. LVI : Féréol (Acad. de méd., 4 février 1884, et Soc. méd. des hôp., 14 juin 1889). Pyopneumothorax non tuberculeux; plusieurs ponctions sans résultat. Pleurotomie, puis Estlander par Berger. Guérison

parfaite pendant six ans; au bout de ce temps, il se forme un petit abcès et une fistule consécutive au niveau de la cicatrice. — Obs. LVII : Millard (Soc. méd. des hôp., 28 juin 1889). Empyème pulsatile dû à pyopneumothorax tuberculeux; ponctions sans résultat. Pleurotomie, puis Estlander par Peyrot. Mort le sixième jour après l'opération.

E. Cures radicales. — Obs. LVIII : Guermonprez (Acad. de méd., 9 août 1892, et *Gaz. des hôp.*, 1892, n° 106, p. 999). Pleurésie purulente au décours d'une scarlatine. Vomique et pyopneumothorax. Pleurotomie, puis thoracoplastie avec suture de la fistule pulmonaire. Guérison parfaite.— Obs. LIX : Gérard-Marchant (Congrès de chir., 22 octobre 1895). Pyopneumothorax tuberculeux chez un phtisique avancé. Essai de suture des fistules pulmonaires : échec de la suture primitive. Guérison secondaire des fistules; sortie avec état général aussi bon que possible. — Obs. LX : Gérard-Marchant (*ibid.*). Pyopneumothorax tuberculeux : suture pulmonaire sans succès. Amélioration considérable. — Obs. LXI : Lardy (*Corresp. Bl. f. Schweige Aertze*, 1895). Pyopneumothorax ancien opéré d'après le procédé du professeur Delorme. Guérison. — Obs. LXII : Delagénière (Congr. de chir., 1895). Voyez le texte de la Revue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

Fièvre typhoïde. — M. HENROT (de Reims) adresse une note sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur des escadrons de cavalerie en manœuvre aux environs de Reims. L'analyse chimique et bactériologique des eaux consommées pendant les manœuvres a démontré leur innocuité.

L'étiologie est effectivement tout autre. Tandis que dans les champs, qui appartiennent à la commune de Reims, l'épandage ne se fait que lorsque la terre a été labourée, et qu'il est suivi d'un hersage, ces précautions n'avaient pas été prises sur le territoire où les troupes manœuvraient. La chaleur exceptionnelle qui sévissait avait désséché les matières qui, au lieu de s'infiltrer dans le sol, formaient un dépôt à sa surface. C'est ce dépôt qui a été broyé par les pieds des chevaux, répandu dans l'atmosphère et a contaminé les soldats au moyen de l'air inspiré.

Épaisseur des os du crâne. — M. LAGNEAU, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Péan, rappelle que l'épaisseur des os du crâne est plus grande chez certaines races que chez d'autres. Il y a plus de 2200 ans, Hérodote déjà, sur un champ de bataille, remarquait que les crânes des Perses étaient plus fragiles, ceux des Égyptiens plus solides.

A propos d'un crâne de tumulus, Broca faisait remarquer que, dans les temps préhistoriques, se trouvaient plus de crânes épais que maintenant.

Suivant M. Zanetti, les crânes Étrusques seraient minces et délicats. La vieillesse diminue parfois l'épaisseur du crâne, il y a atrophie sénile. La plupart des exostoses intra et extra-craniennes se montrent chez les syphilitiques; cependant des hyperostoses générales, des exostoses moins étendues ne paraissent nullement syphilitiques.

PRÉSENTATIONS

Radiographies obtenues avec la méthode de Rœntgen. — M. PÉAN présente les radiographies de plusieurs de ses malades prises par M. Mergier et obtenues avec la méthode de Röntgen. Voici le résumé de ces observations :

I. *Ostéomyélite du doigt et du premier métacarpien.* — Les os de l'index et du métacarpien qui le supporte ainsi que le périoste et la gaine des fléchisseurs sont épaissis ou détruits par la suppuration.

Grâce à la radiographie, on peut non seulement constater l'état des os, mais encore celui des parties molles et de la main. Sans doute les os ainsi photographiés donnent des images moins nettes que par la plupart des procédés habituels, mais en montrant l'état du périoste et des parties molles qui l'entourent, cette méthode a permis à M. Mergier de montrer l'étendue du mal. Il aurait obtenu plus de netteté et plus de vigueur pour l'image des os s'il avait fait un temps de pose plus long, mais il aurait perdu sur la valeur des renseignements obtenus.

II. *Doigt à ressort.* — On sait que la pathogénie de cette affection a fait naître un grand nombre de théories.

Cette malade était rhumatisante. Il s'agissait de savoir si le rétrécissement de la gaine des fléchisseurs du pouce, qui produisait le ressaut dans le mouvement de flexion, siégeait à l'extérieur ou à l'intérieur de cette gaine. On sentait au doigt deux points durs qui étaient évidemment la cause du phénomène, mais il était impossible d'en localiser le siège. Grâce à la photographie par les rayons X, il a été facile de reconnaître à l'avance que les tumeurs étaient situées au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et à l'extrémité supérieure de la phalange du même doigt, entre la gaine des tendons et l'os.

Une incision faite du milieu de l'éminence thénar jusqu'au milieu de la seconde phalange, passant sur le côté des gaines des fléchisseurs du pouce, a permis de constater que ces tumeurs étaient ostéo-cartilagineuses et situées en arrière du tendon dont elles rétrécissaient le calibre. Elles adhéraient si intimement qu'il fallut détacher la base de chaque tumeur à travers le tissu osseux pour ne pas ouvrir la gaine. Ces tumeurs étaient tellement dures que le bistouri ne suffit pas pour les enlever et que nous dûmes nous servir d'une pince emporte-pièce.

III. *Fracture de l'avant-bras.* — La troisième radiographie montre le résultat d'une résection chez une femme d'une vingtaine d'années, qui avait une fracture, avec chevauchement considérable, des deux os de l'avant-bras. La pseudarthrose qui en était la conséquence rendait impossibles les fonctions du membre.

Au moyen de deux incisions latérales, nous mîmes à nu les fragments du radius et du cubitus que nous réséquâmes sur une longueur totale de 5 centimètres, de façon à permettre d'affronter exactement les deux bouts de chaque os et de rendre au membre sa conformation normale.

Les os furent réunis avec des attelles d'aluminium. Au bout de quelques semaines, le cal osseux étant complet et résistant, nous enlevâmes l'attelle radiale et nous laissâmes l'attelle cubitale et les deux vis d'acier qui la maintenaient.

Ces corps étrangers n'ont déterminé aucune suppuration. La malade n'en souffrant pas désire les conserver.

La radiographie montre que le cal du cubitus dans lequel sont restées en place l'attelle et les deux vis est d'une régularité parfaite, tandis que celui du radius est incurvé, sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les fonctions du membre. Sans nul doute, cette incurvation passerait inaperçue de même que la présence des vis si les rayons X ne les avaient révélées.

IV. *Fracture comminutive de la jambe.* — La quatrième radiographie représente une fracture comminutive du tibia qui a été produite chez un terrassier, âgé de vingt-huit ans, par un éboulement de terrain. Après l'accident, la jambe avait été placée dans des appareils inamovibles.

Depuis lors, plusieurs séquestres ont été successivement retirés, mais la suppuration a persisté avec un raccourcissement considérable de la jambe.

On était disposé à attribuer le raccourcissement du mem-

bre à l'élimination des séquestres volumineux qui ont été extraits chez ce malade, et à penser que la suppuration était entretenue par des séquestres analogues, si l'image radiographique n'avait montré qu'il était dû au chevauchement des fragments et non à un cal difforme comme on l'avait cru antérieurement.

A ce point de vue, la photographie de l'invisible nous a rendu un vrai service, en nous montrant que, pour obtenir la guérison, il ne suffira pas d'enlever de nouveaux séquestres, mais qu'il faudra réséquer les fragments qui chevauchent et les maintenir en place par des sutures métalliques ou par des tiges d'aluminium.

M. Péan présente d'autres radiographies qui ont permis de reconnaître ce qui s'est passé dans les os qui ont été restaurés, soit avec du mastic, soit avec des fragments d'os décalcifiés, soit par la prothèse.

V. *Ostéite raréfiante des quatrième et cinquième métatarsiens.* — Un de ces malades, âgé d'une trentaine d'années, avait eu, à la suite d'une blessure par un clou de rue qui s'était implanté dans la pointe du pied pendant la marche, au niveau des extrémités supérieures des quatrième et cinquième métatarsiens, une suppuration aiguë, intarissable, qui avait détruit les deux tiers supérieurs de cet os et obligé le malade à garder le lit.

Après avoir mis à nu les extrémités postérieures de chacun de ces métatarsiens, après les avoir évidés largement et enlevé tous les bourgeons charnus qui suppuraient autour d'eux, dans les parties molles du dos et de la plante du pied, nous avons comblé la perte de substance faite aux extrémités de ces deux métatarsiens par un mastic de notre composition, et nous avons obtenu une guérison rapide.

L'examen microscopique a démontré que l'ostéite était purement destructive, sans élément de tuberculose.

Le procédé de Röntgen permet aujourd'hui de constater que les os, dont les cavités avaient été comblées par le mastic, sont peu déformés et que leurs articulations sont conservées.

VI. *Ostéomyélite subaiguë du tibia.* — Il s'agissait d'une ostéomyélite subaiguë, douloureuse, occupant toute la hauteur du tibia, qui rendait l'existence impossible depuis plusieurs mois. Bien qu'il n'y eût pas d'abcès de voisinage, M. Péan céda à la volonté formelle du malade, et fit l'exploration de la cavité médullaire du tibia.

Au moyen de la scie de son polytritome mû par électricité, il circonscrivit la table interne du tibia sur toute la hauteur de la face interne de cet os et l'enleva. Il fut alors aisé de reconnaître que toute la cavité médullaire était remplie de fongosités vasculaires, saignantes.

Après avoir réséqué toutes les fongosités suspectes avec la gouge et la pince emporte-pièce, M. Péan combla la vaste caverne qui en résultait avec des lames d'os décalcifié, préparées par M. Michaëls, et remit en place, à la manière d'un couvercle, toute la table interne de l'os, après en avoir excisé, au préalable, toutes les parties malades.

La plaie faite aux parties molles fut fermée par suture. La réunion eut lieu par première intention.

A partir de cette époque, le malade n'eut plus aucune souffrance. Trois semaines après il retournait chez lui, et aujourd'hui la guérison est parfaite.

Grâce à la photographie par les rayons de Röntgen, on peut voir que le tibia est parfaitement reconstitué et que toutes les lignes sont aussi nettes que s'il n'avait jamais été altéré.

VII. *Restauration de la moitié supérieure de l'humérus par prothèse.* — Ce malade a été opéré il y a trois ans et demi et a fait l'objet d'une communication spéciale, il y a deux ans et demi, à l'Académie. A cette époque, il portait à la place de l'humérus, dont nous avions enlevé la partie supérieure, un humérus artificiel en caoutchouc durci, construit par M. Michaëls, et qui avait été articulé avec l'omoplate. Le membre remplissait toutes ses fonctions.

Un an et demi après, une fistule s'étant produite à l'union de l'extrémité inférieure de l'os artificiel et de la portion inférieure de l'humérus conservé, M. Péan fit l'extraction totale de l'appareil prothétique au moyen d'une longue incision.

Depuis cette époque, le malade, chez lequel l'examen histologique de l'humérus réséqué avait montré qu'il s'agissait de tuberculose, jouit d'une excellente santé, bien qu'il exerce la profession insalubre de marchand de vins. Son bras a conservé sa longueur normale, et l'articulation de l'épaule tous ses mouvements; il a si bien recouvré ses forces, qu'il sert au malade à soulever des poids considérables, de 50 kilos, par exemple, sans fatigue.

Il était intéressant de vérifier par procédé de Röntgen l'état du squelette osseux qui s'était formé, grâce au périoste laissé autour de l'humérus artificiel.

L'épreuve embrasse l'ensemble des points intéressants. Elle montre que l'os nouveau, bien qu'il soit aussi résistant, est moins régulier que l'os ancien. Elle montre également que la fusion est complète, au point de jonction, avec l'os ancien, et que la partie supérieure de l'os nouveau, quoique dépourvue de tête saillante, est logée au contact de la cavité glénoïde et de la face inférieure de l'acromion et conformée de manière à permettre tous les mouvements.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les eunuques du Palais impérial de Pékin (1).

Par le docteur J.-J. Matignon,

Aide-major de l'armée, attaché à la Légation de la République en Chine,
Médecin de la Légation impériale de Russie à Pékin.

II

Les opérés ont généralement soin de réclamer « *le* et *les* », qui portent le nom de *précieuses*, et ce qualificatif est doublement mérité. Quand elles ne lui sont pas demandées par le client ou par les parents de ce dernier, l'opérateur conserve, soigneusement étiquetées dans un bocal à l'alcool, ces « précieuses » qui pourront être un jour pour lui une source de bénéfice d'autant plus considérable que l'ex-titulaire aura dans le corps des eunuques un rang plus élevé. De son côté, l'opéré garde avec non moins de soins ces restes, qui lui rappelleront son ancienne virilité, pour deux raisons : d'abord, tout eunuque promu à un rang supérieur doit montrer les « précieuses »; puis, de temps à autre, un vieil eunuque, nommé « l'inspecteur des précieuses », passe des revues. Ceux qui, par ignorance ou négligence, ont laissé bourses et verge à l'opérateur doivent, pour les retirer du petit musée où les nombreux bocaux catalogués reposent sur des étagères, payer une redevance qui peut atteindre, selon la qualité du postulant, plusieurs centaines de francs. Enfin, il peut arriver que l'eunuque a perdu son bocal ou qu'on le lui a volé. L'inspection arrive, et il faut y figurer avec avantage. Alors, il emprunte à un camarade ou va louer chez l'opérateur des « précieuses » d'occasion.

Mais ces questions d'avancement et d'inspection ne sont pas les seules à donner de la valeur aux « précieuses ». Comme tous les Chinois, les eunuques tiennent à arriver complets dans l'autre monde; désir bien légitime d'ailleurs, vu leur à peu près sur cette terre. Si les Chinois sont réfrac-

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 712.

taires à la chirurgie, c'est qu'ils n'osent pas se présenter devant leurs ancêtres privés d'une main ou d'un bras. L'empereur fait une grande faveur à un condamné à mort quand il transforme la décapitation en strangulation. Les « précieuses » sont mises dans le cercueil des eunuques, qui espèrent, par ce semblant de restauration posthume, tromper le roi des enfers, en se montrant à lui quasiment entiers; car le Pluton chinois transforme, dans l'autre monde, en mules ceux à qui on a coupé « *le* et *les* ». Au moment de la mort d'un eunuque, la famille est parfois obligée d'acheter les « précieuses » et, dans ce cas, s'il s'agit d'un eunuque de haute fonction, l'opérateur-détenteur n'hésite pas à demander des prix fabuleux, qui peuvent atteindre 10 et 15000 francs.

La guérison complète de la plaie est à peine obtenue que déjà les troubles de la miction commencent. Le canal de l'urèthre, entouré d'une vaste cicatrice, tend à s'oblitérer. Un enfant de quinze ans, que nous avons eu l'occasion de soigner, présentait un orifice uréthral punctiforme. L'urine sortait en jet mince et en tire-bouchon. Or, il avait été opéré il y avait à peine un an. Nous ne pûmes, durant les quinze jours où nous l'avons dilaté, arriver à passer des bougies autres que celles de petit calibre. Mais notre client, peu patient, se déclara vite satisfait et, après une dizaine de séances, ne revint plus. Les catarrhes vésicaux sont la règle. Les fermentations et la stagnation de l'urine sont la cause de fréquents calculs ammoniaco-magnésiens. Les eunuques se rendent compte de la gravité de leur état à ce moment et viennent très volontiers demander secours à la médecine européenne, dont ils ont pu maintes fois apprécier les bons résultats.

Les fonctions des eunuques sont très variables, de celles de coolie à celles de favori d'une impératrice. Leur rôle a, dans certaines circonstances, été très important. Effacés quand un homme énergique se trouvait à la tête de l'empire, ils conspiraient, assassinaient, quand ils sentaient une main irrésolue au pouvoir.

Tous les fonctionnaires du palais sont eunuques. Si bien que le soir, au coucher du soleil, quand les portes de la Ville Jaune sont fermées, sur les 6 à 7000 personnes qui s'agitent derrière les murailles, il n'y a qu'un seul homme, le Fils du Ciel; et on a une triste idée du sexe fort en voyant celui qui, à l'heure présente, préside aux destinées de l'empire du Milieu!

Les eunuques remplissent des fonctions spirituelles : 18 d'entre eux sont lamas et représentent, sur terre, les 18 Lo-han, assistants de la déesse de la Pitié, Rouan-Gin. Ils doivent pourvoir aux besoins spirituels des dames du palais. Quand l'un d'eux meurt, il est remplacé par un camarade désireux de la succession; peu importe la vocation. La place est toujours recherchée, parce qu'elle est lucrative, le titulaire étant doublement payé, comme eunuque et comme prêtre.

Trois cents eunuques sont acteurs; ils jouent pour les dames et donnent des représentations officielles ou particulières pour l'empereur. Le métier n'est pas toujours drôle; un acteur célèbre reçut vingt coups de bambou pour avoir fait tressaillir d'effroi Hsien-Fou, dans une pièce historico-dramatique.

Les eunuques sont l'intermédiaire entre l'empereur et ses 72 concubines. Quand l'empereur désire une femme, il inscrit son nom sur un jeton, le donne à l'eunuque, qui le remet à la femme élue. Celle-ci est aussitôt portée, en chaise, dans la chambre de son auguste maître. L'empereur est couché et la femme se met au lit, en se traînant des pieds au niveau de la face du Fils du Ciel. Deux eunuques veillent à la porte et, au point du jour, vont réveiller l'impériale concubine, qu'ils ramènent dans ses appartements. Le nom de cette femme est inscrit sur un registre spécial où il est noté que, telle nuit de telle lune, elle a eu des rapports avec l'empereur, lequel appose sa signature au bas de cette constatation. Une telle comptabilité est destinée à sauvegarder les droits des enfants qui pourraient naître.

Les eunuques peuvent parfois être chargés de missions de confiance. Il y a quelque vingt ans, un attaché de notre Légation s'était lié avec l'eunuque favori de l'impératrice-mère. Celle-ci, très désireuse de voir un Européen dans son costume le plus primitif, fit faire par cet eunuque à notre compatriote des avances qui, malgré l'attrait de leur originale nouveauté, ne purent faire succomber sa vertu.

Les eunuques sont partagés en quarante-huit classes, ayant chacune des attributions spéciales. Chaque section a à sa tête un eunuque ayant grade de mandarin de sixième ou septième rang. Le commandant en chef de tous ces castrats a rang de mandarin du troisième degré.

Ils sont passibles de tribunaux particuliers devant lesquels ils passent souvent. Il arrive parfois que, pour des raisons diverses, ennui, mauvais traitements, un eunuque s'échappe. Aussitôt des détectives spéciaux, très habiles à le dépister, se mettent à ses trousses. Une première escapade est punie de deux mois de prison et vingt coups de bambou; une récidive se juge par deux mois de cangue. A la troisième tentative, il est banni et envoyé à Moukden. Si l'eunuque vole des objets appartenant à l'empereur et qu'il soit pincé, il est condamné à la décapitation et exécuté dans une petite ville, Shin-San-Kou, à vingt kilomètres de Pékin.

Les fautes légères sont punies par la bastonnade : cent, deux cents, trois cents coups de bambou, suivant le cas. Le chef eunuque demande à chacune des quarante-huit sections placées sous ses ordres de lui prêter un délégué armé d'un bambou, et les délinquants sont châtiés par leurs pairs. La bastonnade est généralement faite en deux séances. Après la première, le patient est remis aux mains d'un médecin qui soigne les plaies, et trois ou quatre jours après, quand la cicatrisation commence, la deuxième séance a lieu; c'est ce que les Chinois appellent *soulever les croûtes*.

Deux eunuques coupables d'un délit commun doivent mutuellement se fustiger. Au début, ils n'osent pas trop frapper; mais un coup énergique appelant de la part du touché une réponse plus violente, ils en arrivent à se faire beaucoup de mal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gabriel Colin, ancien professeur de physiologie à l'École d'Alfort, professeur honoraire des écoles vétérinaires, membre de l'Académie de médecine, décédé à Mollans (Haute-Saône), à l'âge de soixante et onze ans.

— Il est créé, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, une chaire de bactériologie théorique et pratique.

— M. Blandin, fils du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient de faire don au Musée Carnavalet d'une double médaille en bronze de son père. Cette médaille a été gravée par Cusco, le chirurgien des hôpitaux de Paris.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LIQUEUR MARIANI

à la TERPINE et à la COCA

Titrée à 0 gr. 20 centigr. de Terpine par cuillerée à bouche

Cette liqueur unit les propriétés modificatives et anticatarrhales de la **Terpine** (bihydrate d'essence de thérébentine) à l'action tonique et digestive de la **Coca**. Rigoureusement dosée et très agréable au goût, elle constitue le remède le plus rationnel pour combattre les ***Affections catarrhales,*** aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires. Elle est très efficace dans l'***Anémie***, la ***Chlorose***, l'***Atonie***, la débilité générale. Elle est employée également avec succès contre les maladies du système nerveux.

DOSE : Une à deux cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

MARIANI, Phᵉⁿ, Paris, 41, boulevard Haussmann, et toutes Phᶜⁱᵉˢ

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES-TUBERCULOSE

CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES — EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORME-CRÉOSOTÉ — PARIS 43, R. SAINTONGE

PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE

guéries par le

CRÉOSOTAL "HEYDEN"

HT

Dose : 2 à 3 cuillerées par jour

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

AIROL

MARQUE GRIFFON



HOFFMANN, TRAUB & Cⁱᵉ
BALE (Suisse)

ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'**AIROL** n'est pas toxique, est inodore.
L'**AIROL** est un cicatrisant des plaies.
L'**AIROL** n'irrite pas les muqueuses.
L'**AIROL** est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.

VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

GLYCERO-PHOSPHATES DE BRUEL

ELIXIR à base de **GLYCÉROPHOSPHATES** de SOUDE, de CHAUX et de MAGNÉSIE
Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE de STRYCHNINE.

SIROP à base de **GLYCÉROPHOSPHATES** de CHAUX et de MAGNÉSIE
Indispensable à la Thérapeutique infantile.

GRANULÉ de **GLYCÉROPHOSPHATE** de CHAUX neutre et entièrement assimilable.

SOLUTION Injectable de GLYCÉROPHOSPHATE de Soude
Maladies de la Moelle. — Cachexies rebelles. — Aliénation mentale.

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (Seine)
et dans toutes les Pharmacies. — ***Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.***

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

ANÉMIE — CHLOROSE

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Ampoules Boissy

A L'IODURE D'ÉTHYLE

Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la ***Méthode iodurée.*** — Guérison complète.
Pour Inhalations — *Une Dose par Ampoule*

BREVETÉES — S. G. D. G.

Ampoules Boissy

AU NITRITE D'AMYLE

SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystero-Epilepsie

4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

SIROP ou SOLUTION de **BARBARIN**

au Phosphate Monocalcique crist.

Le plus pur et le plus assimilable des Phosphates de Chaux. (Titre 1 gr. pour 30).

LE MEILLEUR DES RECONSTITUANTS

Curatif et préventif des Maladies des Os et de Poitrine. Indiqué dans tous les états de faiblesse et pendant la Grossesse, l'Allaitement et la Dentition.

VIN de BARBARIN

au Phosphate Monocalcique et à la Coca.

est l'antidéperditeur de choix, le meilleur réparateur des forces épuisées, indiqué dans la convalescence de toutes les maladies, dans tous les états de langueur.

Paris, D. GAUTHIER & Cⁱᵉ, 145, Rue de Belleville.

ANTIPYRINE DU Dʳ KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100ᵍ.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

THERMES DE DAX

et Grand Hôtel des Thermes.—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

HOPITAL DE LA CONCEPTION DE MARSEILLE

Tumeur cancéreuse oblitérant la veine cave inférieure et l'oreillette droite.

Par Alphonse CHASSY, interne des hôpitaux.

Les cas d'oblitération *partielle* des vaisseaux artériels ou veineux se renouvellent assez fréquemment, mais la survie du porteur avec une masse néoplasique occupant *complètement* des éléments aussi essentiels à l'économie que la veine cave inférieure et l'oreillette droite est certainement plus difficile à expliquer.

Nous avons fouillé la littérature physiologique et pathologique de la veine cave, peu d'exemples ont été relatés. Aussi l'observation suivante nous a paru du plus grand intérêt, et nous devons à notre aimable maître dans les hôpitaux de Marseille, M. le docteur Coste, l'autorisation de la publier in extenso.

C. R..., quarante ans, journalière, se présente pour la seconde fois à la Conception (Marseille) et entre le 15 mai 1895 dans la salle Sainte-Berthe (service du docteur Coste).

Cette femme, sans antécédents pathologiques, familiaux ni personnels, bien accusés, présente depuis près d'un an un ventre ballonné avec ascite, troubles digestifs légers et *tumeur bosselée*, douloureuse, à la région épigastrique.

Lors d'un premier séjour d'un mois au même hôpital, salle Sainte-Adélaïde, elle fut *ponctionnée deux fois* pour son ascite : liquide clair, citrin.

A son entrée (15 mai 1895) : amaigrissement, facies jaune paille; abdomen énormément distendu par un épanchement ascitique dont la matité occupe les flancs et, en avant, remonte jusqu'à l'ombilic ; circulation veineuse complémentaire thoraco-abdominale très accentuée; saillie des jugulaires et pouls veineux; arythmie et intermittences cardiaques; crises dyspnéiques très rapprochées, un peu d'œdème aux bases des poumons.

Pas de température ; pas de vomissements.

Nouvelle paracentèse abdominale (troisième) le 20 mai : 12 litres de liquide louche, verdâtre. Aussitôt après la ponction, douleur violente à la région épigastrique, vomissements et phénomènes nerveux de péritonisme, ne disparaissant que le lendemain (fait, dit la malade, qui s'était reproduit après chaque ponction et que nous observâmes encore à la quatrième).

L'examen, après la ponction et la réaction post-opératoire, révèle bien plus nettement au niveau de l'épigastre, une masse dure, bosselée, de la grosseur d'une tête de fœtus de cinq mois, à forte courbure inférieure. Elle paraît adhérente, immobilisée et plaquée contre les parties profondes à la face inférieure du foie.

Malgré le voisinage du pylore, la profondeur de la sensation et le peu de troubles digestifs font éliminer le diagnostic de tumeur stomacale ; d'ailleurs les troubles de circulation veineuse, la dyspnée, l'arythmie cardiaque sont des signes en faveur du voisinage d'organes plus profonds.

La palpation du foie, des reins, le toucher vaginal et rectal, l'auscultation du poumon ne révèlent aucune autre localisation néoplasique. Pas d'adénite sus-claviculaire, axillaire ni inguinale. Urines assez abondantes contenant de l'albumine en assez grande quantité.

Le liquide ascitique se reforme très rapidement, *une quatrième ponction est nécessaire le 7 juin*, elle est suivie des mêmes phénomènes douloureux ; liquide louche, fortement teinté en rouge, 8 litres. Les phénomènes post-opératoires s'amendent dans la nuit, mais ne disparaissent pas complètement.

Le 8 juin, douleur abdominale très vive le soir.

Le 9, fièvre (38°7), l'ascite recommence, la malade, agitée et oppressée, se plaint horriblement de sa région hypogastrique gauche et épigastrique, asystolie.

Le 10, décès avec cyanose, turgescence des vaisseaux du cou, des veines thoraco-abdominales de circulation complémentaire.

L'*autopsie* fut pratiquée le 22 juin au matin. Aidé de MM. Crillon et Roche, externes des hôpitaux, nous fîmes, avec le plus grand soin, l'examen de la cavité péritonéale et des différents viscères.

Par une grande incision à courbure abdominale inférieure, les parois thoraco-abdominales furent détachées, nous permettant ainsi l'aspect général des viscères.

Poumons fortement congestionnés et œdématiés aux bases, adhérents par les culs-de-sac pleuraux au diaphragme sans épanchement intrapleural.

Cavité péricardique légèrement saillante, sans inflammation.

Péritoine viscéral rouge, enflammé, retenant encore dans sa cavité un liquide séro-sanguinolent assez abondant; le tablier épiploïque est tout entier refoulé en haut, rétracté et adhérent au côlon et aux anses voisines. Pas d'adhérences toutefois entre les anses intestinales, si ce n'est au niveau de l'estomac, du foie, du duodénum et du pancréas où tous ces viscères se trouvent réunis en une masse unique immobilisée sous le diaphragme. Ces adhérences viscérales paraissent récentes ; avec précaution on peut isoler l'estomac, la rate, le foie : reste une grosse masse prévertébrale, sous-hépatique, celle que l'on sentait à la palpation. Le diaphragme est complètement soudé à la face convexe du foie.

En réclinant fortement en haut le bord antérieur du foie, nous découvrons le néoplasme, blanc jaunâtre, dur à la pression, composé de trois masses principales. Les deux plus petites tumeurs, de forme irrégulière, grosses comme des mandarines, sont plaquées contre la face inférieure du foie, près du lobe de Spigel et du lobe gauche.

La plus grosse, de volume et de dimension respectables, *mesure 12 centimètres sur 6*. Sa face antérieure est bridée par le canal cholédoque, la veine porte et l'artère hépatique (ces vaisseaux ne font que s'infléchir sur sa convexité antérieure); elle se trouve tout entière sous-péritonéale, faisant saillie, et refoulant le péritoine, dans l'arrière-cavité des épiploons. Développée en forme d'estomac, avec petite courbure supérieure et grande courbure inférieure cachée derrière le duodénum et la tête du pancréas, cette tumeur émet deux prolongements latéraux : l'un à gauche, effilé, se dirige vers le lobe hépatique gauche ; l'autre à droite, moins svelte, aborde brusquement la veine cave inférieure, à quelques millimètres au-dessus de sa confluence avec la veine rénale gauche, et se continue vers le bord postérieur du foie, par un cylindre de 11 *centimètres sur 6 de dimension*.

Vu les adhérences de la tumeur à ce niveau, nous nous décidons, pour l'étudier plus à loisir, à enlever le foie et la masse sous-hépatique adhérente.

En enlevant le cœur de sa cavité péricardique, grand fut notre étonnement, de reconnaître, dans la section de la veine cave inférieure, un cylindre de même substance que la masse sous-hépatique *pénétrer dans l'oreillette droite*, la remplir presque complètement par une masse arrondie de 4 *sur* 6 *centimètres*. Ce prolongement intra-auriculaire pouvait être facilement isolé de la paroi ; il pesait 70 *grammes*, obturait l'orifice auriculo-ventriculaire droit et faisait même légèrement saillie dans le ventricule jusqu'au contact d'un gros pilier interne, lui-même blanc et dur à son sommet sur une longueur de 2 centimètres.

Nous rompons doucement les diverses adhérences de la

tumeur sous-hépatique, nous la libérons du pancréas, du pylore et du duodénum en avant et en haut, des reins, des capsules surrénales sur les côtés. Seule l'adhérence à la veine cave inférieure ne peut être libérée, nous remarquons alors, avec la pince et le bistouri, que la tumeur se trouve, depuis cette adhérence, tout entière intra-veineuse. Avec précaution, nous disséquons la paroi de la veine, et détachons assez facilement la masse oblitérante qui la distendait fortement et en occupait toute la lumière. A la hauteur des sus-hépatiques, il n'y a pas de prolongement dans la lumière de ces vaisseaux, mais vu l'état de distension de la veine cave, toute circulation hépatique devait certainement refluer par une autre voie.

L'examen des viscères ne dévoile aucun noyau primitif, aucune généralisation cancéreuse.

Poumons : congestionnés, mais sans foyer d'apoplexie, ni traces d'embolie; ganglions trachéaux et pulmonaires normaux. Poumon gauche = 330 grammes, poumon droit = 460 grammes.

Reins : Gauche = 140 grammes, droit = 130 grammes, pas de noyaux cancéreux, un peu de néphrite interstitielle.

Rate = 290 grammes, violacée, vaisseaux spléniques sains.

Vésicule et canaux biliaires indemnes.

Rectum et intestins sans induration ni rétrécissement, forte hyperhémie de leur tunique péritonéale.

Utérus et ovaires indemnes.

Cerveau et méninges : aucune trace d'embolie récente ou ancienne.

Pas d'infiltration cancéreuse dans le *péritoine*.

Veines azygos et jugulaires fortement dilatées. Pas d'anomalies cardiaques ou vasculaires remarquées.

Les différentes pièces d'autopsie furent présentées à l'examen de plusieurs chefs de service et de plusieurs collègues d'internat.

Divers échantillons de la tumeur furent conservés : 1° tumeur extra-veineuse; 2° tumeur intraveineuse; 3° tumeur intra-auriculaire; 4° pilier interne du ventricule droit; 5° point de confluence des portions intra et extra-veineuse de la tumeur, au point où la veine cave se trouvait envahie par la néoplasie.

Ces diverses pièces furent confiées à M. le docteur André, qui nous donna une nouvelle marque de son amitié en s'empressant d'en faire des coupes, avec notre ami Cheylan, dans le laboratoire de M. le professeur Nepveu.

Voici les renseignements qui nous ont été transmis : « Tumeur sarcomateuse à cellules rondocellulaires et fusocellulaires, mais à prédominance rondocellulaire.

Les tumeurs, intra et extra-veineuse ainsi qu'intra-auriculaire, présentaient exactement la même structure, avec quelques éléments de coagulum sanguin en plus, surtout dans l'oreillette.

Dans la paroi veineuse, au point de confluence, véritable infiltration sarcomateuse permettant toutefois la distinction de ses différentes tuniques.

Dans le pilier du ventricule droit, sclérose pure comme dans le cœur sénile.

L'examen microscopique du pancréas, de l'utérus, de l'estomac à la région pylorique, ne décelait aucune lésion néoplasique de ces organes. Le foie était atteint de dégénérescence graisseuse, mais indemne de tout élément sarcomateux. »

Nous avons parcouru les différentes communications sur les oblitérations de la veine cave inférieure. Notre cas nous a paru des plus rares.

Le sarcome paraissait donc s'être développé primitivement dans les ganglions sous-diaphragmatiques, ou dans la tunique externe de la veine cave, et avoir proliféré dans l'axe du vaisseau pendant un certain temps, puisque la malade présentait les mêmes symptômes abdominaux, moins accusés il est vrai, depuis près de huit mois. Le développement s'était fait jusque dans le cœur et l'oblitération de la veine avait dû s'accentuer de plus en plus jusqu'à devenir complète comme nous l'avons trouvée. Par les différentes voies de circulation complémentaire (par les veines portes accessoires, car nous savons que l'oblitération de la veine cave inférieure dans son tiers supérieur correspond à celle de la veine porte), par ces différentes voies, azygos et autres, on peut supposer le passage incomplet du sang veineux dans le cœur droit; mais, malgré la rapidité d'évolution des sarcomes, il reste difficile à expliquer une aussi longue survie, avec une cavité auriculaire réduite à rien, un orifice tricuspidien oblitéré.

La mort était venue surprendre la malade avant le morcellement de la tumeur. Aucune embolie, aucun infarctus n'a été trouvé dans les différents viscères, et c'est certainement à la gêne circulatoire que cette femme a succombé (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 1er juillet. — Suite de la discussion sur la cholédocotomie (M. Monod, M. Michaux).

Rapport : Sur le bouton anastomotique de M. Hagopoff, par M. Chaput.

Communications : 1° Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué.

2° Pied-bot valgus. Allongement des péroniers, par M. Faure.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Flamarion (de Nogent-en-Bassigny).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la dépopulation de la France, étude sur la natalité, par le docteur E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique, par le docteur Mangin-Bocquet, ancien interne des hôpitaux. Gr. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le diagnostic bactériologique du paludisme, par le docteur du Bois de Saint-Sevrin, médecin de première classe de la marine, professeur de bactériologie à l'École d'application de médecine navale de Toulon. In-8°. — Prix : 1 f. 50. — Paris, O. Doin.

(1) A consulter sur le même sujet : Polaillon et Lancereaux. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Veines-caves. — P. Delbet. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1894, art. Néoplasmes. — G. Aslanian. *Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse*, Th. de Paris, 1895.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutriti intense puisqu'elle contient :
25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis.*

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.
VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.
Defresne, auteur de la Pancréatine.
Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET
COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »		
Aliments protéiques	14.63	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments gras	10.59	*Aliments gras*	29.50
Sucre et Maltose	49 »	*Sucre-Lactose*	54.5
Phosphte de chaux	2.21	*Phosphte de chaux*	2.4

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — Prix : **2 francs.**

Defresne, auteur de la *Pancréatine* et Ph^ies.

LES SEULES VERITABLES PASTILLES DE
VICHY
sont les
PASTILLES VICHY-ÉTAT
Vendues en Boîtes métalliques scellées
EXIGER les MOTS VICHY-ETAT
En vente dans les bonnes Pharmacies.

SELS VICHY-ÉTAT
EXTRAITS DES SOURCES DE L'ÉTAT
COMPRIMÉS DE VICHY
FABRIQUÉS avec les SELS de VICHY-ÉTAT

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies

FER QUEVENNE
Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0^g05 à chaque repas. — ... des Beaux-Arts, Paris.

Valérianate PIERLOT

D'après l'opinion des Professeurs
Bouchardat, Gubler, Trousseau
le **Valérianate d'Ammoniaque Pierlot** est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le **Valérianate de Pierlot** doit être pris par cuillerée à café, matin et soir, dans un peu d'eau sucrée.

Une instruction accompagne chaque flacon.
Prescrire le **VÉRITABLE VALÉRIANATE PIERLOT**, de la M^on CLIN et Cie, 20, r. Fossés St-Jacques, PARIS.

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les FORCES, l'APPÉTIT, les DIGESTIONS
Très utile à tous les débilités : enfants, convalescents, maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, etc.
Eviter les imitations plus ou moins actives.
Exiger notre Marque. — Paris, 3, Boulev^d St-Martin et Ph^ies



1

MÉDICAMENTS APPROUVÉS
Par L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Poudre et pastilles du Dr Belloc, au charbon de peuplier, antiseptique gastro-intestinal efficace et inoffensif. Indications : dyspepsie, gastralgie, flatulence, acidités, pituites, diarrhée, dysenterie, fièvre typhoïde. Dose : 2 à 3 cuillerées à bouche de poudre ; 4 à 6 pastilles par jour, avant ou après les repas. Poudre, 2 fr. le flacon. Pastilles, 1 fr. 50 la boîte.

Vin de quinium de Labarraque. Vin titré et dosé contenant tous les principes utiles du quinquina : le quinium, qui en fait la base, comprend tout l'extrait soluble et les alcaloïdes, en proportions déterminées ; il est obtenu par des procédés spéciaux. (Voir Officine de Dorvault.) 4 gr. 50 de quinium, dose pour 1 litre de vin, contiennent 3 grammes de principes toniques et aromatiques et 1 gr. 50 des alcaloïdes réunis du quinquina.

Indications : toutes celles qui demandent l'emploi d'un vin généreux, cordial, fébrifuge, tonique et digestif, toutes les formes de débilité, la convalescence les cachexies. Prix : 6 francs la bouteille, 3 francs la demi-bouteille. Dose : un verre à liqueur après chaque repas.

L'Ostéine Mouriès, — combinaison de phosphate de chaux gélatineux et d'albumine, — constitue un aliment réparateur et reconstituant pour la femme enceinte, la nourrice et l'enfant. Elle se présente sous forme de *poudre* ou de *semoule Mouriès*, ce qui permet d'en varier l'emploi et de prévenir le dégoût. Une mesure qui surmonte chaque flacon indique la dose ordinaire pour un potage. Prix du flacon, 2 francs. Cette préparation a reçu l'approbation de l'Académie de Médecine, et l'inventeur, M. Mouriès, a présenté sur ce produit un mémoire qui a été couronné par l'Institut.

Ces divers produits spécialisés se vendent dans toutes les pharmacies avec une instruction pour l'usage. Tous ces médicaments sont la propriété de la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris. Médailles d'or aux Expositions universelles de Paris, Melbourne, Sydney, Philadelphie, Amsterdam.

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital
COMPOSÉ
(Réunion des Glycérophosphates de Chaux, Magnésie, Soude, Potasse et Fer).

Granulé composé — **Dragées de Fer vital**
Sirop composé
EXIGER *le nom de* **JACQUEMAIRE** POUR ÉVITER LES SUBSTITUTIONS.

AIROL
MARQUE GRIFFON



ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

Hoffmann, Traub & Cie *BALE (Suisse)*

En vente dans toutes les Drogueries.
Vente en Gros : **HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an** : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — **1 an** : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 juin 1896.

En parcourant le tableau des actes de la Faculté, du 29 juin au 4 du prochain mois, on y voit se gonfler la liste des examens et notamment des examens portant sur la clinique.

Depuis plusieurs années, cet examen, qui précède la thèse, et qu'on appelle officiellement le cinquième examen de doctorat, est divisé en trois parties : la première porte sur la clinique chirurgicale; la deuxième a trait à l'art des accouchements; la troisième à la clinique médicale. Les candidats convoqués soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Charité, par séries de quatre, sont amenés au lit des malades qu'ils doivent examiner et sur l'affection desquels ils doivent être interrogés. En fait, cet examen devrait être de tous le plus important, nous dirions volontiers le plus sérieux, si par cette épithète nous ne semblions faire supposer que les autres examens ne le sont guère. Cette épreuve clinique, qui met le candidat aux prises avec les difficultés auxquelles il va se heurter de suite en entrant dans la pratique, a été fort bien placée à la fin des études. C'est le résumé de toutes les connaissances acquises au cours de six années de scolarité; c'est le bagage du futur praticien, qu'il va falloir étaler aux yeux du jury. Après cette épreuve portant sur les trois branches essentielles de l'art de guérir, la Faculté prononcera le *dignus intrare*, que confirmera la soutenance de la thèse, vaine et inutile formalité.

Or cet examen, tel qu'il se pratique aujourd'hui, tombe de plus en plus dans le ridicule. En voici la preuve.

Les deux hôpitaux choisis pour cet examen sont les deux hôpitaux du centre, les plus proches de la Faculté : l'Hôtel-Dieu et la Charité. Ce sont ceux où le recrutement des malades est le plus restreint; et, depuis l'application du règlement Peyron, nous pouvons dire que le mouvement y est presque nul. Or cette semaine, près de 100 candidats vont subir l'épreuve clinique, avec 3 juges qui, théoriquement, doivent désigner un malade à chacun des candidats. Il faudrait donc pour assurer, cette semaine, le service des examens, qu'il y eût 300 malades entrants. Or si, dans les services de chirurgie tout au moins, il y a une douzaine d'entrées, c'est tout : il s'ensuit que les candidats passent et repassent éternellement sur les mêmes malades, malades connus d'avance, travaillés, façonnés, au courant de leur maladie, du diagnostic, du traitement et de toutes les opinions qui se sont manifestées à leur égard, si tant est qu'il y ait jamais eu matière à discussion, car les pauvres malades ne sont en général guère intéressants : c'est l'inévitable ulcère variqueux, la fistule à l'anus et la hernie, qui vient chercher bandage ou demander la cure radicale.

Et beaucoup sont là depuis des semaines, des mois, connaissant les jours et les heures des épreuves, examinés à l'avance et réexaminés par tous les candidats qui, depuis une semaine, ne quittent pas le service, y entrant avant les chefs, y séjournant avec eux, pour y rentrer dès qu'ils sont sortis. De temps en temps, il faut signaler quelques rébellions de malades qui se révoltent d'être ainsi maniés et remaniés, et la semaine dernière plusieurs refusèrent de continuer leurs pénibles fonctions. Il est un d'entre eux qui, depuis son séjour à l'hôpital, a déjà fait subir 67 examens. Il n'est pas exagéré de dire qu'à l'avance il a été examiné par toutes les séries de candidats devant subir l'examen dans la salle, et en évaluant leur nombre à 7 à 800, nous sommes certainement au-dessous de la vérité. Heureusement que, dans l'espèce, il ne s'agit ni d'une fracture de jambe ni d'une fistule à l'anus.

Si nous laissons de côté ce qu'a de pénible pour les malades leur séjour dans un service ouvert aux examens, et si nous nous plaçons uniquement au point de vue de la valeur des examens, nous ferons facilement comprendre combien sont illusoires ces épreuves définitives. Le candidat connaît le malade d'avance, il a entendu, à son sujet, les leçons du chef, de l'interne, il a entendu les demandes et les réponses des précédents examens, il est plus documenté que son juge, qui n'a pu qu'entrevoir le malade. Aussi faudrait-il que les candidats ne pussent pénétrer dans les hôpitaux où se subissent les examens, du jour où ils ont versé leur consignation. Il conviendrait que le nombre des hôpitaux choisi fût élevé de façon à ce que l'examen fût subi sur de vrais malades et non sur des piliers d'hôpital, connus et numérotés d'avance; enfin, et surtout, il faudrait de la part des juges plus d'équitable sévérité; leur bienveillance est une faiblesse blâmable, et, comme nous avons eu souvent l'occasion de le dire ici, une des solutions vraies de la question de l'encombrement de la profession est tout entière entre les mains de la Faculté qui délivre les diplômes. Avant que le gouvernement n'ait promulgué une

loi concernant l'exercice de la médecine par les étrangers, si tant est qu'il la promulgue jamais, il y a beaucoup à faire d'autre part. Il y a excès de candidats, dit-on; d'où pléthore de praticiens. Dans ce cas, il ne faut prendre que les bons et ne pas ouvrir la porte large à tous ceux qui se présentent.

Depuis cette année, les étudiants en médecine, avant de franchir le seuil de la Faculté, séjournent pendant un an à la Faculté des sciences et y subissent leur premier examen. La proportion des refus y est notable, et, par une bizarrerie regrettable, l'examen des sciences accessoires est plus sévère et plus difficile que celui de la clinique, le seul important et le seul, qu'à la rigueur, on pourrait se contenter d'exiger de futurs praticiens.

Si, dans une culture de bacille d'Eberth, on dépose quelques gouttes de sérum du sang d'un malade atteint de fièvre typhoïde, et qu'on reporte le tout à l'étuve, cette culture qui était trouble s'éclaircit en vingt-quatre heures; les bacilles de la fièvre typhoïde sont tués et entraînés dans un magma qui les précipite au fond du tube. Dans les mêmes conditions, une culture de coli-bacille reste trouble. Si, au lieu de prendre du sang de typhique, on prend du sérum d'un homme sain ou atteint d'une maladie fébrile quelconque, la culture du bacille d'Eberth ne s'éclaircit pas. Il y a donc là, comme le démontre M. Widal à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 juin), un moyen de faire le **diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde.**

Le sérum du sang nécessaire est pris soit dans une veine, à l'aide d'une seringue parfaitement aseptisée, soit plus simplement à la pulpe du doigt après une piqûre faite avec une lancette.

Quant à la culture de bacille d'Eberth, il faut se la procurer, ce qui fait que cette méthode n'est pas à la portée de tout le monde; elle ne manque cependant pas d'intérêt.

M. Comby vient d'observer un cas fort intéressant de **paralysie arsenicale.** Il traite habituellement la chorée grave par l'arsenic à haute dose. Il se sert de la liqueur de Boudin qui est, comme on le sait, une solution d'acide arsénieux au millième. Il en donne pour commencer 10 grammes correspondant à 10 milligrammes d'acide arsénieux; il augmente chaque jour de 5 grammes jusqu'à 30 grammes; arrivé là, il redescend, en diminuant de 5 grammes par jour pour revenir à la dose de début, c'est-à-dire à 10 grammes. Ordinairement, cette méthode donne d'excellents résultats, bien supérieurs à ceux de l'antipyrine.

Cependant l'administration de doses **aussi considérables** d'arsenic n'est pas sans inconvénient possible, ce que démontre bien un fait récemment observé par M. Comby. Il avait traité par ce procédé une fillette de sept ans; pendant la durée de la médication arsenicale, elle avait eu des nausées et des vomissements, mais ces phénomèmes avaient été passagers; elle avait, du reste, parfaitement guéri de sa chorée. Quarante-cinq jours plus tard, elle était prise de paralysie des membres inférieurs, puis successivement des muscles du tronc et des membres supérieurs. Les sphincters eux-mêmes furent paralysés. La prise des sphincters montre que la moelle devait être intéressée dans le cas présent. Tout cela guérit en un mois.

M. Comby pense que, s'il avait suspendu l'administration de la liqueur de Boudin au moment où se sont montrés les phénomènes d'intolérance gastrique, il eût évité les accidents ultérieurs de paralysie. On remarquera qu'ils ne se sont produits que six semaines après la cessation de la médication arsenicale.

M. d'Heilly demande à propos de cette communication, à M. Comby, à quelles doses il emploie l'antipyrine dans la chorée grave et s'il en a jamais eu des inconvénients sérieux. Lui-même a vu succomber avec des phénomènes d'asphyxie un enfant de sept ans auquel il en avait donné successivement 2, 3 et 4 grammes. M. Sevestre a vu un enfant du même âge être en danger de mort, mais survivre après en avoir pris successivement 2, 3, 4 et 5 grammes. La chorée fut du reste comme jugulée.

M. Comby, avec des doses progressives semblables, a vu quelquefois de l'érythème, mais pas d'accident sérieux. En tout cas, l'arsenic lui paraît bien supérieur à l'antipyrine dans le traitement des cas de chorée grave.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. J. COMBY.

Ictère grave chez une enfant de cinq ans et demi; lésion du foie (1).

Par MM. FRENKEL, interne du service, et WEINBERG, externe du service.

La petite V... (Louise), âgée de cinq ans et demi, entre le 30 avril 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Blache, dans le service de notre maître, M. Comby.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère atteinte de bronchite chronique depuis l'âge de dix-sept ans (elle est âgée actuellement de trente-cinq ans); rhumatisme articulaire aigu à dix-neuf ans, qui l'a tenue alitée pendant trois mois; six enfants morts en bas âge de convulsions.

Antécédents personnels. — Venue à terme, nourrie au biberon chez une nourrice à la campagne; première dent à un an, a marché à trois ans.

Pendant la première enfance, a toujours souffert de l'estomac, avait le gros ventre et vomissait souvent.

A l'âge de seize mois, coqueluche qui dure quatre mois, suivie de rougeole.

Il y a deux ans, elle a été prise d'épistaxis et d'otorragie du côté droit avec des convulsions; le tout n'a duré que trois jours; depuis, elle a toujours été bien portante.

Le samedi 24 avril, l'enfant, jusqu'alors bien, fut prise subitement de vomissements continuels, s'accompagnant d'une fièvre très vive et d'un malaise général des plus intenses; dans les jours qui suivent, elle se plaint beaucoup du ventre, est plutôt constipée, mais les matières qu'elle rend ne sont nullement décolorées.

Le 29 avril, au matin, l'enfant jaunit et, dans les vingt-quatre heures, l'ictère est généralisé et très foncé; elle se plaint continuellement du ventre, elle vomit tout ce qu'elle prend et, dans l'intervalle, elle rend de la bile; elle est très abattue, l'inappétence est complète, elle boit très peu et ne dort pas; elle cause un peu pendant le sommeil.

Le 30 avril, on l'amène à l'hôpital vers cinq heures de l'après-midi.

L'enfant, très déprimée, est couchée sur le dos dans un état d'indifférence absolue et ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

La peau, chaude et sèche, est jaune; l'ictère présente une coloration très foncée et occupe toute l'étendue de la peau et des muqueuses accessibles à la vue.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

La langue est large, étalée et blanche; au niveau des commissures labiales, il existe un groupe de vésicules d'herpès.

Le ventre est dur, très ballonné et sensible à la palpation au niveau de l'hypocondre droit; le foie ne paraît pas augmenté de volume.

L'enfant est constipée depuis quarante-huit heures et a vomi le lait qu'on lui a donné au moment de son entrée.

Elle n'a pas uriné depuis le matin; on n'a pu nous renseigner sur la quantité et la qualité de ses urines des jours précédents.

Le pouls est petit, incomptable; à l'auscultation du cœur, on compte 125 pulsations par minute; la température marque 39°8.

Traitement. — Piqûre de caféine, lavement froid glycériné, calomel 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures, régime lacté absolu et bains à 38 degrés.

1er mai : l'état général ne fait qu'empirer; l'ictère est vert; le pouls est imperceptible et la respiration très embarrassée; à l'auscultation des organes thoraciques, on ne trouve aucun signe morbide.

Les selles rendues après le lavement sont peu abondantes, dures et très jaunes.

Les urines, très rares, sont très foncées; comme la plus grande partie de ces urines a été rendue en même temps que les selles, il ne nous a pas été possible d'en faire un examen complet.

L'enfant est très agitée; la dyspnée devient de plus en plus intense et l'enfant succombe au milieu des convulsions, à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

Tous les tissus, même les cartilages et les os, sont fortement imprégnés de bile.

Des adhérences pleurales récentes, mais très étendues, existent sur le bord postérieur et le sommet de chaque poumon.

La surface des poumons est parsemée d'ecchymoses sous-pleurales. A la coupe, on trouve, dans le poumon droit, trois foyers hémorragiques de dimension moyenne.

Le foie est gros, pèse 760 grammes; sa surface de section est parcourue par des travées noires qui circonscrivent de petites régions de dimensions différentes et qui présentent une teinte grisâtre.

La rate est également augmentée de volume; elle pèse 132 grammes; sur la partie supérieure de sa face antérieure, on trouve une plaque de périsplénite par laquelle la rate adhère intimement au diaphragme.

Rien de spécial du côté de l'estomac et de l'intestin, l'ampoule de Vater est normale; les canaux biliaires sont libres et absolument intacts.

Dans le médiastin, on tombe sur un ganglion suppuré; les autres ganglions trachéo-bronchiques, aussi bien que les ganglions médiastinaux et ceux du hile du foie, sont légèrement hypertrophiés, mais ne présentent pas du tout l'aspect de masses tuberculeuses.

Les reins sont congestionnés : poids, 65 grammes.

Examen microscopique. — La topographie du foie est normale; mais quand on examine les coupes de cet organe avec un faible grossissement, après avoir fait agir sur elle le sulfhydrate d'ammoniaque, on constate qu'elles sont parcourues par des travées noirâtres qui, en général, réunissent les espaces portes voisins. Ces travées correspondent aux bandes de cellules hépatiques remplies de petites granulations.

Les cellules hépatiques, qui vont de la périphérie du lobule au centre, présentent souvent des granulations; mais ici elles sont beaucoup moins nombreuses et, par place, elles manquent absolument.

L'examen de la cellule hépatique sur les coupes provenant d'un morceau durci dans l'acide osmique nous apprend que ces cellules, tout en conservant leur aspect normal, présentent des granulations de différentes espèces. Les unes sont biliaires, les autres sont ferrugineuses, comme nous l'a montré la réaction au sulfhydrate d'ammoniaque. Ces granulations nous les retrouvons aussi dans le sang.

Ici, elles sont libres ou bien elles infiltrent les globules blancs, et il nous semble même en avoir constaté la présence dans l'intérieur des globules rouges.

Les vaisseaux sont dilatés et remplis de globules rouges; on y voit beaucoup de globules blancs; nous y avons rencontré beaucoup de cellules endothéliales desquamées qui, par endroit, présentent des figures karyokinétiques très nettes.

L'examen bactériologique des coupes du foie est négatif.

Nous avons fait l'examen microscopique des autres viscères (poumons, cœur, rein, rate, corps thyroïde, capsules surrénales, ganglions), et dans tous ces organes, sauf le poumon, qui présente quelques foyers hémorragiques, nous n'avons vu que de la congestion avec une leucocytose très notable.

Actuellement on donne le nom d'ictère grave aux cas où le malade succombe par suite de la destruction rapide de la cellule hépatique.

Bien que notre malade ne soit pas morte par la destruction complète de sa cellule hépatique, nous pensons cependant qu'il s'agit ici d'un cas d'ictère grave, étant donné que, de tous les viscères que nous avons examinés, le foie est le seul organe dont le parenchyme présente des lésions sérieuses.

Nous pouvons faire un rapprochement intéressant entre nos constatations histologiques et l'observation clinique. En effet, l'enfant, tout en présentant un ictère très foncé, avait les matières fécales très jaunes. Or, nous avons vu que les cellules hépatiques présentent beaucoup de granulations biliaires.

La cellule hépatique a donc tout d'abord réagi vis-à-vis de l'infection générale de l'organisme par une hypersécrétion biliaire considérable.

Étant donné que nous trouvons des grains pigmentaires dans les capillaires et que les travées pigmentaires se dirigent d'un grand espace vasculaire à un autre, nous sommes tenté de penser que cette pigmentation est d'origine sanguine.

Les cellules endothéliales desquamées, et qui présentent des figures karyokinétiques, traduisent l'irritation des capillaires hépatiques dont les cellules ont été obligées de lutter contre l'agent infectieux, que malheureusement nous n'avons pu déceler sur nos coupes.

Les cas d'ictère grave sont extrêmement rares chez l'enfant, et on peut les compter dans la littérature médicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1896. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CHOLÉDOCOTOMIE

M. Quénu est intervenu une dizaine de fois chez des malades supposés atteints de calculs du cholédoque. Sur ces dix cas, il n'a trouvé que deux fois des calculs. Dans les autres cas, il s'agissait d'angiocholite, de cancers du foie ou

du pancréas ou d'autres affections se traduisant par les mêmes symptômes que ceux de la lithiase biliaire. Dans ces cas, d'ailleurs, M. Quénu est d'avis qu'il faut faire la laparotomie exploratrice et, comme M. Ricard, il donne la préférence à l'incision médiane.

M. Quénu donne un résumé de plusieurs de ces observations. Il insiste plus particulièrement sur un cas dans lequel il s'agissait de calculs du cholédoque. Après avoir mis celui-ci à découvert, il l'incisa, en retira trente-trois calculs et après s'être assuré qu'il n'en restait plus, il sutura le cholédoque, ferma la plaie et fit un drainage. Le lendemain, tout allait bien. Le surlendemain, le malade rendit des selles colorées, ce qui prouvait que la circulation du cholédoque était bien rétablie. Le troisième jour, il y eut quelques souffrances et les selles furent de nouveau décolorées. Le malade présenta un peu de délire, il était très faible et de nouveau apparurent tous les signes d'une rétention biliaire. M. Quénu se mit en devoir de rouvrir le cholédoque. Cette réouverture ne fut pas sans présenter quelques difficultés. En raison de la présence de la bile, tous les tissus présentaient la même coloration. Les fils de soie appliqués sur le cholédoque sont eux-mêmes colorés. Il est donc assez difficile de s'y reconnaître. Aussi, en pareil cas, à l'avenir, M. Quénu ne coupera-t-il pas tous ces fils au ras. Il en laissera un ou deux qui passeront au dehors et qui serviront, au besoin, de fils d'Ariane pour retrouver le cholédoque pour les cas où le canal devrait être ouvert de nouveau. Toutefois, dans le cas actuel, M. Quénu finit par retrouver le cholédoque et il l'ouvrit en établissant une fistule biliaire. A la suite de cette réouverture, le malade fut très amélioré. Cet état satisfaisant se maintint pendant un certain temps, puis le malade présenta de nouveau du subdelirium et il finit par succomber à des accidents d'intoxication biliaire.

A l'autopsie on trouva, au niveau de l'ampoule de Water, deux petits calculs qui bouchaient la lumière du canal. En outre, dans les conduits extra-hépatiques, aussi bien que dans les conduits intra-hépatiques, on trouva une quantité considérable de petits calculs, environ soixante-quinze. Enfin l'examen histologique a démontré que les cellules hépatiques étaient atrophiées et en voie de dégénérescence graisseuse.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

Traitement des fractures obliques. — M. HENNEQUIN présente à la Société l'appareil à extension continue, construit par M. A. Aubry, qui lui sert à traiter les fractures obliques de jambe.

Cet appareil est formé de bandelettes d'acier représentant les arêtes d'une sorte de boîte quadrangulaire sans parois. Il supporte deux hamacs, l'un crural, l'autre jambier. Le premier, composé d'un cadre en U sur lequel est lacé une toile de coutil, est relié à la boîte : 1° par une fourche à crémaillère coudée à angle droit, dont les extrémités glissent dans des fenêtres pratiquées dans les branches de l'U; 2° par une bandelette perforée O, articulée à la partie convexe du cadre et s'engage par un coulisseau soudé à la base de la boîte.

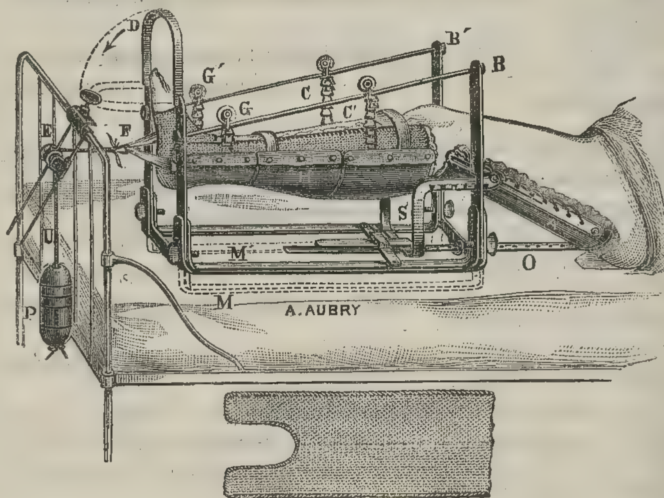
Le hamac jambier composé de trois sangles indépendantes, boutonnées sur deux attelles longitudinales, suspendues par des chaînettes en échelle, avec chape de quatre poulies roulant sur deux tringles polies faisant plan incliné descendant.

L'indépendance des sangles permet : 1° de raccourcir le hamac en dégageant un ou deux œillets de la sangle supérieure; 2° de panser les plaies en déboutonnant un des côtés de la sangle correspondante. La sangle inférieure porte un gousset pour recevoir le talon.

La poulie est fixée à la barre transversale du pied du lit, de façon à ce que la partie horizontale de la corde nouée à l'étrier représente le prolongement de l'axe de la jambe.

Un poids de 2 kilos est attaché à l'extrémité libre de la corde, poids qui est augmenté d'un 1/2 tous les deux jours; jusqu'à 3 kil. 1/2 dans les fractures récentes, 4 kilos à 4 kil. 1/2 dans les anciennes.

En cas de douleurs persistantes, enlever un disque du poids pour la nuit qu'on replacera le lendemain matin.



Légende.

H, hamac jambière formé de trois lacs mobiles. — A, hamac crural facilitant la contre-extension et donnant à la cuisse l'inclinaison voulue au moyen du guide O percé de trous. — S, supports à coulisse et à crémaillère du hamac crural. — G G', galets mobiles armés de chape à points d'arrêts roulant sur tringles formant plan incliné. — C C', chaînettes en échelle pour élever, incliner la jambe dans toutes les positions désirées. — B B', cadre rectangulaire à base mobile M dans le sens vertical afin de pouvoir rectifier le plan du lit. — D, cerceau articulé pour protéger le pied. — P, poids cylindro-conique composés de disques s'emboîtant de 1 kilo et 1/2 kilo. — E, poulie à curseur mobile sur une longue tige en U. — F, étrier fixé à la guêtre plâtrée et donnant attache à la corde qui supporte le poids. — Sous l'appareil est représenté un modèle de la gouttière plâtrée.

APPLICATION DE L'APPAREIL. — *Dispositions préliminaires.* — Sur la face dorsale du pied et le tendon d'Achille, on place à cheval deux coussinets formés de quelques feuilles de tarlatane non empesées, ayant 10 à 12 centimètres de long sur 8 de large, cousues sur les bords et remplies aux trois quarts de poudre d'amidon. Une bande de Sayre de 6 à 7 mètres sur 12 centimètres de large est enroulée sur les coussinets à partir de la base des malléoles jusqu'à la racine des orteils, préalablement recouverts d'une couche mince de ouate. Lorsque la bande de Sayre est enroulée au trois quarts, on dispose en étrier une bande neuve de 40 centimètres de long, dont les chefs fendus longitudinalement par le milieu sont devenus bifides. L'extrémité de l'incision correspondant à la pointe des malléoles, le milieu faisant étrier à la plante du pied, on croise les chefs antérieurs sur la face dorsale du pied, les postérieurs sur le tendon d'Achille, et on termine l'enroulement de la bande de Sayre, qui forme une bottine plâtrée dans laquelle est pris l'étrier : on taille alors la gouttière de la jambe qui se compose de quinze feuilles de tarlatane ayant pour longueur la distance qui sépare le pli poplité de la face plantaire du pied et comme largeur les trois quarts de la circonférence de la jambe prise au-dessus du mollet et au niveau de la base des malléoles. A son extrémité inférieure, on pratique une échancrure profonde de 12 à 15 centimètres qui lui donne la forme d'un tire-botte. Après l'avoir trempé dans le plâtre gâché et entouré la bottine d'une toile isolante (mackintosh), on l'applique sur la jambe soumise à une énergique traction, le pied maintenu à angle droit. Son bord interne étant

amené sur la face antérieure du tibia, de façon à le recouvrir aux deux tiers, on le moule sur la jambe en roulant des bandes de vieille toile.

La traction est maintenue jusqu'à dessiccation du plâtre. Les bandes roulées et la feuille de mackintosh enlevée, on place le membre inférieur sur l'appareil, après s'être assuré de l'indépendance de la bottine et de la gouttière.

L'appareil de Hennequin réalise incontestablement un grand progrès dans le traitement des fractures obliques de la jambe; il a été appliqué nombre de fois et avec succès sur des malades de MM. Monod, Périer, Terrier, Nélaton, Berger, Richelot et Le Dentu.

M. NÉLATON, rappelant le rapport qu'il a fait sur un travail de M. Roux (de Brignolles), a été considéré, par M. Kirmisson, comme un partisan quand même de la suture osseuse dans les fractures obliques de jambe. Il tient à bien spécifier dans quelles conditions il s'est montré partisan de cette suture.

M. Roux (de Brignolles) ignorait évidemment les services rendus par l'appareil de M. Hennequin. Quant à M. Nélaton, il a dit simplement qu'il fallait tenir compte de la méthode proposée par M. Roux (de Brignolles) pour les cas de fractures de la clavicule chez une jeune fille. Il a ajouté qu'il était tout prêt à faire également la suture osseuse pour les fractures obliques de jambe. Mais, à ce dernier point de vue, il déclare avoir changé d'avis. Depuis cette époque, il a eu dans son service cinq à six fractures obliques de jambe, très bien guéries par l'appareil de M. Hennequin. On peut donc dire aujourd'hui que cet appareil supprime l'intervention chirurgicale pour les fractures obliques de jambe et qu'il rend, pour le traitement de ces fractures, les mêmes services que pour le traitement des fractures du fémur ou de l'humérus.

M. BERGER se demande si les appareils actuels suffisent pour donner toujours de bons résultats dans le traitement des fractures obliques. Les appareils plâtrés peuvent donner de bons résultats entre les mains de chirurgiens très attentifs et très soigneux. Mais M. Berger a eu maintes fois à constater de très mauvais résultats obtenus avec ces appareils plâtrés. Il considère tout d'abord comme très dangereuse l'application primitive, immédiate, d'un appareil plâtré. Il faudrait, pour assurer une bonne consolidation, s'astreindre à donner le chloroforme après quelques jours et à appliquer un second appareil plâtré après que la jambe est dégonflée. C'est pourquoi M. Berger préfère l'appareil de Scultet qui, bien surveillé, permet d'apporter chaque jour les modifications rendues nécessaires par la transformation des parties molles. M. Berger a ainsi obtenu des résultats très satisfaisants. Mais il ne faut pas se dissimuler que c'est là un traitement très laborieux.

M. Berger a accueilli avec beaucoup de satisfaction les appareils de M. Hennequin; toutefois ces appareils ne sont pas sans présenter quelques inconvénients. Il y a d'abord l'élévation du prix; puis ils sont un peu complexes et ils demandent une certaine habileté pour l'application. On a toujours quelque peine à empêcher la pression douloureuse sur la face dorsale du pied.

Quant à l'intervention chirurgicale pour le traitement des fractures obliques de la jambe, M. Berger ne croit pas qu'elle soit appelée à donner de meilleurs résultats que les appareils. Lorsqu'on intervient chirurgicalement dans ces cas, on arrive toujours à faire une résection pour mieux assurer l'affrontement des surfaces osseuses; il en résulte toujours un certain degré de raccourcissement. Et puis, il peut toujours y avoir quelque danger à ouvrir un foyer de fracture. Aussi M. Berger est-il tout disposé à s'en tenir à l'application de l'appareil de M. Hennequin et il en espère de bons résultats.

M. DELORME fait observer qu'on revient à une discussion très ancienne sur les appareils inamovibles et les appareils amovo-inamovibles. En principe, tous les appareils inamovibles sont défectueux. Les appareils amovo-inamovibles, quand ils sont bien surveillés, donnent, au contraire, généralement, des résultats définitifs satisfaisants. M. Hennequin a exagéré la difficulté qu'on éprouve, avec les anciens appareils, à obtenir une bonne extension. Il suffit de s'en rapporter aux conseils donnés par Guérin et d'appliquer une quantité suffisante d'ouate pour assurer une bonne extension.

PRÉSENTATION DE MALADES

Cysticerque de l'œil. — M. ROBERT présente un sous-officier d'artillerie, atteint de cysticerque de l'œil gauche. La vision de cet œil est complètement perdue.

Sarcome du pied. — M. POTHERAT présente un malade auquel il a fait une amputation du pied, pour sarcome, selon la méthode de Sayme.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les eunuques du Palais impérial de Pékin (1).

Par le docteur J.-J. MATIGNON,
Aide-major de l'armée, attaché à la Légation de la République en Chine,
Médecin de la Légation impériale de Russie à Pékin.

III

L'eunuque est peu payé. Il reçoit du riz et 2 taëls (8 francs) par mois. Ceux qui occupent les hautes situations peuvent arriver à 50 francs par mois. Mais nul Chinois ne sait, comme l'eunuque, pratiquer ce que les Américains appellent le *squeeze*, c'est-à-dire l'art de faire suer des centimes, même aux gens le moins susceptibles de contributions. C'est là ce qui fait le côté lucratif de la profession.

Ils jouissent d'une liberté assez grande. Ils peuvent sortir assez facilement du palais, mais sont obligés d'avoir toujours la coiffure officielle et de rentrer avant le coucher du soleil. On peut les reconnaître, dans la rue, à leur costume plus sombre, à leurs chaussures, dont le bout est plus carré. Ils ont presque toujours la botte de soie ou de drap. Ils vont peu à pied. Quand on voit passer une voiture propre, attelée à un cheval blanc, marchant à bonne allure, on peut presque à coup sûr conclure qu'elle contient un eunuque.

Très fréquemment, l'eunuque se marie et sa femme a même des enfants. Cette paternité *in partibus* le flatte énormément, et il est très fier d'entendre les enfants de sa femme l'appeler *papa*. Il arrive quelquefois que les fils de l'eunuque sont légitimes. Des pères de famille se font châtrer après plusieurs années de mariage. Ils font subir la même opération à leurs enfants. Singulier pays que la Chine, où la profession d'eunuque peut, dans certaines circonstances, revêtir le cachet quasi-héréditaire!

Les eunuques sont exclus de certaines cérémonies religieuses. Comme tous les Chinois, ils peuvent aller dans les temples brûler de l'encens, jeûner. Mais, à la fin du jeûne, ils ne peuvent monter sur l'estrade « taïchié », où le prêtre reçoit les confessions de ceux qui ont jeûné. Même interdiction est faite aux mutilés, à ceux qui sont privés d'un œil, d'un membre, aux femmes en cours de règles. La loi de Moïse était aussi catégorique à cet effet. Dans le chapitre XIII du *Deutéronome*, ne lit-on pas : « Celui qui est eunuque pour avoir été écrasé ou avoir été taillé, n'entrera pas dans l'assemblée de l'éternel »?

Les eunuques, quel que soit l'âge auquel ils ont subi l'o-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 741.

pération, sont considérés comme vierges. Les enfants châtrés avant dix ans sont qualifiés de « très vierges, très purs ». Ces derniers sont particulièrement appréciés, des dames surtout, qui les considèrent comme des petites filles et les laissent assister à leur toilette la plus intime, accident rare, je dois le dire, dans la vie de la Chinoise du Nord, qui est particulièrement sale. On les considère comme dépourvus de toutes idées libidineuses. Cependant, quand ils sont un peu grands, qu'ils ne sont plus les « petits eunuques », leur présence trouble ces dames et ils sont alors affectés à d'autres fonctions.

On décrit toujours à l'eunuque un facies spécial. Sans doute, un certain nombre ont le type classique, mais ce nous a semblé l'exception. Nous avons été, en effet, placé dans d'excellentes conditions pour faire ces observations. Deux fois nous sommes entré dans le palais et, pendant que nous faisions antichambre dans de petites tentes, avant de paraître devant le Céleste, nous avons pu voir défiler une quantité de têtes d'eunuques qui venaient, curieusement, regarder les « diables étrangers » au travers des carreaux.

C'est à tort qu'on a représenté l'eunuque comme sanguinaire et violent. Il est plutôt doux, conciliant, conscient de son infériorité. Ses congénères le considèrent comme honnête. Il vole peu; de tous les Chinois, il est le plus charitable. En affaire, il est très rond. Contrairement à ses compatriotes, il ne discute pas les prix et les petits commerçants connaissent tellement bien le côté de son caractère que, lorsqu'ils lui vendent, au lieu de lui faire un prix, ils se contentent de lui dire : « Donnez ce que vous voudrez », certains d'un plus gros bénéfice.

Ils sont gais, aiment à s'amuser, s'attachent beaucoup aux enfants et, à défaut de ceux-ci, aux animaux, surtout aux chiens. Leur caractère est très versatile.

Le jeu est la passion favorite des castrats. Ils lui consacrent leurs loisirs, perdent tout ce qu'ils possèdent et souvent, à bout de ressources, jouent leurs doigts, une main, un morceau de leur peau. Ils fument presque tous l'opium, qu'ils sont autorisés à consommer dans le palais.

Les eunuques sont doués d'une certaine décence, non par tempérament, mais par crainte d'exposer en public leur mutilation. Contrairement aux Chinois, qui satisfont leur besoin partout où ils se trouvent, dans la rue ou devant le palais, les eunuques recherchent toujours les coins solitaires, où nul œil indiscret ne pourra constater qu'ils sont incomplets.

Les eunuques châtrés malgré eux, c'est-à-dire enfants, deviennent en prenant de l'âge désagréables pour ceux des leurs qui ont permis leur mutilation. Ils les détestent, refusent d'avoir des rapports avec eux; leur haine est surtout vive contre leur père. Ils conserveraient pour leur mère une certaine affection.

L'eunuque châtré jeune a la figure ronde et un certain embonpoint; mais les chairs sont flasques, il est apathique. Dans la majorité des cas, la voix garde le type féminin et on a souvent de la peine à la distinguer de celle d'une jeune femme. Ceux qui sont châtrés aux environs de vingt ans perdent souvent leurs poils et leur voix prend un timbre de fausset aussi désagréable que grotesque.

Il vieillit très rapidement. A quarante ans, il a l'air d'en avoir soixante. Les vieux eunuques ne sont pas beaux; leur figure a quelque chose de tristement drôle; « quand ils sont vieux, on les prendrait pour des vieilles femmes qui, oubliant âge et sexe, se travestissent avec des costumes d'hommes. »

Les Chinois n'ont pas la moindre estime pour les eunuques. Leur nom vulgaire « Lao-Koün » veut dire « vieux coq », qualificatif évidemment beaucoup moins expressif que celui des eunuques du sultan, dont le nom signifie « gardiens de la porte de la félicité ».

Étant donné la sensualité des Célestes, on peut conclure de leur mépris pour ces hommes rendus impuissants.

Un individu châtré n'est plus considéré comme faisant partie de la famille, d'où l'expression « il quitte la maison ». Il est regardé comme un étranger et ne reposera pas dans le cimetière de ses parents.

On leur permet une grande liberté de langage, laquelle est toujours jugée par ce mot très pénible pour eux : « Oh! ce n'est rien, c'est un eunuque qui a parlé. »

Il paraît cependant que les eunuques, quoique considérés comme totalement dépourvus d'idées libidineuses, recherchent la société des femmes, se plaisent à leur contact et en usent... *unguibus et rostro* très vraisemblablement.

Pour terminer, un conseil à ceux de nos lecteurs qui pourraient venir en Chine et entrer en relations avec quelque eunuque. Si vous rencontrez dans la rue un chien à qui on a coupé la queue, il serait particulièrement de mauvais ton de le montrer à votre compagnon en lui disant : « Tiens, un chien à queue coupée! » Vous serez tout à fait correct en vous exprimant de la façon suivante : « Voilà un chien qui a une queue de daim! » Chacun a son amour-propre.

Si, par hasard, on vous sert du thé dans une théière dont la queue a été cassée, gardez-vous bien d'attirer l'attention de l'eunuque sur cet accident arrivé à un accessoire de cuisine. En observant ces quelques conseils, vous serez, j'en suis convaincu, considéré comme un parfait gentleman par tout Céleste à qui on aura, selon l'expression de Froissart, « coupé *le* et *les* ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 juin 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Puech, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs d'Ailhaud-Castelet, Joy, Perrion, Forgues, Dieusidon, Curel, Woolonghan, Rovery, Farina, La Neele, Dupont, Prieur, Bagarry, Cardon, Fernand, Bories, Evanno, Delaporte, Marçais, Dallest, Bonnet, Delcroix, Messeant, Couturier, Lebon, Grégoire, Jay, Hélie, Thibaudier, Curtillet et Genouville.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1896, M. Hahn (V.-L.), stagiaire à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, est pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire universitaire.

— Le concours de chef de clinique médicale près la Faculté de médecine de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Dubourg. M. le docteur Guérin a été proposé comme chef de clinique adjoint.

Le concours de chef de clinique obstétricale près ladite Faculté s'est terminé par la nomination de M. le docteur Fieux.

— Un concours annexe de clinique des maladies du larynx et du nez s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er novembre 1896.

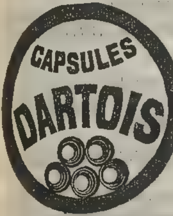
— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L.-J. Cuilleret (de Lyon), décédé à l'âge de soixante-douze ans, et Uminski (de Sainte-Féréole-Corrèze).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Pour Inhalations
Une Dose par Ampoule



CAPSULES
DARTOIS



BENZOATE DE NAPHTOL
GRANULÉ
FRAUDIN



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu un rapport de M. Pozzi sur les injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales. Nos lecteurs verront, par la discussion qui a suivi ce rapport, qu'il faut se garder de tout engouement et ne pas attribuer aux injections de sérum des effets qui n'appartiennent qu'à la nature elle-même.

M. Cornil a lu un rapport sur les huîtres et la fièvre typhoïde. Ses conclusions sur l'aménagement des parcs sont adoptées par l'Académie.

Signalons, enfin, une note de MM. Variot et Glower, sur la dilatation de la glotte dans les spasmes laryngés et dans le croup en particulier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

La pendaison; questions médico-légales (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur REUSS.)

II

J'arrive à la question médico-légale, que l'on retrouve constamment : « l'état de la digestion. » On est en général persuadé, dans le monde et même au Palais, que les matières retrouvées dans l'estomac doivent indiquer l'époque de la mort. C'est une erreur.

Tout le monde ne digère pas de la même façon; chez les uns la digestion se fait très vite, chez d'autres elle est au contraire très lente. Je me rappelle avoir soigné avec Lasègue une jeune fille qui mourait d'inanition; elle ne gardait aucun aliment; nous parvînmes à lui faire prendre une côtelette de porc grillée, qu'elle digéra fort bien, et elle suivit ce régime pendant trois mois, avec succès. Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de personnes bien portantes dont l'estomac s'accommoderait pendant si longtemps d'un menu pareil. Chacun digère à sa façon.

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 737.

De plus, selon leur espèce, les aliments sont digérés plus ou moins vite. Le riz, qui constitue la principale nourriture des Hindous, reste très longtemps dans l'estomac; il trompe la faim; il est à peine attaqué par les liquides gastriques dix ou douze heures après qu'il a été ingéré; d'autres aliments, au contraire, disparaissent de l'estomac avec une rapidité extraordinaire; l'alcool et surtout le café sont dans ce cas.

Avant l'Exposition de 1889, alors que le Champ-de-Mars était encore inoccupé, un homme, à peu près gris, rencontre dans un café borgne avoisinant l'École militaire trois ou quatre individus, eux aussi pris de boisson; ils font connaissance et prennent du café. On le trouve mort, au milieu du Champ-de-Mars, ses camarades avaient disparu; la police s'enquiert et apprend que des individus ont pris du café dans tel établissement; on porte le corps à la Morgue et on demande l'autopsie immédiate. Il n'y avait plus de café dans l'estomac; il n'a même pas été possible de déceler la présence de la caféine.

Le vin blanc disparaît très vite, le vin rouge est retrouvé plus facilement, à cause de sa matière colorante.

Supposez qu'une personne ait pris un repas ordinaire : deux œufs, un beefsteak, des pommes de terre frites; elle meurt deux ou trois heures après le repas; on ne retrouve plus de beefsteak dans son estomac; on constatera la présence des œufs et de quelques pommes de terre; si la mort était survenue huit heures après le repas, on ne trouverait plus d'aliment reconnaissable.

Il faut aussi mettre en ligne de compte les dispositions individuelles.

Vous direz : « L'individu avait l'estomac vide, il n'avait pas mangé depuis plusieurs heures. »

Ou bien : « Nous avons trouvé dans l'estomac un verre à peu près de matière liquide, provenant de la fin de la digestion d'un repas pris six à huit heures avant la mort. »

Si dans le contenu de l'estomac vous trouvez des aliments que vous puissiez reconnaître, des feuilles de salade, des haricots, par exemple, vous noterez le fait.

En général, on peut admettre qu'un estomac est débarrassé de la viande, deux à trois heures après son ingestion. C'est là tout ce que vous pouvez dire; ne posez pas de conclusions fermes et surtout n'affirmez pas que le dernier repas pris remonte à telle heure précise; vous pouvez seulement indiquer que le dernier repas semble avoir été pris vers telle ou telle heure; vous répondez ainsi jusqu'à un certain point à la question qui vous est posée.

Vous devrez, dans votre rapport, noter l'état du sillon, son aspect parcheminé, sa direction, sa profondeur; vous devrez préciser la nature du lien et la place occupée par le nœud.

Enfin, vous mentionnerez les hypostases, que vous rechercherez aux jambes, dans les poumons, dans les intestins.

III

La troisième question que vous posera le juge d'instruction est celle-ci : « Y a-t-il eu suicide, homicide ou accident? »

Ici, je commencerai par vous citer quelques exemples. Le plus connu est celui de Calas, dont vous trouverez l'histoire exposée par Voltaire. Calas a été victime d'une erreur judiciaire que l'on reproche encore quelquefois aux médecins légistes. Je dois, à ce propos, vous mettre en garde contre ce que j'appellerai les « circonstances morales », circonstances qui peuvent vous induire en erreur.

Le cas de Calas est celui-ci : Jean Calas était négociant à Toulouse, il était protestant et avait plusieurs enfants. L'aîné de ses fils, Marc-Antoine, avait abjuré sa religion et était devenu catholique; il ne semble pas qu'il y ait eu dans la famille Calas des sentiments exagérés de fanatisme, car la vieille servante qui avait élevé tous les enfants était une fervente catholique.

Marc-Antoine Calas avait vingt-huit ans, et n'avait pas réussi dans ses affaires. Un jour il vient dîner chez son père, avec un de ses amis; tout d'un coup, il quitte la table et traverse la cuisine où il dit à la bonne : « J'ai la tête en feu! » Cependant, on ne s'occupe pas de lui sur le moment; deux heures après, son ami s'inquiète; on cherche Marc-Antoine et on le trouve pendu à un bâton placé sur le haut des battants entr'ouverts d'une double porte; à côté de lui, sur une chaise, étaient son habit et son gilet, soigneusement pliés. L'ami pousse des cris, les voisins arrivent, se bousculent, et le cadavre tombe à terre; tout d'un coup une voix crie : « Calas a tué son fils! »

C'est ce cri, poussé par quelqu'un dans la foule, qui a amené l'arrestation de Jean Calas. On prétendit que, ne pouvant supporter l'idée de l'abjuration de son fils, il l'avait tué. Jean Calas fut condamné et exécuté.

Pourquoi fut-il condamné? La médecine légale est, fort heureusement, innocente de cette erreur judiciaire. Car c'est la déposition du bourreau qui entraîna la conviction des juges. On a posé au bourreau la question suivante : « Peut-on se pendre soi-même de la façon dont le fils Calas s'est pendu? » Le bourreau a répondu : « Non. » Les juges, pensant que le fanatisme religieux avait pu pousser Jean Calas à tuer son fils, le condamnèrent.

Voici un autre exemple : Il arrive, assez souvent dans les prisons, et quelquefois dans les collèges ou les lycées, que des prisonniers ou des enfants ont voulu faire une tentative de suicide pour attendrir, ceux-là leurs juges, ceux-ci un professeur qui les avait punis. Malheureusement, la tentative de suicide peut mal finir. Un lycéen est mis au cachot, il prépare sa mise en scène, il fait un nœud à sa bretelle et l'accroche à un clou; au moment où on lui apporte son déjeuner, il passe la tête dans l'anse de la bretelle et se pend; il n'avait pas pensé à l'inintelligence du domestique chargé de lui apporter son repas. Cet homme se garde bien de dépendre l'enfant, il court chercher le proviseur. Quand celui-ci arrive en toute hâte, il était trop tard.

Je ne reviens pas sur les épidémies de suicide; je vous ai parlé longuement des jeunes filles de Millet et des invalides qui se pendaient dans leur guérite; il est inutile de nous y appesantir ici de nouveau.

Vous ne devrez pas tenir compte de ces faits, en tant que preuves, mais vous devez en être prévenus, vous devez vous souvenir qu'ils sont possibles.

Il faut également s'inquiéter des « commémoratifs ». Il existe des familles où l'on se pend de père en fils. Je connais une grande ferme près d'Étampes, où le grand-père s'est pendu laissant sept fils et quatre filles : sur ces onze enfants, dix se sont pendus, les petits-fils eux-mêmes se sont pendus; il ne reste qu'un survivant de cette famille, il a soixante-huit ans et il a dépassé l'âge où l'on se pendait dans sa famille.

Vous devrez vous informer s'il n'y a pas eu de tentatives antérieures de suicide. Ces tentatives antérieures peuvent être invoquées en faveur de l'hypothèse du suicide, mais on ne doit pas y ajouter trop d'importance, ce ne sont que des preuves d'ordre moral.

Enfin, il faut que vous puissiez expliquer au juge d'instruction, sinon dans votre rapport, du moins dans les conversations que vous aurez avec lui, l'étrangeté de certaines tentatives. Les alcooliques ont, sous ce rapport, une fertilité d'invention et une persistance dans l'idée vraiment étonnantes.

Lasègue a rapporté le fait suivant : C'était en 1848, peu après les journées de juin; un factionnaire était placé près du canal Saint-Martin; il entend du bruit près de sa guérite; il regarde et il trouve une femme prise de boisson, en train de se pendre au gond d'un volet de la maison contre laquelle était appuyée la guérite; il la chasse, la voit s'éloigner et tourner le coin d'une rue. A ce moment, elle essaie de se pendre au bouton d'une sonnette. Le concierge intervient et la chasse encore; elle se pend pour la troisième fois à l'autre extrémité de la rue et, cette fois-ci, elle n'est pas dérangée.

Chez l'alcoolique, en ivresse aiguë, la spontanéité d'une idée est remarquable; la mise à exécution de cette idée, à peine formée, suit immédiatement, sans qu'il ait seulement le temps de réfléchir. On trouve déjà cet état particulier chez l'homme légèrement gris : il amuse parce que ses saillies ont quelque chose d'imprévu et d'incohérent, qui provoque le rire. Chez l'alcoolique, l'idée du suicide ou même du crime surgit tout d'un coup, et l'acte est accompli sur l'heure, avec une férocité souvent extraordinaire, sans qu'il lui en reste un souvenir. Toutes les fois qu'en médecine légale vous vous trouverez en présence d'un acte incompréhensible, parce qu'il a été accompli sans raison et sans discernement, vous devrez songer à l'alcoolisme.

La pendaison est, du reste, un genre de suicide qui semble avoir été inventé à l'usage des alcooliques, des enfants et, en général, de toutes les personnes dont l'intelligence est bornée; la simplicité des procédés justifie cette préférence.

Un charcutier et sa femme réveillonnent très gaîment avec des amis; ils vont se coucher et, pendant que la femme se déshabille, son mari se pend.

Alors que j'étais interne à l'hôpital Saint-Antoine, je fus témoin du fait suivant, bien curieux. On dorait à ce moment les coqs du soubassement et les piques qui décorent la grille de la colonne de la Bastille. Tout autour du piédestal, on avait étendu, pour protéger le travail des doreurs, une tente en toile. Un individu se jette du haut de la colonne, tombe sur la toile, rebondit, est projeté sur le sol et, sans

s'être fait aucun mal dans sa chute, ramasse sa casquette, se relève et se sauve. On court après lui, on l'arrête; il dit qu'il est garçon marchand de vin, et on le relâche.

Cet homme était un alcoolique. Je fus témoin non de la chute, mais de l'arrestation. Quelques jours après, je fus fort étonné de le revoir, ici même, à la Faculté, en qualité de garçon d'amphithéâtre. Il est resté seize ans à la Faculté, il n'a plus fait de tentative de suicide. Je l'ai interrogé avec grand soin; il n'a jamais pu me dire pourquoi il s'était jeté du haut de la colonne de la Bastille; l'idée a surgi subitement dans son esprit, et il l'a exécutée aussitôt, sans se donner le temps de la réflexion.

UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE DU REIN

Par le docteur LAFOURCADE (de Bayonne),
Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Les kystes hydatiques du rein constituent une affection rare si on la compare aux localisations des échinocoques dans les diverses régions. C'est ainsi que Davaine trouve 30 kystes hydatiques dans les reins sur 566 cas ; Neisser, 80 sur 983, et Thomas, 2 sur 307. Pour ma part, j'ai opéré, depuis deux ans, 11 kystes hydatiques du foie, 1 kyste hydatique du tibia ; j'observe actuellement une femme atteinte de kyste du sommet du poumon droit, ouvert dans les bronches, coexistant avec un kyste hépatique (1), et je n'ai observé qu'un cas d'échinocoques du rein. C'est la raison pour laquelle je publie le fait suivant que j'ai opéré au mois de décembre 1895.

M. le docteur Guilbeau (de Saint-Jean-de-Luz) me présente une paysanne, âgée de quarante-huit ans, portant dans le flanc droit une tumeur qui a attiré l'attention de la malade, quatre mois auparavant, à la suite d'un traumatisme de cette région. La malade n'a eu aucune affection antérieure, son état général est excellent, et la tumeur n'a jamais réveillé la moindre douleur.

Il existe, dans le flanc droit, une tumeur du volume des deux poings, dont le bord interne est situé à deux travers de doigt de la ligne médiane, gagnant l'hypocondre et s'étendant jusqu'aux limites de la fosse iliaque. Cette tumeur est lisse, régulière, rénitente et elle suit les mouvements de la respiration. A la percussion, je constate une matité complète dans toute son étendue. Le bord interne de la tumeur n'est nullement sonore. La matité se continue sans interruption avec celle du foie.

Par le palper bimanuel, je m'aperçois que la tumeur se laisse refouler dans la région lombaire et arrive, par la pression, jusqu'au contact de la paroi abdominale postérieure. Pas de ballottement. Pas de frémissement hydatique.

La malade n'a jamais éprouvé de crises néphrétiques. Les urines ont toujours été normales.

Pas de troubles dyspeptiques, pas de douleur d'épaule. Rien d'anormal à la base de la poitrine; pas d'urticaire. La ponction à la seringue de Pravaz ramène du liquide eau de roche.

En présence des signes de cette tumeur, par suite de l'absence de sonorité sur son bord interne et au niveau du bord inférieur du foie, je penche plutôt vers un kyste du foie — kyste antéro-inférieur à cause de son prolongement par en bas. Cependant, la transmission de la région lombaire à la paroi abdominale me fait hésiter un peu, mais je venais d'observer, quelques jours auparavant, ce signe avec une très grande netteté pour un kyste hydatique du foie, qui m'avait été adressé par le docteur Elissagaray (de Sare).

D'ailleurs, le diagnostic n'avait pas une bien grande importance *au point de vue de l'indication opératoire*. Me trouvant en présence d'un kyste à prolongement abdominal, je devais l'aborder par la paroi antérieure de l'abdomen et le diagnostic positif de kyste du rein ne m'aurait nullement fait choisir la voie lombaire.

Opération le 18 *décembre* 1895. — Le docteur Guilbeau éthérise la malade; mon ami, le docteur Dutournier, m'assiste dans l'opération. Tous les soins antiseptiques étant pris, j'incise l'abdomen à un travers de doigt en dehors du bord externe du côté droit, dans une étendue de 15 centimètres environ. Le milieu de l'incision répond à la partie la plus saillante de la tumeur.

Le péritoine étant ouvert, je vois que le bord inférieur du foie est libre et descend sur la tumeur dans l'inspiration. L'exploration manuelle montre l'indépendance du foie et de la tumeur. D'ailleurs, le péritoine pariétal postérieur recouvre la tumeur et je l'incise dans l'étendue de 7 à 8 centimètres. Je décolle les bords de cette incision et ponctionne le kyste. Quand une certaine quantité de liquide eau de roche s'est écoulée, je puis saisir la poche avec des pinces de Museux au-dessus et au-dessous du trocart et l'attirer au-dehors. J'incise la poche qui contenait deux litres environ de liquide ne tenant pas de vésicules en suspension. J'enlève la vésicule-mère qui est appliquée sur la surface interne de la couche fibreuse du kyste.

Je détache en dehors les parois du kyste des parties voisines, et je tombe sur le bord externe de la substance rénale qui s'étend sur la poche. Le kyste se développe sur toute la face antérieure du rein.

Le rein gauche ne présente rien d'anormal.

Bien que la néphrectomie fût très facile, je préfère m'en tenir à la résection partielle de la poche et à sa fixation aux bords de l'incision. Dans cette suture, je prends la paroi du kyste, les péritoines pariétaux, antérieur et postérieur, la paroi abdominale et la peau.

Drainage. Sutures de la paroi abdominale au-dessus et au-dessous.

Les suites opératoires furent très simples. Le onzième jour, les sutures de la paroi sont enlevées. La réunion est parfaite. Le docteur Guilbeau raccourcit progressivement le drain, qui est complètement supprimé quatre mois après l'intervention. Actuellement, la guérison est parfaite.

Devais-je, au cours de l'opération, me laisser entraîner à une néphrectomie transpéritonéale, tentante par sa facilité, plutôt que de recourir à la marsupialisation? Je ne le crois pas, et j'estime que — sauf quelques cas exceptionnels — la néphrotomie avec fixation pariétale, soit par la région lombaire, soit par la voie abdominale, suivant la proéminence de la tumeur, doit être le traitement de choix, comme le dit M. Le Dentu.

La néphrectomie partielle ne pouvait convenir au cas présent, le kyste s'implantant sur toute la face antérieure du rein.

Quant à la *kystotomie para-péritonéale*, préconisée par quelques auteurs *au lieu de la kystotomie transpéritonéale*, je n'en vois guère la nécessité. Le péritoine peut être protégé suffisamment pour que l'on ait une sécurité absolue. A la rigueur, on peut, avant de ponctionner le kyste et de l'ou-

(1) Les kystes hydatiques sont très fréquents dans certaines parties du sud-ouest de la France. Le docteur Bourretère (de Dax) me disait que, pendant vingt-cinq ans, il en avait observé une quarantaine. Dans une commune des Landes, un praticien m'affirmait avoir, dans sa clientèle assez étendue, vingt-sept cas d'hydatides du foie.

vrir, suturer le péritoine postérieur au péritoine antérieur. L'opération para-péritonéale n'est acceptable que si, après ouverture du péritoine par une incision latérale, on constate des adhérences telles de l'intestin au-devant de la tumeur que l'on ne trouve un passage pour aborder le kyste. On pourrait alors prendre la lèvre externe du péritoine, la décoller de l'aponévrose du transverse et atteindre la tumeur en dehors du péritoine.

Dans les statistiques de Gross et de Brodeur, la néphrectomie transpéritonéale donne une mortalité de 50 p. 100 environ. Dans celle de Tuffier, du *Traité de chirurgie*, la mortalité est encore de 44 p. 100. Je sais bien que ces cas comprennent surtout les opérations pour tumeurs malignes et que nous manquons de bases pour juger la gravité de la néphrectomie spécialement appliquée aux tumeurs hydatiques. Mais la gravité de la néphrectomie sera toujours bien supérieure à celle de la kystotomie avec sutures à la paroi.

En outre, pourquoi supprimer un tronçon du rein qui peut-être fonctionne normalement? M. Bœckel lui-même ne conseille la néphrectomie que quand le rein est profondément altéré. Pour M. Pollosson « il ne doit pas toujours être facile de reconnaître le degré d'altération du rein. Aussi reste-il quelque obscurité sur l'opportunité de l'opération radicale dans tel et tel cas ». C'est ainsi que Vogt, après la néphrectomie, constata que la paroi du kyste était en grande partie constituée par du tissu rénal, dont les glomérules étaient normaux. M. Péan (*Leçons de clinique chirurgicale*, tome IV) dit : « Ponction de la tumeur ; nécessité d'attirer la poche, de l'exciser et de suturer les bords au dehors pour éviter la néphrectomie. »

Il ne s'ensuit pas, cependant, que la néphrectomie ne sera jamais pratiquée dans les kystes hydatiques du rein. Dans certains cas de tumeurs très volumineuses avec extirpation facile par la voie lombaire ou la voie abdominale, quand l'état général est si mauvais que le sujet ne pourra faire les frais de la suppuration de la poche fixée au dehors, quand la poche est trop friable pour pouvoir être suturée à la paroi, *la néphrectomie devient une opération de nécessité.*

Dans les cas de fixation antérieure suivie de fistule intarissable avec suppuration abondante, la néphrectomie sera encore indiquée, mais cette opération secondaire n'aura pas la gravité de la néphrectomie primitive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1896. — Présidence de M. Hervieux.

RAPPORTS

Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales. — M. Pozzi lit un rapport sur le mémoire que M. Duret (de Lille) a consacré à cette question.

Des dix observations de M. Duret, huit ont trait à des septicémies post-opératoires et deux à des cas de choc et hémorragies. M. Pozzi refait l'historique de cette question qu'il a déjà établi à propos d'une observation de Berlin (de Nice) à la Société de chirurgie. Il conclut que l'emploi des injections salines à haute dose est un puissant moyen de combattre diverses infections. Ce serait s'exposer à des mécomptes que de se laisser aller à de trop grandes espérances ; mais il suffit de quelques faits bien démontrés — et il y en a — pour engager à avoir recours à cette méthode.

Ces injections salines relèvent la pression intra-vasculaire, excitent la fonction phagocytaire et facilitent l'élimination des toxines. Le meilleur liquide à injecter paraît être la solution de chlorure de sodium à 10 p. 1000. La voie intra-veineuse dans les cas d'extrême urgence, la voie hypodermique à doses répétées dans les cas ordinaires, pourront être employées; on peut injecter jusqu'à 2 et 3 litres en vingt-quatre heures.

DISCUSSION

M. Reclus a employé récemment les injections intraveineuses d'eau salée dans un cas de rage confirmée.

Il s'agit d'un enfant de quatorze ans, mordu à la face quinze jours auparavant par un chien enragé. Il venait des Basses-Pyrénées où il règne, en ce moment, une véritable épidémie de rage. Il avait suivi le traitement de l'Institut Pasteur, un peu tardivement il est vrai, car il avait dû attendre quatre jours l'arrivée de papiers administratifs avant de partir pour Paris. Considéré comme guéri, il a été envoyé dans le service de M. Reclus dans le but de corriger, par une autoplastie, une cicatrice vicieuse de la face. Comme M. Ricochon a signalé des réveils de rage guérie à la suite de traumatismes, M. Reclus fit demander à l'Institut Pasteur si le traitement suivi par le malade était une contre-indication à l'opération. La réponse étant négative, l'enfant fut opéré; le lendemain même de l'opération, il fut pris de crises convulsives rabiques.

M. Delbet pratiqua une injection intra-veineuse de 1300 grammes d'eau salée ; M. Reclus espérait obtenir un résultat heureux comme M. Tuffier dans des cas de tétanos ; l'enfant, agité et anxieux avant l'injection, se trouva mieux immédiatement, s'apaisa et s'endormit. Mais, deux heures après, il était mort.

M. Lucas-Championnière a pratiqué des injections sous-cutanées de sérum artificiel, mais s'il a obtenu de beaux résultats dans les cas de choc et d'anémie aiguë, dans les cas de septicémie les effets ont été nuls. Lorsqu'on a incriminé la septicémie parce qu'il existait de la fièvre, des phénomènes généraux graves post-opératoires, il n'est pas prouvé qu'il y eût réellement septicémie. L'encombrement intestinal, l'ébranlement nerveux, etc., donnent lieu à des accidents dont la disparition est parfois rapide.

M. Péan a employé comparativement les injections intraveineuses et les injections sous-cutanées. Il a obtenu des résultats beaucoup plus sûrs avec ces dernières. Elles sont moins dangereuses.

M. Pinard se rallie à l'opinion de M. Championnière. Il a toujours eu des succès avec les injections de sérum artificiel dans le cas d'hémorragie ; mais, pour la septicémie, il faut attendre de nouvelles observations. En effet, les expériences de MM. Dastre et Loye ont montré que, chez des animaux soumis à des intoxications, le lavage du sang était absolument inefficace.

M. Pozzi fait observer que les expériences de MM. Dastre et Loye ont trait à des cas tout à fait différents des conditions où on se trouve en clinique. Les expérimentateurs injectaient dans les veines et dans des conditions de pression, de vitesse, très spéciales, des quantités considérables de liquide; l'animal était transformé en une sorte de filtre vivant et résistait peu de temps à ce traitement. L'injection sous-cutanée de quantités peu considérables de liquide, mais à plusieurs reprises, est tout autre chose. M. Pozzi affirme que, dans un cas de septicémie post-opératoire, il a assisté à une véritable résurrection.

M. Championnière ne peut que répéter ce qu'il a observé et mettre les cliniciens en défiance contre les remarquables résultats attribués à l'injection de sérum artificiel. Si, dans les cas d'anémie aiguë, on ne doit pas hésiter à employer ce moyen, il ne faut pas, dans les accidents septicémiques,

obéissant à un enthousiasme exagéré, croire à une action très efficace et négliger les autres moyens de relever l'état général.

M. POZZI croit, au contraire, que, dans les septicémies commençantes, et en réalité les accidents septicémiques ne sont pas si rares qu'on le dit, on ne saurait trop encourager la pratique des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Sans prétendre que ce moyen soit une panacée, il est réellement assez efficace, inoffensif et facile, pour que l'hésitation ne soit plus permise. La meilleure solution est la solution préconisée par Malassez à 10 grammes de chlorure de sodium pour 1 litre d'eau bouillie stérilisée.

M. PINARD trouve paradoxaux les excellents résultats que donneraient les injections d'eau salée dans les septicémies. Tandis que, pour les hémorragies, l'expérimentation et la clinique sont d'accord pour affirmer l'action favorable de ces injections, c'est tout le contraire pour la septicémie. Les expérimentateurs n'arrivent pas à guérir les animaux infectés par le lavage du sang complet; il serait incompréhensible que l'on guérît les malades en faisant encore moins, puisqu'on ne fait qu'un lavage de sang incomplet. Les cas de résurrection apportés par différents auteurs concernaient-ils tous des faits de septicémie confirmée et les femmes étaient-elles véritablement sur le point de mourir? Les injections sous-cutanées, moins dangereuses, sont aussi actives que les injections intra-veineuses.

M. POZZI reconnaît qu'on peut reprocher aux injections intra-veineuses d'avoir produit, dans quelques cas d'anémie absolue, un œdème aigu du poumon par augmentation brusque de la pression sanguine. Dans les injections sous-cutanées, le relèvement de la pression se limite de lui-même. Toutefois, il y a des cas de collapsus cardiaque où il est nécessaire d'agir vite; il semble qu'alors l'injection intra-veineuse agisse en excitant l'endocarde et en réveillant la contractilité du cœur.

M. PORAK a employé souvent avec succès les injections sous-cutanées d'eau salée dans les hémorragies graves et même dans les éclampsies. Il en a fait une seule fois dans la septicémie, sans succès : il s'est produit une eschare au point de l'inoculation.

M. CHAMPIONNIÈRE pense qu'il est nécessaire de réagir contre l'engouement qu'on cherche à créer en faveur des injections salées. Il n'est pas prouvé qu'elles agissent contre la septicémie et qu'elles ne sont pas inoffensives. On a signalé des élévations brusques de température dans l'heure qui les suit. Aussi est-il effrayé quand il lit des observations où l'on a injecté 6, 8, 14 litres de liquide. La diurèse intense qui s'observe n'est pas elle-même sans inconvénient. Elle résulte d'une congestion intense du rein. La même congestion intense peut se produire du côté des poumons et a parfois hâté la mort.

M. DUMONTPALLIER a assisté autrefois à un engouement semblable, à propos de la transfusion du sang. Il a fallu ensuite en revenir.

M. PINARD trouve les résultats des injections salées merveilleux en cas d'hémorragie grave. De 1882 à 1893, on perdait à la clinique Baudelocque toutes les femmes qui étaient amenées en état d'anémie aiguë par hémorragie. Depuis 1893, avec les injections sous-cutanées de sérum, sur 17 femmes amenées en anémie aiguë, aucune n'est morte. Chez plusieurs, le réflexe cornéen était aboli. On n'a jamais eu besoin d'injecter plus de 1400 grammes en vingt-quatre heures.

M. TARNIER est convaincu que, sans les injections de sérum, il aurait perdu par hémorragie trois ou quatre femmes en plus. Ces femmes étaient, pour ainsi dire, mortes; on faisait une injection de sérum et la vie semblait revenir à mesure qu'on injectait.

Quant à l'influence de ces injections dans la septicémie, il ne peut l'apprécier, car il ne les a jamais employées dans ce cas. Mais la guérison spontanée de la septicémie s'observe plus fréquemment qu'on ne pense aujourd'hui. Autrefois, on voyait des femmes profondément infectées guérir toutes seules. Il ne faut donc pas attribuer aux injections de sérum des effets qui n'appartiennent qu'à la nature elle-même.

M. PÉAN pense que les injections salées sous-cutanées sont merveilleuses dans les hémorragies et peuvent être employées dans les septicémies comme un adjuvant utile. Quant aux injections intra-veineuses, les merveilleux succès annoncés sont restés isolés et il vaut mieux en revenir aux simples injections sous-cutanées.

Les huîtres et la fièvre typhoïde. — **M. CORNIL** lit un rapport sur une communication de M. Chantemesse (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 653) relative aux huîtres dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. Après avoir étudié les conditions hygiéniques nécessaires pour établir l'innocuité des huîtres, le rapporteur pense que le séjour de quelques jours dans l'eau de mer pure suffit pour que l'animal rejette au dehors toutes les particules nocives qu'il peut contenir.

Il conclut que :

« La consommation des huîtres ayant séjourné dans un parc dont l'eau est polluée peut déterminer des accidents gastro-intestinaux et même la fièvre typhoïde avec ses graves conséquences.

L'Académie émet le vœu que l'autorité compétente fasse surveiller l'aménagement des parcs du littoral, ainsi que les importations étrangères, et exiger que les huîtres provenant de localités reconnues contaminées soient placées, pendant huit jours avant leur vente, sur un point de la côte baigné par de l'eau de mer pure. »

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE

De la dilatation de la glotte dans les spasmes laryngiens et dans le croup en particulier. — **M. GLOWER** lit, en son nom et au nom de M. Variot, une étude clinique qu'il résume ainsi :

1° Dans quelques cas, la dilatation de la glotte dans le croup permet d'éviter le tube à demeure.

2° L'intubation elle-même, envisagée comme une méthode dilatatrice, devient un procédé chirurgical plus pratique, qui évite presque généralement le rejet spontané des tubes et abrège la durée de leur séjour, diminue les chances d'ulcération du larynx et de rétrécissement organique consécutif au tubage prolongé et aux nombreux retubages successifs.

PRÉSENTATION

Myosite progressive ossifiante. — **M. FOURNIER** présente, de la part de MM. Oudin et Barthélemy, des photographies par rayons Röntgen des masses musculaires dans un cas de myosite progressive ossifiante.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'électrothérapie oculaire (1), par le docteur P. PANSIER (d'Avignon), avec une préface du docteur E. VALUDE, de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Exposer les différentes applications de l'électricité en oculistique, préciser les conditions et modes d'application du courant, tel a été le but de l'auteur. Il s'est tenu d'ailleurs

(1) In-12. Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

sur un terrain essentiellement clinique, désireux de faire un travail qui s'adresse aux praticiens.

Dans la première partie, l'auteur fait l'historique complet de la question : « Ce sont là des pages, dit M. Valude dans sa préface, qu'aiment à lire ceux qui s'intéressent au côté artistique d'un travail. »

La deuxième partie comprend l'électrothérapeutique proprement dite. Après avoir exposé les notions techniques d'électricité médicale indispensables, l'auteur résume nos connaissances en électrophysiologie oculaire. Il passe ensuite en revue les différentes affections oculaires dans lesquelles l'électricité a été appliquée avec plus ou moins de succès. Leur nombre est considérable; cependant un chapitre spécial est consacré à l'étude de chaque affection. L'auteur s'est surtout appliqué à donner des indications précises sur la technique opératoire.

La troisième partie traite de la galvanocaustique chimique, de l'électrolyse. Depuis le xanthélasma jusqu'au décollement de la rétine, multiples sont les affections où l'on a eu recours à la galvanocaustique chimique.

Dans la quatrième partie, la galvanocaustique thermique, l'auteur passe rapidement en revue les principales applications du galvanocautère en oculistique.

La cinquième partie a trait à l'emploi de l'aimant en chirurgie oculaire pour l'extraction des corps étrangers métalliques de l'œil.

Ce court exposé permet de voir que le sujet a été traité aussi complètement que possible, ajoutons que chaque chapitre est suivi d'un index bibliographique et que des figures appropriées complètent et rehaussent l'intérêt de l'ouvrage.

Maladies des voies urinaires. Séméiologie (1), par le docteur P. Bazy, chirurgien en chef des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie.

Ce volume fait suite à celui qui a déjà paru : « Exploration et traitement d'urgence. » Quoique ayant surtout pour but de s'occuper de la séméiologie des maladies urinaires, on y trouve de fréquentes applications au traitement de ces maladies.

La forme adoptée le rend essentiellement pratique, puisque l'auteur part d'un symptôme et surtout d'un symptôme important pour arriver au diagnostic de la lésion et de la maladie. A ce point de vue, le livre sera plus utile qu'un traité didactique des maladies des voies urinaires qui ne peut guère servir au praticien aux prises avec les difficultés de la clinique.

Le livre est divisé en deux parties principales. Dans la première partie, on étudie les symptômes considérés en dehors de la miction ; dans la deuxième, les symptômes liés à la miction.

Symptômes extra-mictionnels : écoulements, dont la séméiologie a reçu de longs développements; symptômes douloureux : parmi eux, la colique néphrétique, dont la valeur séméiologique est longuement étudiée. A ce propos, l'auteur étudie les différents modes de palpation du rein et leur valeur; les accidents d'intoxication ou d'insuffisance urinaire et les accidents infectieux dont il résume les idées qu'il a eu l'occasion d'exposer autrefois à la Société de chirurgie et dans les *Archives de médecine*.

Ces symptômes mictionnels comprennent les différentes modalités de la miction : fréquence, douleur, difficulté, absence (rétention absolue, évacuation incomplète ou stagnation).

Ces symptômes comprennent en outre les modifications de l'urine : 1° dans la quantité, polyurie ou oligurie et anurie, anurie vraie par défaut de sécrétion et anurie par rétention uretéro-rénale; 2° dans l'aspect, urines troubles par présence de sel; urines jumenteuses ou de pus, pyurie; 3° par la présence de sang, hématurie. L'hématurie est longuement étudiée dans ses caractères : hématurie initiale, terminale, totale ; et sa valeur séméiologique si grande est déduite de ces caractères. A côté de ces symptômes sont groupés ceux dont l'importance est moindre, mais qui peuvent apporter leur appoint au diagnostic.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Gauthier-Villars.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date des 27 et 28 juin 1896, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Balhadère, membre du Conseil général des Landes, et Lemée, médecin en chef de l'hôpital Saint-Sever.

— Par décision ministérielle, en date du 21 juin 1896, le médecin militaire dont le nom suit, qui a fait partie du corps expéditionnaire de Madagascar, a été inscrit à son rang d'ancienneté sur le tableau d'avancement établi à la suite de l'inspection générale de 1895 :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — M. Kaufmann, médecin-major de deuxième classe.

— La seconde épreuve du concours de médecins des hôpitaux est terminée. Sont déclarés admissibles : MM. Lesage, Courtois-Suffit, Boulloche, Teissier, de Gennes, Le Noir, Méry, Legry, Renault et Gallois. MM. Besançon, G.-C. Lion, Souques, Thiroloix et Parmentier sont *ex æquo* avec le dernier admissible.

— M. le docteur Durand est nommé chef de clinique adjoint d'obstétrique près la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Mme Félix Faure a inauguré l'hôpital que l'Association des Dames françaises a fait construire à Auteuil, 93, rue Michel-Ange.

— La Société philanthropique a inauguré le « Dispensaire-hôpital chirurgical », pour la fondation duquel M. Jules Gouin a consacré une somme de 1 200 000 francs.

— M. le docteur Le Bart (de Caen) vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe, pour le dévouement qu'il a déployé en combattant un violent incendie à Saint-Aubin-sur-Mer, le 15 août 1895.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Leroux (de Corbeny).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée, de Paris a Orléans et du Midi. — *Excursion aux Gorges du Tarn* (organisée avec le concours de l'agence Desroches, du 9 au 19 juillet 1896). — Itinéraire : Paris, Villefort, Bagnols-les-Bains, Mende, Ispagnac, Sainte-Enimie, Le Rozier, Dargilan, Camprieu, l'Aigoual, Montpellier-le-Vieux, Millau, Neussargues, Arvant, Paris.

Prix : 1re classe, **300 francs**; 2e classe, **250 francs**.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer; 2° le transport en voitures, bateaux, les repas, etc., sous la responsabilité de l'agence « Desroches ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux succursales de cette Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude sur le goitre exophtalmique.

Par M. MAURICE-FAURE, interne à la Salpêtrière.

La diversité des opinions touchant la nature du goitre exophtalmique et la constance du rapport qui unit la thérapeutique et la pathogénie de cette affection, démontrent la nécessité de reprendre l'étude de ce chapitre de la pathologie.

D'autre part, la multitude des faits nouveaux a rendu les études anciennes incomplètes ; et les études récentes soutiennent, avec des probabilités égales, des thèses variées, et qui prétendent s'exclure.

Nous voudrions montrer l'état de nos connaissances sur cette question. Pour cela, il est nécessaire de suivre, dans l'histoire, l'évolution du goitre exophtalmique. Nous comprendrons mieux les conceptions actuelles quand nous les aurons vues se former; et, peut-être, nous sera-t-il possible de distinguer les résultats désormais immuables, des théories incertaines que chaque époque emporte ou reconstruit (1).

I

Il est une période de l'histoire du goitre exophtalmique qui s'étend jusqu'à 1825 : on observe les symptômes de cette affection, mais personne ne les groupe en un syndrome distinct des maladies connues. C'est, à la vérité, une époque préhistorique.

Parry écrit alors l'observation d'une malade atteinte d'une cardiopathie d'origine rhumatismale, avec palpitations, tachycardie, arythmie : « Une saillie du corps thyroïde apparut au niveau du cou et atteignit des dimensions excessives. Les artères carotides étaient distendues, les yeux saillants hors de leurs orbites, l'aspect général celui d'une agitation et d'une anxiété singulière. Les règles s'étaient supprimées. C'est là une maladie que j'ai vue cinq fois coïncider avec une dilatation apparente du cœur et qui, je pense, n'a pas été signalée sous ce rapport par les écrivains médicaux. » Nous sommes donc redevables à Parry de la première description du goitre exophtalmique.

Dix ans plus tard, Graves, sans connaître, semble-t-il, les lignes écrites par son prédécesseur, fit de cette affection une peinture à peu près semblable.

Comment ces premiers observateurs avaient-ils conçu la nature de cette maladie nouvelle? Aucun ne supposa qu'il s'agissait peut-être d'une forme particulière de goitre. Ce fut, pour eux, un groupe de symptômes dus aux troubles de la circulation, dont la cardiopathie coexistante était la cause. Stokes lui consacra, peu de temps après, un chapitre de son *Traité des maladies du cœur*, et, en l'absence de maladie organique de cet organe, le goitre exophtalmique devint une névrose du cœur.

Cette pathogénie de la maladie de Graves laissa en Angleterre, puis en France, un long écho ; et Germain Sée, en 1879, admettait à peu près les conclusions de Stokes. D'ailleurs, on constata quelquefois, à l'autopsie, des lésions valvulaires du cœur. Mais le nombre, de plus en plus grand, d'observations cliniques et anatomo-pathologiques dans lesquelles il n'y eut point de cardiopathies fit disparaître peu à peu cette conception.

En 1840, Basedow publia un mémoire qui vulgarisa, en Allemagne, la connaissance de la maladie de Graves, et l'isola, pour la première fois, de toute affection cardiaque. Basedow envisagea cette entité morbide comme une maladie générale due à un état d'infériorité du sang et des milieux intérieurs. Cette dyscrasie, assez analogue à la chlorose, engendrée par certains états d'appauvrissement héréditaire, et notamment par la scrofule, produisait des troubles de la circulation dont la manifestation clinique était le groupe de symptômes qui porte le nom de maladie de Basedow. Cette idée pathogénique se continua en Allemagne, et, actuellement encore, elle y est représentée.

En France, ce fut Charcot qui, le premier, connut et étudia le goitre exophtalmique. Il vit que cette affection avait, dans l'histoire héréditaire et personnelle des malades, les mêmes relations que les maladies du système nerveux sans lésions anatomiques connues; qu'elle se conduisait, en tout point, comme ces maladies, et que, par suite, il y avait tout lieu de penser qu'elle devait être classée dans le groupe des névroses. Ainsi, il lança l'histoire du goitre exophtalmique dans une voie nouvelle. Trousseau s'y engagea, et fit, de la maladie de Graves ainsi conçue, une description qui resta

(1) Le défaut de place ne nous a pas permis d'insérer les indications bibliographiques trop nombreuses qui ont trait à cet historique.

classique ; elle devint une névrose de l'appareil de la circulation.

Le goitre, l'exorbitis, l'excitation, furent l'expression de congestions du corps thyroïde, des vaisseaux de l'œil, de l'encéphale ; congestions dont le mécanisme était analogue à celles qui se produisent dans les plantes et chez les animaux sous l'influence de causes physiologiques, comme la puberté ou le rut, ou de causes pathologiques, comme l'asthme ou l'inflammation.

Trousseau ayant trouvé, lors d'une autopsie, des lésions des ganglions cervicaux du sympathique, n'hésita pas à expliquer par elles la tachycardie, et à faire du grand sympathique, nerf principal de la circulation, le siège de la névrose basedowienne.

Dès lors, les faits qui démontrèrent que le goitre exophtalmique affectionnait le terrain névropathique et qu'il s'alliait fréquemment aux maladies nerveuses, devinrent de plus en plus nombreux, et cette affection entra, pour n'en plus sortir, dans la famille des névroses. Mais la localisation qu'avait choisie Trousseau eut une fortune différente.

Les autopsies et les expérimentations qui eussent pu en confirmer l'exactitude, restèrent d'une excessive rareté. D'autre part, l'on remarquait que la symptomatologie basedowienne appelait souvent l'idée de localisation bulbaire. On y observa de la glycosurie, des troubles thermiques, des troubles sécrétoires, dont on était habitué à chercher l'origine dans le bulbe ; la tachycardie elle-même pouvait être d'origine bulbaire. Du reste, l'on vit le goitre exophtalmique s'allier aux maladies du bulbe, de la moelle cervicale : le tabès, les paralysies des nerfs bulbaires, le diabète, etc.

Aussi, lorsque les autopsies, muettes sur les lésions du sympathique, montrèrent des lésions (congestions, hémorragies, scléroses, tumeurs) du bulbe et du quatrième ventricule, chez des basedowiens, l'on vit naître une forme nouvelle de la théorie de Charcot, et celle-là, jusqu'ici, est restée définitive.

Trumet de Fontarce prononça le nom de névrose bulbaire. Alors M. Rendu reprit toute cette étude. Il fit disparaître, devant des arguments précis, les théories cardiaques, sanguines et sympathiques du goitre exophtalmique et attribua cette affection à un trouble fonctionnel de la moelle cervico-bulbaire. Les faits auxquels je viens de faire allusion n'étaient point tous connus, et ils n'apportèrent que peu à peu leur confirmation à cette hypothèse. M. Rendu précéda donc ici la marche des idées avec un tel bonheur, qu'il se trouva avoir dit la vérité pendant vingt ans.

Il fit, en effet, un accord presque parfait parmi ceux qui savaient déjà que la maladie de Basedow était une névrose, et, depuis, les modifications qu'on a apportées à sa formule furent peu importantes. M. Raymond dit : « Névrose bulbo-protubérantielle » ; Gauthier dit : « Névrose bulbaire devenant vaso-motrice généralisée » ; Von Budde dit : « Névrose bulbaire s'étendant ensuite à l'encéphale tout entier », etc.

Nous allons abandonner ici l'évolution de cette première pathogénie du goitre exophtalmique, car sa forme la plus parfaite est atteinte. Des conceptions très différentes vont nous arrêter maintenant.

II

Jusqu'ici, le goitre n'a été que le symptôme de la congestion thyroïdienne. Trousseau l'a dit, et, dans les descriptions auxquelles nous avons fait allusion, nous n'eussions trouvé que l'exagération de volume des vaisseaux thyroïdiens pour exprimer l'anatomie pathologique du goitre exophtalmique. Tout au plus, l'altération des parois des vaisseaux vient-elle s'y ajouter, de sorte que le goitre vasculaire est parfois un anévrysme cirsoïde. Cette nécessité du goitre vasculaire, dans la maladie de Graves, est si bien entrée dans les esprits que Duhamel fait, de la présence d'une autre forme de goitre, un signe différentiel entre la vraie maladie de Basedow et les aspects cliniques qui la peuvent simuler. Lorsque, dans les rares autopsies où l'on se préoccupa de l'état du corps thyroïde, on fut en face de profondes lésions de la glande elle-même, ou bien on les attribua à la coexistence fortuite d'un goitre simple, ou bien on supposa qu'elles étaient secondaires à la congestion prolongée.

Nous allons voir ce goitre prendre une existence anatomique beaucoup plus développée, devenir une lésion du parenchyme thyroïdien et, en même temps, prendre dans l'histoire de cette maladie une importance si grande, que l'on se demandera si ce n'est pas lui qui est la maladie elle-même.

Des chirurgiens qui avaient lutté par des cautérisations, des ponctions, ou même par l'ablation, contre des goitres suffocants, furent surpris de voir disparaître, avec le goitre, des symptômes concomitants de maladie de Basedow. M. Tillaux, restant en cela dans la tradition de son époque, supposa que la compression exercée, sans doute, par un goitre volumineux sur les sympathiques et pneumogastriques cervicaux, suffisait pour expliquer les symptômes basedowiens qui accompagnaient le goitre et disparaissaient avec lui. Névrose ou compression, la cause de la symptomatologie restait toujours dans le domaine de la pathologie nerveuse. D'autre part, on croyait, à cette époque, que le corps thyroïde jouait le rôle d'un réservoir de sûreté, annexé à la circulation cérébrale ; de la sorte, ses variations de volume pouvaient entraîner des troubles dans les fonctions de l'encéphale. Puis, l'on s'avisa que le goitre exophtalmique apparaissait fort souvent au moment d'une perturbation physiologique ou pathologique des organes génitaux de la femme. D'autre part, l'on trouva très rare qu'un goitre exophtalmique préétabli ne fût pas influencé grandement par les modifications génitales, qu'il en fût amélioré, comme le crurent Charcot et Trousseau, ou qu'il en fût aggravé comme on le supposa par la suite. Or, une relation de même nature existait déjà, basée sur des observations nombreuses, entre le goitre simple et les fonctions génitales de la femme. Goitre exophtalmique et goitre simple étaient, du reste, des maladies presque exclusivement féminines : ce qui donna à penser que, peut-être, il y avait, entre ces deux formes de goitres, des rapports plus nombreux qu'on ne l'avait supposé. Les observateurs prévenus s'assurèrent bientôt qu'il n'était pas rare de les voir coexister sur le même malade, ou de voir apparaître le goitre exophtalmique dans des familles ou dans des pays de goitreux.

Enfin, une remarque inattendue vint définitivement rattacher la maladie de Basedow à l'altération de la glande thyroïde. Une affection qui, au début de son histoire, était bien éloignée de toute la pathologie thyroïdienne et qui, par la suite, y était venue prendre une place importante, le myxœdème, fut rencontré plusieurs fois en rapport avec le goitre exophtalmique. C'en était assez désormais, et Möbius émit nettement cette idée : la lésion du corps thyroïde et le trouble fonctionnel qui en est la conséquence sont les causes des symptômes basedowiens.

En France, M. Renaut (de Lyon) pensa le premier que le goitre exophtalmique était une perturbation nerveuse sous la dépendance du malfonctionnement de la glande thyroïdienne. Puis M. Joffroy rappela les arguments que je viens d'exposer, fit remarquer que l'altération anatomique de la thyroïde était la seule lésion constante que les autopsies de basedowiens aient pu jusqu'ici révéler, et posa définitivement cette conception nouvelle du goitre exophtalmique, dans laquelle l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie étaient entièrement changées.

Les preuves, accumulées habilement par M. Joffroy, s'accrurent et s'assurèrent par la suite. Puis un nouvel ordre de faits vint s'y ajouter.

En faisant absorber à des myxœdémateux des doses trop élevées de suc thyroïdien, les médecins anglais observèrent des accidents d'intoxication qui rappelaient le tableau du goitre exophtalmique. D'autres avaient remarqué que les symptômes du myxœdème et de la maladie de Basedow n'étaient que des variétés différentes d'un même type. Or, les recherches des physiologistes, à propos de la pathogénie du myxœdème, permettaient de concevoir le corps thyroïde comme une glande vasculaire sanguine, dont le fonctionnement normal était indispensable à l'équilibre de la nutrition. La suppression de cette fonction aboutissait à la production du myxœdème. Möbius admit, le premier, que le goitre exophtalmique était produit, au contraire, par l'exagération de cette sécrétion. Ainsi s'expliquait l'antagonisme facile à établir entre les symptômes de même ordre de l'une et l'autre affection; ainsi s'expliquaient les améliorations qui avaient suivi les ablations de la glande; les observations assez nombreuses où les symptômes de goitre exophtalmique avaient précédé l'apparition du myxœdème; enfin, l'apparition des signes de maladie de Basedow au cours du traitement par le corps thyroïdien.

MM. Marie, Béclère, Ballet se rallièrent à cette théorie et l'appuyèrent d'observations et d'expérimentations nouvelles. Leur effort porta sur la production expérimentale, chez l'homme et chez les animaux, du syndrome basedowien par l'intoxication thyroïdienne, qu'ils voulaient rendre aussi incontestable que l'apparition du myxœdème après l'ablation complète de la thyroïde.

Mais cette opinion très précise fut bientôt contredite par les faits. On vit coexister le myxœdème et le goitre exophtalmique; on vit des malades atteintes de basedowisme améliorées et guéries par l'ingestion de suc thyroïdien. Il fallut chercher une autre explication. Ce fut M. Renaut (de Lyon) qui la présenta, appuyée sur l'examen histologique du goitre (1). Il montra que le parenchyme thyroïdien, constamment altéré, ne pouvait donner lieu à une sécrétion normale, et que, s'il y avait viciation quantitative, il y avait aussi viciation qualitative de la fonction thyroïdienne. Cette sécrétion, anormale dans sa composition et dans sa dose, devait produire des phénomènes d'intoxication dont l'ensemble constituait la maladie de Basedow. Cette altération du parenchyme pouvait être l'œuvre d'une maladie locale (thyroïdite aiguë ou chronique, goitres); elle pouvait être aussi l'œuvre d'un trouble de la circulation ou de la sécrétion thyroïdienne, dépendant lui-même du système nerveux. Cette explication convenait ainsi à tous les faits.

Nous pouvons donc terminer cette revue rapide par cette conclusion :

Toutes les idées pathogéniques que nous avons vues naître au cours de l'histoire du goitre exophtalmique sont venues se ranger dans deux séries distinctes. En parcourant la première, on est admis à penser que la maladie de Graves est sans doute une névrose, et que les symptômes qui la caractérisent viennent de ce que cette névrose frappe surtout la région bulbaire de l'axe nerveux. En parcourant la seconde, on apprend que cette même maladie est probablement sous la dépendance d'une altération de la glande thyroïdienne, et que ses symptômes ne sont que l'expression choisie par l'organisme pour traduire le trouble de la sécrétion de cette glande (1).

Ces deux idées terminales sont les seules dont nous devons nous préoccuper, car nous avons vu disparaître toutes les autres pendant que celles-là se développaient. Puis donc qu'elles se présentent seules, rivales et contradictoires, nous avons le devoir de les examiner minutieusement, en les supposant telles que les pourrait formuler maintenant un partisan convaincu de l'une ou de l'autre.

III

La première théorie est faite de deux idées :

1° Le goitre exophtalmique est une névrose;

2° Le siège de cette névrose, ou, en d'autres termes, le centre nerveux, dont l'altération provoque l'apparition du syndrome basedowien, est dans le bulbe.

Examinons la première de ces deux idées.

Le goitre exophtalmique est une névrose. Cette affirmation repose sur plusieurs séries d'arguments.

Première série. — Les relations héréditaires du goitre exophtalmique avec les névroses et l'arthritisme sont très fréquentes (2). D'autre part, il apparaît surtout chez les

(1) Voyez Congrès de Bordeaux, juillet-août 1895. M. Renaut a constamment observé le retour à l'état fœtal du parenchyme central des lobules thyroïdiens, retour qui s'accompagnerait nécessairement de la réapparition, dans les mêmes points, de la sécrétion thyroïdienne fœtale, laquelle diffère assez de la sécrétion de l'adulte, pour expliquer les phénomènes d'intoxication. Cette modification régressive du centre du lobule serait due à la disparition, en ce point, des vaisseaux lymphatiques qui servent de conduits excréteurs. Par contre, ces vaisseaux persistant à la périphérie du lobule, la sécrétion normale y continuerait en quantité suffisante pour empêcher, habituellement, l'apparition du myxœdème. Ces altérations du centre du lobule seraient dues à la suractivité fonctionnelle prolongée, suractivité que toutes les causes d'excitations de la thyroïde pourraient d'ailleurs produire (névrose ou lésion des centres sécrétoires ou circulatoires de la glande, thyroïdite, goitre, etc.). Donc, deux stades dans toute maladie de Basedow : le stade d'hyperactivité fonctionnelle, qui s'accompagnerait de quelques symptômes de basedowisme, et le stade de lésion constituée qui entraînerait la symptomatologie entière. C'est le premier stade, seul, que l'intoxication thyroïdienne expérimentale pourrait réaliser; c'est ce stade encore qui aurait été suivi d'apparition de goitre chez les chiens hyperthyroïdisés par Ballet. C'est le deuxième stade, au contraire, qui constituerait habituellement les maladies de Basedow; ce qui permettrait d'expliquer à la fois les ressemblances et les différences de ces deux états très voisins, mais non identiques.

(1) Quelle est la nature de ce trouble? — C'est là un point que nous considérons comme n'étant pas élucidé. — Actuellement, la plupart des auteurs qui croient au rapport nécessaire d'une lésion thyroïdienne et du syndrome de Basedow, admettent la théorie de l'hyperthyroïdisation, sans tenir aucun compte des quelques faits qui la contredisent. Quant à l'opinion de M. Renaut, qui n'est contredite par aucun fait, elle repose sur des examens si minutieux et sur des interprétations si complexes, que l'on se tient encore vis-à-vis d'elle sur la réserve.

(2) Cette notion, introduite dans l'histoire des goitres par Charcot (1856), fut confirmée très souvent depuis. Voyez Trousseau, Cheadle (*St-Georges hosp. Rep.*, 1875, VII)); Mackensie; Pepper (*New-York Med.*

femmes, et, si on l'observe quelquefois chez les jeunes garçons (1), il est très rare chez l'homme (2). Ce sont là des observations d'une vérité incontestable, à la condition qu'on ne veuille point les appliquer à *tous* les cas de goitre exophtalmique. S'il est vrai que, souvent, l'hérédité et le terrain de la maladie de Basedow sont les mêmes que ceux des névroses, il n'en est pas *toujours* ainsi.

Deuxième série. — La coexistence chez le même individu, à la même époque ou à des époques différentes, du goitre exophtalmique et des autres névroses, est fréquente (3); ce qui s'explique aisément si l'on tient compte que ces graines poussent sur le même terrain.

Troisième série. — La présence des signes habituels des névroses dans la symptomatologie du goitre exophtalmique, et la présence des signes habituels du goitre exophtalmique dans la symptomatologie des névroses, est fréquente aussi. En d'autres termes, la symptomatologie du goitre exophtalmique ressemble à celle des autres névroses.

Avant d'admettre cette proposition, il convient de remarquer que, pendant longtemps, on a décrit des symptômes d'hystérie, d'épilepsie, de manies, dans la maladie de Basedow (4). Récemment encore, l'on y rencontrait des délires de toute espèce. Cela évidemment contribuait beaucoup à accroître la ressemblance de cette maladie avec les autres maladies psychiques. Mais, peu à peu, on comprit que si, parfois, à l'occasion d'un goitre exophtalmique, des névroses et des psychoses s'étaient fait jour, le tempérament et l'hérédité du malade devaient être accusés plus encore que le goitre (5). Ceci fut démontré, lorsqu'on vit ces mêmes sujets laisser réapparaître psychoses et névroses à l'occasion de tout autres accidents [maladies infectieuses, grossesse, etc. (6)].

Si, d'autre part, on vit quelques-uns des symptômes habituels de la maladie de Basedow figurer dans le tableau d'autres névroses (7), on se souvint fort à propos que nos organites ne possèdent qu'un bien petit nombre de réactions en face d'un nombre infini de réactifs, et que l'on ne pouvait conclure fermement à l'identité des causes des deux maladies, parce qu'elles avaient quelques signes communs. Ainsi restreinte, la ressemblance clinique du goitre exophtalmique et des névroses doit être admise.

Quatrième série. — L'évolution même du goitre exophtalmique vient fréquemment consolider cette idée. Il en est qui surviennent brusquement, à l'occasion d'une émotion violente, et qui disparaissent de même; il en est qui, apparus dans des circonstances dramatiques, naissent et meurent en quarante-huit heures (1).

Leurs relations avec la vie morale des sujets est ainsi évidente. Mais n'oublions pas que si cette proposition est facile à démontrer par l'histoire de certains goitres, il en est d'autres où l'on chercherait vainement de semblables preuves (2).

En résumé, nous admettrons que les relations du goitre exophtalmique et des névroses dans leur hérédité, dans leurs manifestations, dans leur évolution, dans leurs voisinages pathologiques, sont fréquentes, mais non constantes, et qu'il semble que, souvent, le goitre exophtalmique est une névrose (3).

Passons maintenant à l'examen de la seconde idée : le centre du syndrome basedowien est dans la région bulbaire (4).

Journ., juillet 1883); Rendu (*Dict. encycl. des sc. méd.*, art. GOITRE EXOPHTALMIQUE); Œsterricher (1884); Marie (*Prog. méd.*, juillet 1883); Gros (thèse, 1884).

(1) PEPPER, TROUSSEAU (voyez note précédente).

(2) FÉRÉOL. *Union méd.*, 1874, nº 153. — ROBERTSON. *The Journ. of the mental Sc.*, janv. 1875. — BESNARD. *The Dublin Journ. of Med. Sc.*, nov. 1880. — BALLET. Soc. méd. des hôpit., 1890. Les différentes statistiques donnent environ 15 p. 100.

(3) CARDARELLI. Naples 1882, a vu l'hystérie. — GROS. Th. de Paris, 1884. — BALLET. Soc. méd. des hôpit., 1890, l'hystérie. — EULENBOURG. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, etc.

(4) FÉRÉOL. Loc. cit. Vertiges. — DELASIAUVE. *Union méd.*, 1874, nº 159, Épilepsie. — JAMES RUSSEL. *Med. Times and Gaz.*, sept. 1876, Hystérie, épilepsie. — ROBERSTON. *The Journ. of ment. Sc.*, janv. 1875, Manie aiguë. — BALLET. *Rev. de méd.*, avril, 1883. Convulsions et paralysies. — SIGHICELLI. *Semaine méd.*, 1887, Crises épileptoïdes. — RUSSEL REYNOLDS. *The Lancet*, 1890, Attaques d'hystérie dans un quart des cas. — RENAUT. Soc. méd. des hôpit., 1890, Délires.

(5) JOFFROY. *Ann. de méd. psych.*, mai 1890. Troubles mentaux au cours du goitre exophtalmique chez les prédisposés. — RAYMOND et SÉRIEUX. Congr. de méd. mentale, 1892. Les troubles psychiques au cours de la maladie de Basedow sont les mêmes que ceux que l'on peut observer en toute autre occasion et ne surviennent que chez les prédisposés. — BALLET. Soc. méd. des hôpit., 1890. Hallucinations provoquées par la maladie de Basedow chez un hystérique. Délires ressemblant aux délires provoqués par les intoxications.

(6) RENDU. Soc. méd. des hôpit., 1890. Troubles mentaux au cours d'une grossesse, puis au cours d'un goitre exophtalmique.

(7) MARIE. *Progr. méd.*, juillet 1883. La tachycardie chez les Parkinsonniens et le tremblement dans la maladie de Basedow. — MÖBIUS. *Beitz memorab. Heft.*, nº 3, 1883. Tremblement parkinsonnien ayant précédé le goitre exophtalmique. — DEBOVE. Soc. méd. des hôpit., 1887. Hystérie avec symptômes basedowiens. — JOFFROY. Loc. cit. Tachycardie et tremblement dans l'hystérie.

(1) WYNNE FOOT. *Irish. Hop. Gaz.*, juin 1874. Début brusque après une émotion violente. — BESNARD et HAYDEN. *The Dublin Journ. of Med. Sc.*, nov. 1880. Arrêt brusque par émotion. — MOORE. *The Dublin of Med. Sc.*, avril 1883. Évolution en quarante-huit heures. — POTAIN. *Cliniques de 1876.* — SÉE. *Maladies du cœur*, 1879. — Voyez aussi TROUSSEAU, CHARCOT et RENDU. — GUTHRIE. Soc. méd. de Londres, 1893. Disparition brusque.

(2) Il ne faudrait pas conclure, avec Duhamel (Th. de Paris, 1894), que le goitre exophtalmique qui n'apparaît pas brusquement n'est pas un vrai goitre exophtalmique. Je ne crois pas non plus, avec M. Joffroy (*Progrès méd.*, 1893-94), que ce début brusque ne soit qu'une apparence et qu'il y a toujours une période insidieuse, inaperçue. Cette évolution est certainement celle de quelques goitres, mais elle n'est pas celle de tous.

(3) M. Joffroy conclut autrement. Il remarque qu'il est des affections (la goutte, le diabète, les coliques hépatiques et néphrétiques, etc.) qu'il est impossible de ranger parmi des névroses et qui, cependant, appartiennent à la même famille que celles-ci. Il se demande dès lors s'il est nécessaire de faire du goitre exophtalmique une névrose, parce qu'il appartient, lui aussi, à cette famille.

(4) Je choisis cette localisation, car c'est celle qui réunit maintenant le plus grand nombre de preuves et le plus grand nombre de partisans. Mais il en est une autre sur laquelle je dois une dernière fois revenir : c'est la localisation dans le grand sympathique, supposée par Charcot, puis par Trousseau, et admise encore récemment par M. Jaccoud et par M. Marie. Admirablement présentée par Trousseau au point de vue clinique, la névrose congestive du sympathique ne peut que gagner à l'existence du centre cervico-bulbaire, qui renfermera précisément les colonnes grises de l'origine du sympathique; mais si l'on veut préférer la localisation dans les ganglions cervicaux de ce nerf, je dirai qu'il faut examiner les preuves anatomiques qui prêteraient appui à cette conception. Or, je n'en connais que trois : l'une rapportée par Trousseau; la deuxième par Pepper (*New York med. Journ.*, juill. 1882); la troisième par Shingleton Smith (*Med. Times and Gaz.*, janv. 1878). Les deux premières notent seulement la congestion de ces ganglions, et je n'en tiendrai pas compte; la troisième note l'atrophie des cellules dans ces mêmes ganglions. Or, elle note aussi l'hypertrophie parenchymateuse de la thyroïde, et comme cette lésion fut constamment retrouvée, alors que celle des ganglions ne le fut jamais, je ne crois point que l'on

1° Preuves tirées de l'examen histologique. — A l'autopsie de malades morts, au cours d'un goitre exophtalmique, de cette affection ou d'une affection intercurrente, on a trouvé : des hémorragies, des congestions bulbaires, des tumeurs de la base du crâne comprimant l'isthme, des scléroses des corps restiformes, des scléroses de certains faisceaux bulbaires. Pour ce qui est des lésions de congestion (1), il est fort à propos de rappeler Trousseau : au cours d'une affection essentiellement congestive, faut-il accorder, à la localisation bulbaire du processus congestif, une valeur pathogénique plus grande qu'à d'autres localisations de ce même processus (2)? Dans les autopsies de cette catégorie, on a trouvé aussi des congestions de la thyroïde, du thymus et de presque tous les organes splanchniques.

On pourrait baser sur les lésions scléreuses une argumentation plus solide, si elles étaient localisées au bulbe (3). Mais, dans la plupart des observations, elles s'étendent aussi aux autres étages de la moelle.

Comme, d'autre part, dans des maladies chroniques de la moelle qui ne furent nullement accompagnées du syndrome basedowien, on a trouvé des lésions bulbaires semblables (4) et que, dans bien des autopsies de basedowiens, où ces lésions furent recherchées avec le plus grand soin, on ne les trouva point (5), l'on peut hésiter encore à leur accorder une valeur spécifique et admettre qu'elles appartenaient à la maladie coexistante et non point au goitre exophtalmique.

2° Preuves tirées de l'expérimentation. — Celles-ci ne sont pas nombreuses : Filehne (6), en sectionnant les corps restiformes, a produit chez le lapin la triade basedowienne; Bienfait a refait cette expérience avec succès. Si l'on considère combien les physiologistes ont dû accumuler de faits contradictoires avant d'expliquer la pathogénie du myxœdème, on ne peut s'empêcher de penser qu'ici l'effort n'est point encore suffisant.

3° Preuves tirées de la clinique. — La vraisemblance d'un point de départ bulbaire pour beaucoup de symptômes observés dans le goitre exophtalmique est la première de ces preuves : il est possible que la tachycardie, l'albuminurie, la glycosurie, les vomissements, la polyurie (1), etc. proviennent d'un trouble bulbaire; mais, si l'on observe assez fréquemment certains de ces accidents au cours de la maladie de Basedow, ils ne font cependant point partie du syndrome qui lui appartient au propre; d'autre part, il est des éléments importants du syndrome basedowien qui ne nécessitent point un centre bulbaire : l'exophtalmie, le goitre, le tremblement. La vérité de cette proposition n'entraînerait donc point la croyance à un centre bulbaire du syndrome basedowien.

Les relations cliniques du goitre exophtalmique avec les maladies du bulbe et de la moelle cervicale fournirent un second argument : tabès supérieur, diabète, paralysies faciales, ophtalmoplégies, syringomyélie, contractures, atrophies des membres supérieurs, ont coexisté avec le syndrome de Basedow.

La plus intéressante de ces relations est évidemment celle du tabes supérieur et du goitre exophtalmique (2). Elle fournit à Barié des conclusions très légitimes en apparence : l'extension des lésions du tabes au bulbe avait produit l'apparition de la symptomatologie basedowienne. Or, s'il fut vrai dans quelques cas que la sclérose, gagnant le bulbe, y avait produit des lésions dont le caractère spécifique est encore douteux, dans d'autres cas, les lésions ordinaires du tabes avaient laissé le bulbe sain. Il en fut de même pour la syringomyélie (3) coexistant avec la maladie de Basedow. Dès lors l'observation clinique de la coexistence de ces affections demeurera seule.

La relation du diabète et de la maladie de Basedow (4) doit être discutée. La glycosurie survient parfois au cours du goitre exophtalmique (5); cela dut suffire, sans doute, à baser quelques diagnostics de coexistence. Et, s'il faut admettre que de véritables diabètes ont accompagné de véritables maladies de Basedow, le diabète est trop peu une maladie du bulbe pour qu'on puisse placer là un argument sérieux.

Les paralysies de la face, les ophtalmoplégies, les contractures et les atrophies, les anesthésies (6) auraient, sans nul

doive préférer cette dernière. Que reste-t-il encore? Un seul fait d'ordre expérimental : Boddaert (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1875, n° 41) sectionnant le sympathique, liant les jugulaires et les thyroïdiennes d'un lapin, constate l'augmentation de volume du corps thyroïde et l'exophtalmie. Peut-être ces deux symptômes peuvent-ils être réalisés par d'autres processus moins simplistes.

(1) Chealde. *St-Georges hosp. Rep. IX*, 1878. Congestion du bulbe et de la moelle cervicale. — Hale White. *The clinic. and Med. Journ.*, 1889. Hémorragies du plancher du quatrième ventricule, des corps restiformes et de l'aqueduc de Sylvius. — Heiwart et Gibson. *Schmidts Jahrb.*, 1893. Un cas d'hémorragie du quatrième ventricule, un cas d'abcès du pont de varole. — Muller. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1893. Hémorragie des noyaux du pneumogastre et de l'olive.

(2) M. Rendu lui-même ne croyait pas à la valeur pathogénique de ces lésions de congestion (*Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Goitre exophtalmique).

(3) Oppenheim. *Arch. f. Psych.*, XX, heft 1, 1888. Atrophie du faisceau solitaire et de la racine descendant du trijumeau dans un cas de tabes accompagné de symptômes basedowiens. — Mendel. *Deuts. Med. Wochens.*, n° 5, 1892. Pachyméningite, atrophie du corps restiforme gauche et de la bandelette solitaire droite; symptômes de maladie de Basedow et tabes. — Marie et Marinesco. *Rev. neurol.*, 1893. Atrophie du faisceau solitaire et de la racine ascendante du trijumeau dans un cas de tabes avec goitre exophtalmique. — Joffroy et Achard. *Arch. de méd. exp.*, p. 807, 1893. Légère altération du faisceau solitaire et sclérose médullaire généralisée. — Enfin Gauthier. *Lyon méd.*, janv. 1893. Tumeur de la base du crâne à l'autopsie d'une maladie de Basedow.

(4) Voyez Marie et Marinesco. *Rev. neurol.*, 1893.

(5) Voyez Joffroy et Achard. *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 104. Tabes et maladie de Basedow sans lésions bulbaires.

(6) *Erlanger Physik. Med.*, juillet 1879, et Bienfait. *Bull. acad. de méd. de Belgique*, 1890.

(1) Warburton Begbie *Edinb. Med. Journ.*, avril 1874. Albuminurie. — Trumet de Fontarce (Pathol. du grand sympathique). Th. de 1880. Nausées, vomissements, diarrhée, albuminurie, glycosurie. — Ballet. *Rev. de méd.*, avril 1883. Albuminurie, glycosurie, polyurie. — Maude. *Brain*, p. 120, part. LXVII, 1892. Diarrhée, crises gastriques, et Féréol. *Union méd.*, 1874, n° 153. Titubations, vertiges, impulsion à droite, diminution de la force de ce côté et de la sensibilité du côté opposé.

(2) Barié. *Semaine méd.*, 1888, p. 477. Tabes et maladie de Basedow. — Oppenheim, Mendel, Marie et Marinesco (loc. cit.).

(3) Joffroy et Achard. *Arch. de méd. expérim.*, 1893.

(4) Wilks. *The Lancet*, 1876. Diabète et maladie de Basedow. — Gauthier. *Rev. de méd.*, 1890. Diabète, chorée, maladie de Basedow. — Von Budde. *Centralbl. Neurol.*, 1891. Diabète, etc.

(5) Elle survient aussi, du reste, au cours du traitement thyroïdien.

(6) Potain. *Clinique 1876*. Paralysie faciale; *Semaine méd.*, 1888, p. 404. Atrophie du bras gauche. — Ballet. *Semaine méd.*, 1888, p. 75. Ophtalmoplégie, paralysie du facial. — Maude, Loc. cit. Paralysie faciale, ophtalmoplégie. — Huber. *Deuts. Med. Woch.* Atrophie du bras. — Cardarelli (Naples 1882). Contracture et atrophie des muscles de la main, etc.

doute, une haute valeur, si elles ne coexistaient pas avec des symptômes d'hystérie, si nombreux, qu'il devient vraisemblable que ces phénomènes appartiennent plutôt à l'hystérie qu'à la maladie de Basedow).

Il n'est donc pas démontré que le goitre exophtalmique soit produit par une lésion anatomique ou dynamique du bulbe (1).

IV

Examinons maintenant l'ensemble des arguments qui ont permis de penser que le goitre exophtalmique est une maladie de la glande thyroïdienne.

PREMIER ARGUMENT. — *Faits qui établissent la ressemblance du goitre exophtalmique et du goitre simple.* — L'apparition, la disparition, l'évolution du goitre exophtalmique ont les mêmes relations que celles du goitre simple avec les troubles physiologiques ou pathologiques des fonctions génitales de la femme (2). L'un et l'autre sont infiniment plus fréquents chez la femme que chez l'homme, l'un et l'autre apparaissent généralement à la puberté; l'un et l'autre subissent des poussées à l'occasion des menstrues, de la grossesse, de l'accouchement. Ces relations sont plus nettes encore pour le goitre exophtalmique que pour le goitre simple. Il est très rare, en effet, qu'il se montre avant la puberté ou après la ménopause. Ses symptômes sont toujours aggravés par les accidents génitaux; parfois même, ils apparaissent et disparaissent avec eux (3). Enfin, l'on peut admettre que, si les modifications de la glande thyroïde sont liées, comme celles de la glande mammaire (4), à la vie génitale de la femme, nulle maladie, plus que le goitre exophtalmique, ne contribue à assurer ce rapport.

Les relations héréditaires du goitre exophtalmique et du goitre simple sont très fréquentes et les branches de l'arbre généalogique des basedowiens sont aussi fréquemment chargées de goitreux que de névropathes.

(1) Il en est de même des autres localisations : noyaux du pneumogastrique, région bulbo-protubérantielle sont identifiables à celle que nous avons choisie. La névrose primitivement bulbaire, étendue ensuite à l'encéphale, gagne évidemment la moelle (puisqu'elle produit souvent des paraplégies), et par suite devient une névrose généralisée à tout l'axe nerveux, et dont nous n'avons point à discuter la localisation.

(2) CHEADLE (1875). Quatre femmes de la même famille atteintes de maladie de Graves avec troubles génitaux coïncidants. — JACKS. *Amer. Journ. of obstetric*, janv. 1882. Gonflement du corps thyroïde coïncidant avec la menstruation. Goitre à la puberté et pendant la grossesse. — FREUND. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, bd. XVIII, 1883. Goitre pendant les accidents génitaux; maladie de Basedow aux mêmes périodes. — SIGUIER. *Gaz. méd. de Paris*, 1895, p. 200. Goitre exophtalmique débutant à la grossesse et guérissant à l'accouchement. — PASTRIOT. Th. de 1876. — Voyez aussi sur l'hérédité du goitre exophtalmique et du goitre simple : Charcot, Trousseau, Vigouroux, Mackensie, Jaccoud, etc. (Joffroy. *Progrès méd.*, loc. cit.).

(3) On pourra sans doute ajouter plus tard à ces faits bien des maladies de Basedow frustes, réduites au gonflement de la thyroïde, à l'agitation, aux modifications du caractère, etc., tous symptômes qui coïncident assez souvent avec les périodes menstruelles. (Béclère, communication particulière.)

(4) Parfois, on les a observées en même temps à propos de la même influence génitale. Normalement, le corps thyroïde s'atrophie à la ménopause, et les hypertrophies thyroïdiennes apparaissaient à la puberté. Les crétins, qui n'ont pas de puberté, n'ont pas de goitre (Régis). Mikulicz, *Semaine méd.*, 1895, p. 175, a même vu, chez un homme, la maladie de Basedow avec hypertrophie thyroïdienne, apparaître rapidement en même temps qu'une hypertrophie des deux mamelles.

D'autre part, le syndrome basedowien apparaît souvent chez des gens qui, depuis un temps plus ou moins long, portaient un goitre simple (1). On a dit, il est vrai, que ces goitreux avaient eu seulement de la dyspnée, de la tachycardie, de l'exophtalmie, par compression de la trachée, du pneumogastrique et des jugulaires. Cela avait pu faire supposer qu'ils étaient atteints de goitre exophtalmique, alors qu'ils n'avaient qu'un goitre suffocant (2). On a dit, d'autre part, que leurs goitres étaient des maladies de Basedow latentes ou frustes, qu'une cause quelconque mit brusquement en évidence, alors qu'elles étaient auparavant réduites à un symptôme unique, le goitre. La lecture attentive des observations de cette catégorie montre que ces explications conviennent à un certain nombre d'entre elles; mais il est des cas où, alors même que les signes de compression existent, il est difficile de ne point remarquer la concomitance des signes de basedowisme. Il en est d'autres où des goitres, existant depuis vingt années sans aucun symptôme de maladie de Basedow, ne peuvent être regardés comme des goitres exophtalmiques frustes ou latents. Enfin, alors même qu'on éliminerait toutes les observations où le diagnostic est discutable, il en resterait un bon nombre où l'apparition de la maladie de Graves, sans cause occasionnelle, chez des goitreux sans antécédents névropathiques, est incontestable et inexpliquée (3).

Enfin si, d'une part, M. Rendu admet que le goitre exophtalmique est inconnu dans les pays à goitre et que le goitre simple est fort rare dans les pays où le goitre exophtalmique est fréquent, d'autre part, M. Joffroy arrive à des conclusions opposées et pense que l'étiologie du goitre et celle du goitre exophtalmique sont identiques.

En résumé, tout ceci peut se traduire ainsi : si l'on considère un certain nombre de malades atteints de goitre exophtalmique, ceux d'entre eux à qui s'appliqueraient les considérations précédentes seraient en nombre à peu près égal à ceux qui avoueraient des relations exclusivement névropathiques.

En toute chose, les premiers se comporteraient comme

(1) STORY. *The Dublin Journ. of Med. Sc.*, avril 1882. Goitre exophtalmique sur un goitre datant de cinq ans. Goitre chez les trois sœurs. — BŒCKEL. *Gaz. des hôpit.*, nov. 1884. Poussées basedowiennes au cours d'un goitre datant de trente-huit années. — MIKULICZ. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1890. Goitres compliqués de maladie de Basedow. — MAUDE. Soc. des méd. de Londres, 1893. 12 basedowiens sur 55 goitreux. — CHRÉTIEN. Th. de Paris, 1889. Maladie de Basedow chez un goitreux à l'occasion d'une intervention chirurgicale thyroïdienne. — TILLAUX. Soc. de chir., 1880. Maladie de Basedow chez une fille de goitreux, goitreuse elle-même. — GROS. Th. de Paris, 1884. Maladie de Basedow chez une nièce de goitreux, goitreuse elle-même. DEBOVE, BRUHL, MACKENSIE, SAINTE-MARIE, LAVESNES, LAMY, BROCA, BRISSAUD. Goitre exophtalmique au cours du goitre chez des fils de goitreux. Voyez JOFFROY. *Progrès méd.* — TESSIER. *Rev. de méd.*, 1883. Basedowisme chez une femme atteinte de goitre depuis vingt-deux ans. — JOFFROY (*Id.*, 1891). Maladie de Basedow au cours de goitre ancien. — FRÆNKEL. *Semaine méd.*, 1894, p. 54. Goitre, crétinisme et basedowisme dans la même famille.

(2) BRUHL. *Gaz. des hôpit.*, 1891. — GAUTHIER. *Lyon méd.*, 1893. — DOURDOUFI. *Rev. neurol.*, 1893. Ces auteurs admettent que le vrai goitre exophtalmique, qui est une névrose et qui s'accompagne de goitre vasculaire, n'a rien de commun avec les symptômes décrits au cours des goitres et qui sont dus, ou bien à des affections coexistantes, ou bien à des accidents de compression. Ils constituent la catégorie des faux goitres exophtalmiques. (Voyez thèse de Duhamel, Paris, 1894.)

(3) L'explication la plus plausible est alors celle-ci : Des poussées congestives développées, le plus souvent à l'occasion d'un trouble génital, dans une thyroïde déjà malade et plus ou moins hypertrophiée, provoque, d'emblée, l'apparition de la symptomatologie basedowienne, et parfois aussi des accidents de compression.

une forme de goitre accompagné d'une symptomatologie particulière, tandis que les seconds auraient l'aspect de maladies nerveuses dont un des symptômes serait le goitre.

DEUXIÈME ARGUMENT. — *Rapports du goitre exophtalmique et du myxœdème* (1). — Il n'est point rare de voir le myxœdème succéder au goitre exophtalmique. Il semble même que l'on vit parfois coexister, chez le même malade, les symptômes de l'une de ces affections avec quelques symptômes de l'autre. Ceci doit cependant provoquer quelques réserves. Il n'est pas rare de voir survenir, au cours de la maladie de Basedow, des œdèmes [dus à la transsudation du plasma sanguin (2)] fort différents du myxœdème [qui est une infiltration active du derme et du tissu sous-dermique par une substance spéciale analogue à la mucine (3)]. Les ressemblances cliniques de ces deux états suffisent à expliquer quelques-unes de ces coexistences. D'autre part, l'exorbitis et le goitre, causés le plus souvent par des altérations vasculaires qui ne peuvent régresser, survivent au goitre exophtalmique qui les a provoquées, et, lorsque la dégénérescence myxœdémateuse commence (4), peuvent faire penser à une coexistence qui n'est qu'apparente.

Des observateurs ont été frappés de la relation qui unit la symptomatologie de ces deux affections. S'il y a de la tachycardie dans l'une, il existe un très notable ralentissement du cœur dans l'autre; s'il y a de l'agitation, de l'aménorrée, de l'amaigrissement dans l'une, il y a de la torpeur, des hémorragies, de l'empâtement dans l'autre. D'autre part, leurs relations héréditaires et collatérales ne sont pas douteuses. En y ajoutant l'apparition fréquente de poussées de basedowisme au début du myxœdème, on arrivera ici à baser un rapport certain et incontesté.

TROISIÈME ARGUMENT. — M. Joffroy a tout particulièrement mis en valeur l'argument suivant : « Les lésions de la thyroïde, constatées à l'autopsie, sont *constantes* dans le goitre exophtalmique (5). » Toute autre lésion est rare. Il est naturel d'incriminer la lésion constante à l'exclusion de toute autre. — Une objection sérieuse tend à diminuer la valeur de cet argument : si l'on cherche systématiquement les altérations de la glande thyroïde chez des malades qui jamais ne furent ni basedowiens, ni myxœdémateux, ni goitreux, on les trouve souvent (1). Ces lésions ne méritent donc pas tout l'intérêt qu'on leur porte. — Il est juste d'ajouter que les malades qui fournirent les examens de cette nature avaient généralement succombé à des infections multiples et prolongées, de sorte qu'il eût été difficile de trouver une thyroïde vierge quand tous les autres organes peut-être étaient atteints. Sans doute, il n'en serait pas de même avec des sujets différents.

Une autre objection a moins de force : Les lésions de la glande thyroïde décrites au cours de la maladie de Basedow sont trop variées pour expliquer l'apparition d'une symptomatologie unique. Tantôt elles sont des altérations de vieillesse, tantôt ce sont des altérations goitreuses sans rapport avec la maladie de Graves. En réalité, il n'en est point ainsi, et, quelque varié que soit l'aspect de la lésion thyroïdienne, on y trouve des éléments constants (2) qui sont l'hyperplasie cellulaire, le développement des follicules et des vaisseaux sanguins, et, d'après M. Renaut, la disparition des lymphatiques intra-lobulaires (3). Les lésions du foie qui amènent l'apparition de l'insuffisance hépatique, les lésions du rein qui amènent l'insuffisance rénale, les lésions de la thyroïde qui amènent l'apparition du myxœdème, n'ont pas des éléments constants plus nombreux que celles-là.

QUATRIÈME ARGUMENT. — Je dois maintenant examiner un argument d'une très grande force en faveur de la théorie thyroïdienne. Nous avons vu que l'action d'une glande hypertrophiée sur les vaisseaux et nerfs du cou ne pouvait suffire à expliquer les améliorations qui avaient suivi les interventions chirurgicales dans le goitre exophtalmique. Souvent, en effet, on put s'assurer, au cours de l'opération, que le goitre ne déterminait aucune compression; du reste, on intervient trop souvent sur les goitres de petit volume pour que cette explication, faite pour les cas où des accidents de compression avaient accompagné le basedowisme, pût satisfaire les esprits. Or, la pratique des interventions chirurgicales s'est étendue, et, actuellement, les statistiques favorables sont en assez grand nombre (4) pour que l'on

(1) HARTMANN. *France méd.*, 17 et 18 juin 1884. Symptômes de myxœdème et de goitre exophtalmique. Voyez ensuite JOFFROY et ACHARD. *Arch. de méd. exp.*, 1893, p. 807. La même malade est devenue myxœdémateuse. — HADDEN. *Clin. Soc. of London*, febr. 1885. Deux sœurs, l'une myxœdémateuse et l'autre basedowienne. — GAUTHIER. *Lyon méd.*, 1888. Ressemblance des signes de myxœdème et de maladie de Basedow. — KOWALENSKY. *Arch. de neurol.*, 1889. Symptômes de myxœdème chez un goitre exophtalmique. — SOLLIER. *Rev. de méd.*, déc. 1891. Deux cas de coexistence de symptômes de myxœdème et de maladie de Basedow. — HARRIS et WRIGHT. *The Lancet*, avril 1892. Un cas de goitre exophtalmique pendant le myxœdème. — VON JACKSH. Soc. de méd. all. de Prague, janv. 1893. Un cas de maladie de Basedow avec myxœdème. — BOWLES. *Med. Soc. of London*, oct. 1893. Un cas de goitre exophtalmique précédant le myxœdème. — BABINSKI. Congr. de Bordeaux, août 1895. Symptômes de Basedow avec état myxœdémateux des membres inférieurs. — MAUDE. *St Barth. hosp. Report*, 1893. Une goitreuse, fille de myxœdémateux, sœur de goitreux, devient basedowienne. — WILLIAMS. *Brit. Med. Journ.*, 1893. — CAMPBELL GORVAN. *The Lancet*, 1895. Deux goitreux exophtalmiques deviennent myxœdémateux. — LANDOUZY. *Cours de thérapeutique* 1895. Rapports des signes du myxœdème et du goitre exophtalmique.

(2) V. MILLARD. Th. de Paris. Pathogénie des œdèmes dans la maladie de Basedow.

(3) VIRCHOW. Soc. de méd. berlinoise; *Semaine méd.*, 1887, p. 52. — HORSLEY (cité par Virchow).

(4) V. TROUSSEAU. *Cliniques*. — BÉCLÈRE. Communications particulières.

(5) Voyez les comptes rendus de Shingleton Smith (loc. cit.), 1878. — JOFFROY. 1891. — REYMOND. Obs. à la Soc. anatomique, 1893. — JOFFROY et ACHARD, 1893. — Thèse de Bertoye (Lyon 1888). — RENAUT. In Th. de Bertoye et Congr. de Bordeaux, 1895. — RENDU. Loc. cit., 1881. — TROUSSEAU. *Cliniques*, etc.

(1) BRISSAUD. Congr. de Bordeaux, 1895. On peut remarquer qu'il existe peut-être des accidents d'origine thyroïdienne qui se révèlent autrement que par le myxœdème ou le goitre exophtalmique, de telle sorte que l'on peut trouver, *post mortem*, des lésions thyroïdiennes qui ont contribué pour une part à l'ensemble des symptômes qui ont précédé la mort. Lorsque la pathologie thyroïdienne sera mieux connue, on saura reconnaître le rôle que joue le trouble de la fonction thyroïdienne dans un état général, complexe, comme l'asystolie, par exemple. (Béclère, communication particulière.)

(2) On les retrouve, en effet, dans les descriptions de tous les auteurs, bien que leurs vues fussent très différentes.

(3) Congrès de Bordeaux, 1895. Cette disparition des canaux excréteurs de la glande thyroïdienne amène le déversement de la sécrétion viciée dans le courant sanguin et, par suite, l'intoxication rapide de tout l'organisme.

(4) PUTMANN. *Journ. of new and. ment. dis.*, 1893. 41 cas dont 34 améliorations. — Trendelenburg, Kocher préconisent la ligature des artères. Congr. all. de chirurgie, 1896. — SOLARY. Thèse de Paris, 1894. Opérer tous les goitres exophtalmiques lorsque la vie de la malade est en danger. — HEYDENREICH. *Semaine méd.*, 1895, p. 269. 81 cas dont 50 succès. MIKULICZ. Ligature des artères chez 11 basedowiens; succès. *Médecine*

puisse considérer que c'est là le meilleur traitement que nous puissions opposer aux cas graves de goitre exophtalmique. Il est impossible, dès lors, de ne pas penser que l'altération de la glande thyroïde était, dans ces cas au moins, la cause de la maladie de Basedow.

Voici néanmoins une objection : les goitres ainsi traités ne sont point de vrais goitres exophtalmiques, mais bien des goitres simples accompagnés d'exophtalmie par tumeur orbitaire, ou de tachycardie par compression du pneumogastrique ou par cardiopathie coexistante, etc. Le vrai goitre exophtalmique ne peut bénéficier d'un traitement chirurgical (1). En réalité, cela revient à dire qu'il y eut erreur de diagnostic dans tous les cas où le goitre exophtalmique fut chirurgicalement traité. Ceci fut vrai quelquefois (2), au début des observations de ce genre, mais l'on doit s'étonner qu'en face du nombre si considérable de faits actuellement connus, une telle opinion puisse encore garder de la consistance (3).

Cinquième argument. — M. Joffroy a pensé que l'origine du goitre exophtalmique était souvent dans une thyroïdite antérieure inaperçue. Or, les thyroïdites au cours des infections ne sont pas très rares (4), et, d'autre part, l'apparition de la maladie de Basedow à la suite d'une maladie générale a été quelquefois observée (5). Une fois (6), on vit de la tachycardie suivre une thyroïdite. Une fois, Landouzy (7) vit le syndrome basedowien apparaître pendant une inflammation aiguë de la thyroïde et disparaître avec elle. Il y a là plutôt un sujet d'étude qu'un argument pour une théorie.

mod., n° 52, 1895; *Arch. f. Klin. Chir.*, 1890. — Briener. *Beitr. z. Klin. Chir.*, XII, 1894. — Stierlin. *Beitr. z. Klin. Chir.*, XVIII, 1892. 29 cas dont 24 succès. — Cas isolés avec succès : Lemke, Biedel, Wette, Neumann, Booth, Hascovec (*Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 84). Chaque statistique reproduisant les précédentes, celle d'Heydenreich doit être considérée comme le résumé de cette question, car elle est la plus récente.

(1) C'est l'opinion de Bruhl, Gauthier, Dourdoufi. Loc. cit. Voir thèse de Duhamel. Paris, 1894.

(2) Cas de Richelot. Soc. de chir. 1881. — V. aussi : mémoire de Vette. *Arch. f. Klin. Chir.*, XLIV, 1892. — Dans la thèse de Duhamel, on voit confondus des goitres avec asystolie, des goitres avec artério-sclérose et urémie, des goitres avec accidents de compression, des goitres exophtalmiques vrais. M. Berger (Soc. de chir. 1884) avait déjà fait remarquer, en présentant un goitre avec exophtalmie, que parfois le goitre simple s'accompagnait de métastases orbitaires. Voir aussi (Congr. all. de chir. 1893) Eiselsberg, Kraske, Biedel, Gussenbauer, etc.

(3) L'on a dit aussi que la maladie de Basedow pouvait apparaitre après l'ablation du goitre. Il existe une observation de ce genre (celle de Souques, in thèse de Chrétien). Mais il n'est pas certain que la maladie de Basedow n'existait pas avant l'opération et, d'autre part, l'on sait qu'une intervention chirurgicale sur la thyroïde amène, dans le parenchyme restant, une poussée congestive qui parfois s'accompagne de réapparition ou d'exagération du goitre exophtalmique (deux cas de Brissaud, Salpêtrière 1894).

(4) Charvot. *Rev. de chir.*, sept. 1890. Thyroïdites typhiques, rhumatismales, paludéennes, ourliennes, varioliques, tuberculeuses. — Gérard-Marchant. Congr. de chir., 1891. Thyroïdites à pneumocoques. — Rivière. Thèse de Lyon, 1893. Goitres aigus et staphylocoque. — Kirmisson, Nicaise. Soc. de chir., 1891. Thyroïdite puerpérale, etc. — Colzi. Thyroïdite à bacille d'Eberth. — Bruns, Janselme. *Arch. de méd.*, juillet 1893. — Gaucher. Soc. méd. des hôpit., 1895.

(5) Chauvin. Th. de Paris, 1852. Goitre exophtalmique après le rhumatisme. — Stierlin. *Beitr. z. Klin. Chir.*, XVIII, p. 3, 1892. Goitre exophtalmique après une pleurésie, après l'influenza. — Michel. *Ann. de méd.*. août 1895.

(6) Galliard. Soc. méd. des hôp., 1895. Grippe, thyroïdite aiguë suivie de tachycardie et palpitations.

(7) Communication particulière 1895.

Sixième argument. — Nous avons vu que les accidents observés au cours du traitement thyroïdien ont paru quelquefois reproduire l'aspect clinique du goitre exophtalmique (1). A la vérité, ces accidents, qui sont du reste très nombreux et très complexes, paraissent être dus à deux causes différentes. L'intoxication de l'organisme par un poison inconnu, d'origine thyroïdienne, n'est pas douteuse; mais la nature de ce poison, son action sur l'organisme sain, les accidents qui manifestent sa toxicité, sont également inconnus. La modification rapide des échanges histochimiques, la désassimilation excessive, les changements de la composition des milieux intérieurs qui se produisent sous l'action du traitement thyroïdien, sont, sans doute, la cause de la majeure partie des accidents observés. Il est remarquable, en effet, que ces accidents se produisent avec la plus grande facilité chez les myxœdémateux, dont la nutrition est si profondément modifiée par le traitement thyroïdien, alors qu'ils se montrent rarement (même avec des doses considérables) chez les gens sains, dont la nutrition est beaucoup moins troublée (2). Ewald croit, du reste, que tout agent capable de provoquer la rapide désassimilation de l'azote, des graisses, de l'eau, produirait la majeure partie des symptômes décrits au cours du traitement thyroïdien (3).

Le départ entre les symptômes de l'intoxication thyroïdienne et ceux de la démyxœdémisation n'est point encore fait, et la complexité de cette symptomatologie est telle, que certains auteurs ont pu y reconnaître le syndrome de Basedow, alors que d'autres niaient l'avoir jamais rencontré. L'expérimentation sur l'animal donne des résultats plus difficiles encore à interpréter, et, lorsque MM. Ballet et Enriquez affirment avoir reproduit le goitre exophtalmique par l'injection de substance thyroïdienne, M. Gley croit que jamais accidents de cette nature ne ressemblèrent à la maladie de Basedow. Il faudrait donc mieux connaître l'empoisonnement thyroïdien. Toutefois, l'on peut déjà penser que certains accidents, observés au cours des traitements de différentes affections par le suc thyroïdien, ressemblent à ceux que l'on observe au cours du goitre exophtalmique.

Septième argument. — Le traitement thyroïdien de la maladie de Basedow a donné des résultats très contradictoires : alors que certains auteurs lui attribuent des effets heureux (4), la majorité le repousse comme inutile ou comme dangereux (5).

(1) Murray. Soc. de méd. de Londres, 1893. Tachycardie, transpirations, excitabilité. — Marie. Soc. méd. des hôp., 1894. Tachycardie, élévation de la température, insomnies, diarrhée, sensation de chaleur. — Béclère. *Idem*, 1894. Exophtalmie, éclat du regard et symptômes précédents. — Dales James. *Brit. of dermat.*, juin 1894. — Ballet. Tachycardie, tremblement, éclat du regard, exophtalmie. Loc. cit. etc.

(2) Observation de Régis (de Bordeaux), 1896, communication particulière. Presque toutes les observations d'accidents que nous avons citées tout à l'heure ont été prises sur des myxœdémateux. Du reste, on en observe aussi, quoique moins fréquemment, avec les gens chez lesquels on a cherché la stimulation des échanges par le suc thyroïdien (obèses, crétins, idiots, etc.).

(3) Congrès allemand, avril 1896.

(4) J. Voisin. Soc. méd. des hôpit., 1894. Une observation. — Alexief. *Méd. mod.*, n° 52, 1895. Deux observations. — Burns. *Idem*. — J. Voisin. Congr. de Bordeaux, 1895. Une observation. — Taty et Guérin (de Lyon). *Idem*. Une observation. — Bogroff. *Gaz. hebd. de la Russie mérid.*, nos 25 et 26, 1896. Deux observations. — Clouston. *Brit. Med. Journ.*, 1893. — David Ovent. *Idem.*, 1893.

(5) Dreyfus-Brisac, Béclère. Soc. méd. des hôpit., 1894. Danger de

Les conclusions de ce chapitre seront les suivantes : La maladie de Basedow, qui a, dans le domaine de la pathologie thyroïdienne, des relations aussi étendues que dans le domaine des névroses, est constamment accompagnée de lésions thyroïdiennes. Trop souvent, le traitement de ces lésions a été suivi de l'amélioration du goitre exophtalmique pour qu'on ne soit pas fondé à supposer qu'il existe, entre la thyroïde malade et le syndrome de Basedow, un rapport de cause à effet.

V

Je n'en aurais point terminé, avec l'histoire du goitre exophtalmique, si je ne parlais d'une forme particulière de cette affection. Je veux dire ces cas que l'on vit guérir à la suite d'interventions chirurgicales sur les voies nasales et sur le pharynx (1), sur les organes génitaux de la femme (2), ou bien à la suite d'électrisation de l'intestin (3). Si l'on veut bien réserver certaines observations qui semblent appartenir à l'hystérie ou à la neurasthénie (4); si, d'autre part, l'on tient compte de la relation déjà établie qui coordonne les maladies des organes génitaux et les maladies de la thyroïde, les cas de cette catégorie deviennent rares. Du reste, ils sont sans doute du même ordre que les cas d'asthme disparus à la suite de la cautérisation de la muqueuse nasale, ou que les cas de neurasthénie disparus à la suite d'électrisation de l'intestin. Ils peuvent fournir, par suite, un argument à la théorie qui fait de certains goitres exophtalmiques une névrose.

Je dois aussi signaler les cas assez nombreux où l'on vit de l'excitation, de l'éclat du regard, de la tachycardie, du tremblement, survenir isolément et accidentellement chez des goitreux ou des névropathes. Parfois, le diagnostic de maladie de Basedow fruste fut porté avec assurance, parfois on n'y voulut voir que de faux goitres exophtalmiques simulés par la neurasthénie, le goitre avec tachycardie d'origine diverse, etc. On y put trouver tour à tour des arguments pour des théories différentes. Peut-être conviendrait-il d'attendre, avant de faire entrer ces faits dans une discussion déjà difficile.

VI

Que résulte-t-il de cette étude, que j'ai voulu faire complète et impartiale?

Malgré le nombre énorme de faits qui composent l'histoire du goitre exophtalmique, malgré la richesse de cette histoire en théories également affirmatives, il est impossible d'énoncer actuellement une conception pathogénique de cette maladie qui suffise à rendre compte de tous ses aspects cliniques.

Dans un nombre de cas que l'on peut considérer comme formant la majorité, le goitre exophtalmique a le droit d'être nommé une névrose. — Mais la nature des névroses est inconnue.

Dans les autres cas, il a le droit de prendre place dans la pathologie thyroïdienne. — Mais la nature de la lésion glandulaire et le mécanisme par lequel elle provoque l'apparition du syndrome basedowien ne sauraient être précisés.

Parfois enfin, l'hypothèse la plus vraisemblable le considère comme un trouble nerveux de la fonction thyroïdienne et le fait participer des deux origines. — Mais la fonction thyroïdienne nous est mal connue.

Quelle est l'idée unique qui réunira ces conceptions diverses?

cette médication dans le goitre exophtalmique. — Joffroy. Congr. de Bordeaux, 1895. *Idem.* — Ewald, etc. Congr. all., avril 1895. Effets nuls.

(1) Hack. *Deuts. Med. Woch.*, 1886. Cautérisation des cornets inférieurs et guérison du goitre exophtalmique. — Hoppmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 15 oct. 1888. Ablation de polypes muqueux et guérison. — Stœker. *Med. Soc. of London*, 1888, 25 nov. Cautérisation des cornets. — Muschold. *Deuts. Med. Wochens.*, 1892. Hypertrophie du cornet, ablation, guérison. — Gottstein, Frænkel, Semar. *Idem.*, etc.

(2) Jouin. Soc. obst. et gyn. Quarante-trois cas de goitre exophtalmique frustes améliorés par traitement gynécologique, Marchant, Tuffier, Championnière, Picqué, Bouilly. Soc. de chir., mars 1895.

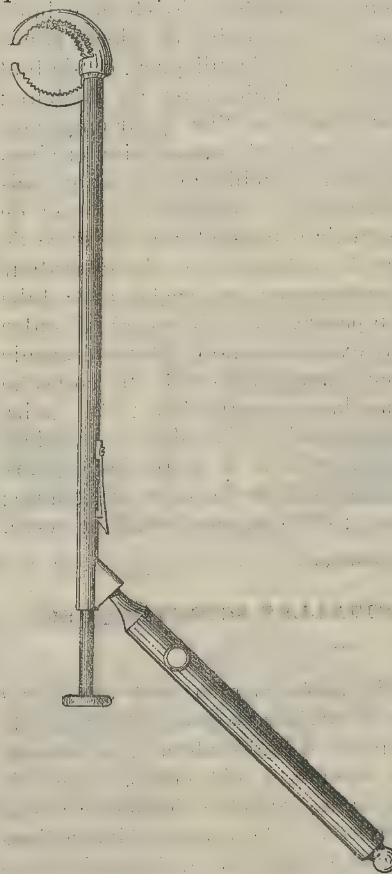
(3) Federn. *Semaine méd.*, 1888, et Soc. méd. de Vienne 1888.

(4) Tuffier et Déjerine. Soc. de chir., mars 1895.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvelle pince hémostatique Marage pour la région amygdalienne.

Il arrive quelquefois, qu'à la suite d'une intervention chirurgicale dans la région amygdalienne, on se trouve en présence d'une hémorragie difficile à arrêter.



Les pinces ordinaires à forcipressure s'appliquent avec peine, et il est presque impossible de les laisser en place.

La pince, représentée sur la figure, se pose très facilement, que ce soit l'amygdale ou un pilier qui saigne, et on peut la laisser en place sans trop gêner le malade.

Elle se compose de deux branches rectilignes, recourbées à l'une des extrémités et rentrant l'une dans l'autre : on tient l'appareil par le manche, et en poussant sur la tige intérieure, on diminue l'espace des deux mors.

Lorsque l'hémostase est complète, on enlève le manche en pressant sur le bouton correspondant.

Les mors ont des formes et des grandeurs variables, suivant la partie que l'on veut saisir.

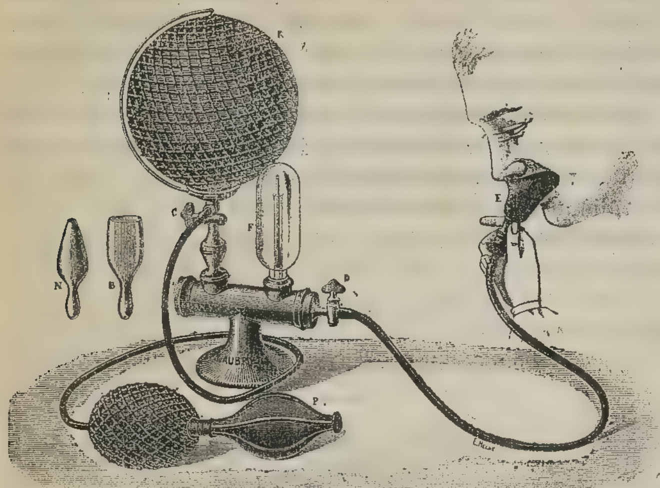
Pour enlever la pince, il suffit d'appuyer sur le ressort fixé à la partie inférieure de la tige extérieure.

Grâce à cet appareil, on se trouve donc à l'abri de ces hémorragies, peu fréquentes mais très dangereuses.

Inhalateur pour appartement de Grandjean.

Cet appareil très simple, fabriqué par A. Aubry, tout en étant de chambre, est facilement transportable; il permet d'inhaler avec pression ou sans pression d'air, soit par le nez ou par la bouche, les vapeurs des essences telles que le goménol ou essence de niaouli pure ou tout autre antiseptique solide ou visqueux, ayant pour effet de déposer sur

l'épithélium de la muqueuse des vapeurs contre la culture des microbes, en vue de prévenir et de guérir certaines maladies microbiennes de l'appareil respiratoire, telles que bronchite, grippe ou influenza, angine, coryza, etc.



L'appareil en métal nickelé figuré est représenté en train de fonctionner.

1° Dans le corps horizontal saturateur, existe une boîte mobile en tamis, contenant de la grenaille de pierre ponce imbibée de goménol ou essence de niaouli pure, ou de tout autre antiseptique (suivant les indications du docteur); 2° R, réservoir caoutchouc garni d'un filet (pour empêcher l'excès de gonflement) dans lequel est emmagasiné environ 5 litres d'air sous pression, afin de faciliter l'aspiration sans effort; 3° C, robinet permettant le passage à volonté de l'air contenu dans le réservoir R passant par un filtre de ouate intermédiaire entre le robinet C et le saturateur horizontal; 4° F, cloche mélangeur en cristal avec tube central en verre servant au passage de l'air saturé; 5° entre cette cloche et le robinet D existe une boîte filtrante garnie d'une couche de ouate avec soupape aspirante qui empêche que l'air expiré ne revienne dans le saturateur; 6° P, poire double pour insuffler et emmagasiner l'air dans le récipient R; 7° D, robinet pour régler à volonté la sortie des vapeurs volatiles à respirer; 8° E, embouchure buccale en ébonite; 9° B, pipette buccale en verre; 10° N, canule nasale en verre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour les prix à décerner en 1896, aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en 1897, s'ouvrira le lundi 19 octobre, à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve. — Le registre d'inscriptions restera ouvert, de onze heures à trois heures, du lundi 7 septembre au samedi 3 octobre inclusivement. — Les externes de troisième année, qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat, seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1897 dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le mardi 20 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscriptions restera ouvert, de onze heures à trois heures, du mardi 1er au 30 octobre inclusivement. — Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou des fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

— Le concours de médecine pour les prix à décerner en 1896 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le lundi 14 décembre 1896, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. — Le registre d'inscriptions restera ouvert, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le concours de chirurgie et d'accouchement pour les prix à décerner en 1896 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le jeudi 17 décembre 1896, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscriptions restera ouvert de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. — Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Par décision ministérielle, en date du 24 juin 1896, un concours pour deux emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire s'ouvrira, le lundi 4 janvier 1897, à l'École du Val-de-Grâce.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : 1° Médecine opératoire et accouchements; 2° Physiologie et histologie.

Le concours aura lieu dans les formes et conditions prévues par les notes ministérielles du 26 décembre 1888 (Bulletin officiel du ministère de la Guerre, partie réglementaire, page 1363) et du 28 février 1890 (même bulletin, partie réglementaire, p. 333).

Les médecins-majors de deuxième classe qui désireraient concourir pour ces emplois en feront la demande par la voie hiérarchique au ministère de la Guerre (7e direction). Ces demandes devront parvenir au ministère avant le 15 décembre prochain, terme de rigueur; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent.

Dans le cas où des emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire deviendraient vacants par suite de l'admission à l'agrégation d'un ou de plusieurs titulaires, il serait également pourvu à leur remplacement le 4 janvier, dans les formes et conditions précitées. Une note ultérieure ferait connaître les parties de l'enseignement auxquelles se rapporteraient les emplois vacants et la date à laquelle devraient parvenir au ministère les demandes pour prendre part à ce concours.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Desgrez (Alexandre) est nommé chef du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales, en remplacement de M. Roger, dont la démission est acceptée.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Arnaud est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Poisson est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Boiffin, décédé.

— MM. les docteurs Sarrazin, maire de Sarlat, et Berthet (d'Albertville) viennent d'être élus députés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 78. — MARDI 7 JUILLET 1896. 69e ANNÉE. MARDI 7 JUILLET 1896. — N° 78

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 juillet 1896.

Les recherches sur la diphtérie sont toujours poursuivies avec zèle dans les deux hôpitaux d'enfants. M. Variot et son interne, M. Bayeux, viennent de communiquer à la Société médicale des hôpitaux d'intéressants essais qu'ils poursuivent depuis quelques semaines, à l'hôpital Trousseau, à propos du traitement du croup. On sait que la trachéotomie est actuellement remplacée, dans un grand nombre de cas, par le tubage, méthode française, puisqu'elle fut imaginée jadis par Bouchut, et qui nous est revenue comme une importation américaine, avec quelques perfectionnements. MM. Variot et Bayeux avaient remarqué déjà, depuis longtemps, que certains enfants, aussitôt après l'introduction du tube dans la glotte, sont pris d'un violent accès de toux qui leur fait rejeter le tube et, après lui, une quantité notable de fausses membranes. Il en résulte toujours une amélioration sensible dans l'état du petit malade. MM. Variot et Bayeux ont cherché à réaliser systématiquement ce qui se produisait par un simple accident. Ils ont substitué au tubage permanent le tubage intermittent, sans laisser le tube séjourner dans la cavité du larynx.

Dès que la dyspnée, le tirage, l'aspect cyanosé de la face réclament une intervention locale, on introduit, à travers le larynx, un tube de O'Dwyer, qui est retiré au bout de trois ou quatre minutes. On réalise, en quelque sorte, la dilatation extemporanée de la glotte. Mais le tube ne se comporte pas comme un simple cathéter, il décolle et refoule, du côté de la trachée, les fausses membranes qui sont expulsées ensuite dans une quinte de toux. Les auteurs comparent cette action à un véritable écouvillonnage des voies respiratoires supérieures.

Il est bon de remarquer, d'ailleurs, que ce n'est pas simplement par l'action mécanique des fausses membranes obturant le larynx que survient la suffocation dans le croup. Il s'y mêle un spasme de la glotte, dont l'action est souvent prépondérante. Ce ne sont pas les laryngites les plus riches en fausses membranes qui déterminent les plus forts accès de dyspnée.

Le tube de O'Dwyer, dans ces cas, a produit son effet dès qu'il a triomphé du spasme glottique; il est donc inutile de le laisser à demeure, d'autant plus qu'il est toujours facile de l'introduire de nouveau si la dyspnée commence. Un seul cathétérisme de ce genre a suffi quelquefois; deux, trois, quatre séances au plus, dans les vingt-quatre heures, suffisent largement pour régulariser la respiration et diminuer la dyspnée.

Il y aurait lieu, peut-être, de faire quelques réserves sur le refoulement des fausses membranes dans la trachée, car est-on vraiment en droit de compter sur l'effort naturel de la toux pour expulser ces membranes? N'y a-t-il pas quelque danger de les faire pénétrer plus profondément qu'on ne le voudrait dans les voies respiratoires? M. Variot propose d'employer en même temps le sirop de codéine, dont l'action calmante contribuerait puissamment à arrêter la dyspnée spasmodique. Tous ces moyens aideraient à attendre l'action curative du sérum de Roux et diminueraient, d'une manière très sensible, le nombre des interventions (trachéotomie ou tubage). On éviterait ainsi les accidents qui résultent quelquefois du séjour prolongé du tube dans le larynx, tels que les troubles de la déglutition, les ulcérations, quelquefois suivies de rétrécissements, etc.

M. Rendu a apporté une observation confirmant l'utilité de la réaction de Pfeiffer, pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, conformément aux indications données par M. F. Widal dans la dernière séance. Une malade de l'hôpital Necker présentait depuis onze jours le tableau classique et complet de la fièvre typhoïde, sauf la diarrhée et les taches rosées, dont l'absence, au onzième jour, rendait le diagnostic assez embarrassant. M. Rendu inclinait néanmoins vers la fièvre typhoïde et il avait traité la malade par les bains froids. Du sérum de cette femme, obtenu par une petite saignée, fut introduit dans des tubes contenant l'un des cultures de bacille d'Eberth, l'autre de coli-bacille. Le résultat fut négatif et des deux côtés les cultures continuèrent à se développer. La malade n'avait donc pas de fièvre typhoïde et on put lui donner plus promptement l'alimentation qu'elle réclamait.

M. F. Widal a lui-même recueilli de nouvelles observations à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Debove. Il s'agissait d'un malade présentant tous les signes d'une fièvre typhoïde, avec un souffle intense au cœur pouvant faire penser à une endocardite infectieuse. La réaction de Pfeiffer permit de reconnaître la fièvre typhoïde qui fut bientôt confirmée par l'apparition des taches rosées.

Il y a là évidemment une très remarquable application du laboratoire à la clinique et qui pourra chaque jour rendre de grands services, d'autant plus que cette méthode est très simple et vraiment à la portée de tout le monde.

M. Comby signale un nouveau cas de rash au cours de la varicelle. Ce rash est survenu, cette fois, au huitième jour de la maladie, s'accompagnant d'adénites et d'albuminurie. Comme l'a fait justement remarquer M. Sevestre, il s'agissait plutôt d'un érythème infectieux secondaire que d'un rash proprement dit et réellement lié à la varicelle.

L'apparition tardive de cet érythème, la coïncidence d'adénite, d'albuminurie, ne peuvent guère laisser de doute sur l'existence d'une infection secondaire. D'ailleurs, la plupart des rash, attribués à la varicelle, ne ressemblent guère à ceux de la variole, paraissent d'ailleurs avoir une certaine parenté avec les érythèmes infectieux. M. Galliard pense cependant qu'il y a de véritables rash précédant ou accompagnant l'éruption de varicelle et qu'on doit distinguer des éruptions dues aux infections secondaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

La pendaison; questions médico-légales (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur Reuss.)

IV

« La pendaison peut-elle être le résultat d'un accident? » Évidemment. On connaît l'histoire de matelots descendant dans les cordages d'un navire, dont la tête est prise accidentellement dans un nœud et qui meurent ainsi; je vous ai parlé d'acrobates anglais qui se pendaient en public, se faisaient dépendre à un signal convenu, et dont quelques-uns sont morts au cours de leurs expériences.

Enfin, la pendaison accidentelle n'est pas rare chez les enfants : on cite le cas d'une petite fille qui, voyant son frère faire de la gymnastique, voulut l'imiter et eut le cou pris dans une corde, formant comme un nœud coulant ou un anneau.

Au point de vue de la criminalité, je n'ai pas à insister sur ces pendaisons accidentelles.

Je m'étendrai plus longuement sur ce que j'appellerai les « tentatives complexes ». Quelques exemples vous feront comprendre immédiatement ce qu'il faut entendre par cette dénomination.

Lorain a cité le cas d'un individu qu'on trouva pendu à l'espagnolette d'une fenêtre de sa chambre; le cadavre de son fils était étendu au pied du lit, la tête couverte de plaies. L'homme pendu avait au moins soixante coups de couteau, il en était lardé. L'idée d'un crime surgit aussitôt. L'enquête a prouvé qu'aucun des coups de couteau, dont le corps du pendu était criblé, ne pénétrait au delà du tissu cellulaire sous-cutané; de plus, toutes ces blessures avaient leur siège sur la partie antérieure du corps, dans des régions facilement accessibles à la main de la personne elle-même : on retrouva le tisonnier, encore maculé de sang, qui avait servi à assommer le fils.

Les deux hommes avaient eu une violente discussion, au cours de laquelle le père avait frappé son fils, puis, désespéré de l'avoir tué, il avait essayé de se donner la mort en se frappant avec un mauvais couteau; ne réussissant pas, il s'était pendu.

Tardieu raconte un fait non moins intéressant : On trouve un individu pendu; il a une plaie de tête, son visage, ses mains, la corde, le sol, sont inondés de sang. L'hypothèse d'un crime se présente tout naturellement. On pense que cet homme a été tué, puis pendu, pour dépister les soupçons. L'enquête se poursuit, et l'on trouve des traces de pas allant de la maison où le corps a été trouvé à un puits appartenant au voisin. Ce puits n'avait pas de corde; on demande à cet homme pourquoi son puits était dépourvu de corde, il affirme au contraire qu'il y en avait une, et il reconnaît que c'est la corde de son puits qui a servi à la pendaison du voisin.

On peut reconstituer le suicide. L'individu avait essayé de se tuer, en se frappant à la tête. Ne réussissant pas, il alla chercher la corde du puits voisin et se pendit.

Dans des cas de ce genre, vous vous heurterez souvent aux arguments de la contre-partie : N'est-ce pas le voisin qui a tué cet homme? vous objectera-t-on.

M. Lacassagne a fait l'autopsie d'un homme qui s'est pendu après s'être tiré, sans succès, six coups de pistolet dans la tête.

Moi-même, j'ai fait l'autopsie d'un individu qui s'était suicidé en se jetant dans la Seine, et qui avait dû faire auparavant des tentatives infructueuses pour mettre fin à ses jours, car j'ai trouvé deux balles de revolver dans sa tête.

Vous trouverez relaté dans beaucoup d'auteurs, et surtout dans Taylor, l'histoire d'individus qui ont voulu se suicider en absorbant du poison. La mort ne venant pas assez vite, ou les douleurs devenant trop vives, ils se sont pendus, mettant ainsi fin, d'un seul coup, à leur vie et à leurs souffrances.

Le docteur de Rosen (d'Odessa) a publié un cas d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un suicide à deux. Un jeune homme de vingt et un ans et une jeune fille de dix-sept ans ont été trouvés pendus dans une chambre d'hôtel, de la façon suivante : ils avaient attaché ensemble un napperon et un fichu de laine noire; à chaque extrémité ils avaient fait un nœud coulant; puis ils avaient jeté le lien ainsi constitué par-dessus le battant d'une porte. Ils montèrent sur une chaise, passèrent au même moment le nœud coulant autour du cou, et renversèrent la chaise.

Dans une lettre que l'on retrouva sur un meuble, les deux jeunes gens avaient déclaré qu'ils avaient essayé d'abord de s'empoisonner avec du vinaigre, dans lequel ils avaient fait macérer des rognures de cuivre et des allumettes chimiques, puis de s'asphyxier à l'aide d'un réchaud; aucun de ces moyens n'ayant réussi, ces deux désespérés ont eu recours à la pendaison, et celle-ci n'a pas trompé leur attente.

Il y a, dans tous ces faits, un ensemble de circonstances souvent difficiles à interpréter. Quelquefois on constate sur le corps des pendus des traces de violences qui peuvent avoir une certaine valeur pour l'interprétation, mais dont il faut se méfier cependant. En effet, un ivrogne se fait très facilement lui-même, en se heurtant contre les murs, en tombant par terre, des violences dont la trace pourrait vous induire en erreur.

Deux étudiants invitent deux dames à dîner : ils avaient à peine fini le potage, que l'une des deux femmes devient insupportable et les étudiants la ramènent chez elle en la

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 765.

tenant chacun sous un bras, comme font les gardiens de la paix quand ils conduisent un malfaiteur au poste. Le lendemain, on la trouve noyée dans le canal Saint-Martin; la police constate que les bras de cette femme sont couverts d'ecchymoses, et elle envoie le corps à la Morgue. Ces ecchymoses, avons-nous dit, ne prouvent pas que cette fille ait été jetée dans le canal; elles ont pu être faites avant. L'enquête a démontré, en effet, que les étudiants avaient ramené cette femme chez elle et l'avaient quittée; qu'elle avait dormi, et furieuse, à son réveil, de constater qu'elle avait été abandonnée, elle était allée se jeter à l'eau. Cette fille a agi sous l'influence de l'ivresse, comme un alcoolique.

Dans un certain nombre de cas, a-t-on dit, la pendaison est consécutive à un meurtre. J'ai étudié les différents cas où les choses se sont en effet passées ainsi; j'ai acquis la conviction que ce n'est pas au moyen des signes de la pendaison que nous connaissons, mais par les circonstances concomitantes seules, que l'on est arrivé à découvrir la vérité.

Un matelot, raconte Casper, est tué d'un coup de couteau dans un lupanar; les femmes lavent le corps, lui mettent une chemise propre, cousent les lèvres de la plaie, afin d'empêcher l'écoulement de sang, et pendent le cadavre, essayant de faire croire à un suicide. Ce n'est qu'au moment de la mise en bière que le médecin de la police, en entr'ouvrant la chemise, découvrit la plaie de la poitrine : le cœur était perforé.

Tardieu rapporte le fait suivant, où l'assassinat a été démontré par une circonstance toute fortuite également. On trouve une vieille femme pendue; les voisins interrogés racontent que, à plusieurs reprises, cette femme avait dit qu'elle en avait assez de la vie, qu'elle était fatiguée de vivre, etc. Elle pouvait donc paraître avoir nourri des idées de suicide. Cependant, le médecin chargé de vérifier le décès constate sur le bas de la jupe de cette femme des taches de cendres; il s'étonne, examine le carreau de la pièce, constate que le carreau est soigneusement lavé, mais que dans les joints il y a un peu de cendre; il ne donne pas le permis d'inhumer, réclame l'autopsie, qui est pratiquée; cette vieille femme avait la bouche remplie de cendres. La fille et le gendre sont arrêtés, et ils finissent par avouer qu'ils avaient étouffé leur mère en lui appliquant la face sur un tas de cendres, pour ne pas nourrir plus longtemps une bouche inutile.

C'est donc une circonstance accessoire et toute fortuite qui a mis, dans ce cas, sur la trace du crime.

Enfin, il semble assez difficile de pendre un individu qui ne s'y prête pas. Lorsque la force musculaire de l'individu qu'il s'agit de pendre est à peu près égale à celle de l'individu qui veut commettre le crime, la chose est à peu près impossible; elle n'est réalisable que lorsque la force de l'assassin est de beaucoup supérieure à celle de la victime.

Hofmann cite le cas d'un tailleur de Vienne qui pendit successivement ses cinq enfants, dont le plus jeune avait un an et le plus âgé neuf ans. Quelquefois, le meurtrier réussit parce qu'il agit par surprise. Tardieu cite un rebouteur de Rouen, qui guérissait les rhumatismes, et qui a été pris dans les circonstances suivantes : un jour, à l'audience de la police correctionnelle, il avise un vieillard qui boitait; il le fait parler, lui dit qu'il peut le guérir et qu'il ira le voir le soir même; il lui recommande seulement de se munir à l'avance d'un clou et d'une corde. Le vieillard réfléchit à la proposition, prend peur et avertit le commissaire de police. Lorsque le rebouteur arrive chez lui, il est arrêté. L'enquête a prouvé que ce rebouteur avait ainsi pendu cinq ou six personnes, du suicide desquelles tout le monde avait été persuadé jusque-là. Il fut condamné et exécuté.

Je n'ai plus à vous citer que deux faits :

Il y a quelques années, on savait que les cochers, rentrant du dépôt à minuit ou une heure du matin, avaient leur paye dans la poche. Une bande de vauriens s'était associée pour les dévaliser. Elle opérait surtout rue Ordener, où se trouve un dépôt de la Compagnie des voitures. Ces individus se servaient d'une sorte de lasso qu'ils lançaient vivement autour du cou de leur victime, et qu'ils chargeaient ensuite sur leur épaule.

Une série de meurtres ont été ainsi perpétrés. Les compagnies ont pris des mesures; dès qu'on a su que les cochers ne portaient plus, le soir, leur recette du jour avec eux, les attaques ont cessé.

Il en a été de même à Londres.

La dernière tentative de pendaison criminelle dont j'aie à vous parler est celle dont Gabrielle Bompard et Eyraud se sont rendus coupables : elle n'a pas réussi d'ailleurs, en tant que tentative de pendaison.

Vous avez encore présents à la mémoire les détails de l'affaire.

La chambre avait une alcôve fermée par un rideau, en avant duquel se trouvait une chaise longue. Au-dessus de cette chaise longue, Eyraud et Gabrielle Bompard avaient fixé une poulie, dans laquelle jouait une corde, munie d'un mousqueton, dissimulée le long du rideau et revêtue, afin que Gouffé ne pût pas l'apercevoir, d'une étoffe pareille à celle du rideau. Gabrielle Bompard avait même pris le soin de nouer la branche mobile du mousqueton, afin qu'il n'y eût pas, à un moment donné, de cliquetis susceptible d'effaroucher Gouffé.

Eyraud se tenait derrière le rideau, prêt à tirer sur la corde, dès que Gabrielle, dans un moment physiologique que je n'ai pas besoin de vous décrire, aurait passé la cordelière de sa robe de chambre nouée en anneau autour du cou de Gouffé. Eh bien! les choses ne se sont pas passées ainsi que l'avaient pensé les deux complices, une circonstance imprévue interrompit la scène préparée, et Gouffé n'a pas été pendu, il a été étranglé.

Vous voyez donc que, si on peut pendre un enfant, un homme en état d'ivresse, en un mot un individu qui ne peut pas se défendre, il est difficile de pendre un adulte un peu vigoureux. C'est là un point qu'il ne faut pas perdre de vue, dans les affaires où vous serez commis.

Rappelez-vous, enfin, que la pendaison est un mode de suicide très fréquent et très généralisé, et que ce n'est que très rarement que l'on observe des pendaisons criminelles.

TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE

ATTÉNUÉE PAR LA RADIATION RÖNTGEN (1)

Par MM. L. Lortet et Genoud.

Toutes les personnes qui s'occupent de microbiologie connaissent les remarquables recherches de M. Arloing, d'une part, de M. Duclaux, d'autre part, sur l'influence atténuante et destructive de la végétabilité qu'exerce, à

(1) Communication à l'Académie des sciences.

l'égard de certaines bactéries, une exposition plus ou moins prolongée à l'influence de la radiation solaire.

Il était donc permis de croire que les rayons Röntgen, qui impressionnent si énergiquement la plaque photographique, ne resteraient point inactifs s'ils étaient mis en présence de bactéries pathogènes. Mais l'expérimentation ne pouvait se faire que sur des animaux vivants, car nous avions constaté la résistance considérable que les tubes à cultures, même très minces, opposent à la pénétration des rayons X. L'expérience suivante montre que nous ne nous étions pas trompés :

Le 23 avril 1896, huit cobayes de taille moyenne, et à peu près du même âge, sont inoculés au pli inguinal droit, après les précautions d'usage d'une antisepsie rigoureuse, avec du bouillon dans lequel on a trituré une rate d'un cobaye manifestement tuberculeux.

Le 25 avril, trois cobayes, pris au hasard dans ce lot d'animaux inoculés, sont attachés sur une planchette, les jambes écartées, couchés sur le dos, et présentant au tube radiant la région inguinale injectée.

La même opération est répétée chaque jour, pendant une heure au moins, depuis le 25 avril jusqu'au 18 juin.

Le 9 juin, les cinq cobayes témoins présentent au membre inoculé des abcès ganglionnaires qui se sont ouverts spontanément, et qui laissent écouler une suppuration blanchâtre. Les ganglions inguinaux du côté malade sont mous, empâtés au milieu des tissus circonvoisins.

Les trois animaux traités n'ont pas d'abcès, et leurs ganglions inguinaux sont durs, régulièrement circonscrits.

Le 18 juin, les cinq témoins suppurent abondamment au pli de l'aine ou à la cuisse. Ils ont fortement maigri. Les trois cobayes en traitement sont au contraire en très bon état. Ils ont augmenté de poids; leurs ganglions inguinaux, de petit volume, se ratatinent de jour en jour, sont parfaitement limités et ne présentent aucune tendance à la suppuration.

L'autopsie seule pourra nous montrer ce qu'est devenue la tuberculose chez ces derniers animaux. Nous n'avons évidemment pas la prétention de croire que nous en ayons fait disparaître toutes les propriétés nocives. Mais en attendant les résultats donnés par l'examen microscopique, nous croyons avoir le droit de dire que la radiation Röntgen a modifié le développement aigu de la tuberculose et en a transformé heureusement les allures chez les cobayes mis en expérience.

Ce résultat, quelque incomplet qu'il soit, peut cependant, pensons-nous, autoriser à soumettre à l'influence des rayons Röntgen des tuberculoses superficielles et limitées à la plèvre, ainsi que les ganglions tuberculeux du mésentère.

L'expérimentation nous a en effet prouvé qu'avec une instrumentation convenable et des piles assez puissantes, les parois thoraciques, ainsi que les poumons, sont traversés avec la plus grande facilité par les rayons X. Ceux-ci passent aussi très rapidement à travers les masses intestinales même remplies par les matières alimentaires.

Il serait donc logique et facile d'essayer sur ces régions tuberculisées, chez des enfants surtout, l'influence heureuse que nous avons constatée sur les cobayes tuberculisés expérimentalement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1896. — Présidence de M. MONOD.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA CHOLÉDOCOTOMIE

M. MONOD proteste contre l'assertion de M. Quénu qui considère l'exploration chirurgicale du foie comme sans danger et, avec M. Ricard, il soutient qu'il faut faire de son mieux le diagnostic médical avant d'intervenir.

Dans un cas d'obstruction du cholédoque, que M. Hanot avait jugée d'origine calculeuse, M. Monod pratiqua la laparotomie : le cholédoque ne contenait aucun calcul. Ce que voyant, le chirurgien fit l'abouchement de la vésicule avec une anse voisine d'intestin, en utilisant le bouton de Murphy. La malade succomba presque subitement le surlendemain. L'autopsie faite par M. Hanot ne permit pas de constater la cause de la mort. Il n'y avait ni épanchement de bile, ni péritonite. L'obstruction du cholédoque était due à un cancer de la tête du pancréas.

M. Monod se demande en terminant s'il n'eût pas mieux valu faire l'ouverture simple de la vésicule et la suture de l'orifice à la peau.

M. Michaux prend alors la parole pour résumer ce débat auquel a donné lieu la lecture de son rapport. Malgré MM. Quénu, Ricard et Lejars, il pense que l'incision latérale est préférable à l'incision médiane; il la considère comme l'incision exploratrice par excellence, quand il s'agit du foie et surtout de la vésicule, qui est le point de repère conduisant sur le cholédoque. Cette incision n'est pas plus hémorragique que l'incision médiane. Cette discussion ramène M. Quénu à la tribune. Ce chirurgien reprend les arguments sur lesquels il s'est déjà appuyé dans les séances précédentes et conclut en disant que la difficulté du diagnostic n'est pas de localiser l'obstruction biliaire dans le canal cholédoque, mais de reconnaître si cette obstruction est ou n'est pas de nature calculeuse. Aussi en commençant son opération, le chirurgien sait bien que c'est le cholédoque qui est obstrué; c'est sur lui, par l'incision médiane, qu'il doit faire porter ses premières recherches.

RAPPORT

Bouton anastomotique et tire-bouton de M. Hagopoff. — M. CHAPUT. Le bouton de M. Hagopoff a la forme d'une bague, dont la surface extérieure présente une gouttière circulaire large, mais peu profonde.

Voici comment on applique cet instrument, qu'il s'agisse d'une suture circulaire ou d'une entéro-anastomose : on introduit une partie du bouton dans un des orifices intestinaux et, avec une ligature en masse, on fixe l'intestin sur la gorge du bouton. On répète la même manœuvre sur l'autre orifice intestinal. On excise aux ciseaux les tissus exubérants qui dépassent la ligature, puis on exécute un étage de sutures séro-séreuses tout autour du bouton.

Le tire-bouton de M. Hagopoff est destiné à retirer le bouton par la bouche dans les cas de gastro-entérostomie.

Cet instrument a la forme d'une sonde œsophagienne à extrémité olivaire. La tige et l'olive sont creuses. Elles contiennent un long fil d'argent terminé en anse à l'extrémité de l'olive. On peut, par un mécanisme simple, faire saillir ou rentrer l'anse métallique.

Avec cet instrument, on peut, au moment de la gastro-entérostomie, retirer par la bouche un fil fixé au bouton; quelques jours après l'opération, lorsque le bouton est libre, on réintroduit le tire-bouton guidé par le fil tracteur jusqu'au contact du bouton, on retire alors ensemble le tire-bouton, le fil et le bouton lui-même.

Le principe du bouton de M. Hagopoff n'est pas absolument nouveau. Sachs, en 1890, en a construit un semblable;

j'ai moi-même fait faire un bouton analogue que je n'ai jamais présenté, ne le trouvant pas original.

La ligature en masse employée par l'auteur amène la formation d'un bourrelet destiné au sphacèle, qui gêne la réunion par une action mécanique et septique. En outre, cette ligature peut glisser et, dans ce cas, l'écoulement des matières dans le péritoine devient possible.

Ajoutons que la réunion n'est, en somme, assurée que par un seul étage séro-séreux, insuffisant pour donner une sécurité absolue.

Le tire-bouton est très ingénieux et remplit bien son rôle, mais il ne semble pas que son emploi soit bien indispensable ni sans inconvénients.

Il est, en effet, démontré que le séjour de boutons volumineux dans l'estomac est à peu près sans inconvénients; d'autre part, le bouton de M. Hagopoff est trop petit pour s'arrêter dans l'intestin et y provoquer des accidents; pour cette double raison, son extraction n'est pas indiquée.

Je ne crois pas non plus que l'introduction du tire-bouton dans l'estomac pendant la gastro-entérostomie soit sans inconvénients, car j'ai constaté à plusieurs reprises que le cathétérisme de l'œsophage dans le sommeil anesthésique provoque des vomissements qui pourraient dans l'espèce déverser les matières alimentaires dans le péritoine.

Pour toutes ces raisons, nous n'acceptons donc l'instrument de M. Hagopoff que sous toutes réserves; nous ne changerions d'avis que si l'auteur nous apportait un nombre important de succès opératoires chez l'homme; malheureusement pour sa thèse, l'instrument n'a pas encore été employé sur le vivant.

COMMUNICATION

M. FAURE lit une observation d'allongement opératoire des tendons des péroniers latéraux pour remédier à une contracture de ces muscles.

PRÉSENTATION DE MALADES

Greffes cutanées. — M. RECLUS présente des malades opérés par la combinaison des greffes italiennes, complétées par des greffes de Thiersch. Deux des résultats sont surtout remarquables : chez une jeune fille, il s'agit d'une ancienne brûlure de tout le bras et l'avant-bras droit, et chez un petit garçon d'une vaste brûlure de la cuisse droite.

M. BERGER n'a jamais combiné les deux méthodes, mais il est prêt à le faire ; il présente un malade qu'il a opéré d'un vaste épithélioma de la région frontale. Il a recouvert la perte de substance par des greffes cutanées, comprenant tout le derme, selon la méthode d'Ollier.

Suture osseuse. — M. ROBERT présente deux malades atteints de fracture traitée par la suture osseuse, et il fait passer sous les yeux des membres de la Société des épreuves radiographiques très démonstratives.

Le premier est un médecin de l'armée qui s'est fracturé l'olécrâne, le 10 février, en tombant de cheval. Traité du 11 février au 20 mars par l'immobilisation dans l'extension à l'aide d'une attelle plâtrée, il se trouvait dans des conditions satisfaisantes de réunion du fragment quand, dans une séance d'électrisation, survint une contraction brusque du triceps qui désunit le fragment de l'olécrâne.

La partie détachée ayant une tendance très marquée à basculer en arrière dès que l'on mettait le coude en flexion, la suture osseuse fut décidée et pratiquée le 8 avril ; deux anses de fil d'argent bien serrées, disposées suivant l'axe du cubitus, maintinrent exactement le fragment en place.

A l'aide des mouvements communiqués dès le 28 avril, la flexion du coude à angle droit fut obtenue facilement, la flexion plus complète fut plus difficile et plus douloureuse ; une résistance particulière s'accusait surtout en avant; néanmoins on finit par obtenir toute l'étendue désirable des mouvements de flexion et d'extension.

L'épreuve radiographique indique exactement la situation des deux anses du fil métallique et la disposition du fragment séparé du cubitus par l'interposition d'un cal fibreux ayant 5 millimètres d'épaisseur.

Le second malade est un sous-officier d'artillerie qui, tombant de cheval le 28 février, se fractura la rotule. L'os était brisé en quatre fragments, un épanchement de sang très abondant rendait l'exploration du genou difficile.

La suture fut pratiquée le 2 mars : trois points de suture métallique, disposés avec beaucoup de précaution, parvinrent à réunir exactement ces fragments.

Le 10 avril, le premier pansement est levé et le 15 avril des mouvements très modérés sont communiqués, mais la flexion s'obtient très difficilement et actuellement, avec la meilleure volonté du malade, on arrive seulement à la flexion à angle droit.

L'épreuve radiographique fait voir assez nettement la disposition des trois points de suture et permet de reconnaître un certain écartement entre le fragment supérieur et le fragment externe; la palpation de la rotule ne révèle cependant aucun vide en ce point, et il y a lieu de croire que l'espace est comblé par du tissu fibreux résistant ou par du tissu cartilagineux.

Les épreuves radiographiques paraissent donc avoir, comme application chirurgicale importante, l'avantage de pouvoir guider le chirurgien quant à l'étendue et à l'opportunité des mouvements à communiquer, car il peut ainsi vérifier entre temps la situation des fils de suture et reconnaître s'il se produit un écart entre les fragments.

Péritonite tuberculeuse et lésions des annexes. — M. NÉLATON présente une jeune malade, opérée, il y a plusieurs années, par Terrillon, et guérie d'une péritonite tuberculeuse. Cette malade fut reprise de douleurs pelviennes très intenses, et le toucher permettait de sentir deux masses inflammatoires de chaque côté de l'utérus. M. Nélaton pratiqua une nouvelle laparotomie qui lui permit de vérifier la guérison de la péritonite, mais qui lui montra des trompes très malades qu'il dut enlever. Ces trompes étaient tuberculeuses, aussi l'orateur se demande si, lors de la première opération, il n'eût pas mieux valu faire de suite cette extirpation afin d'éviter une nouvelle intervention à la malade. Dorénavant, M. Nélaton n'hésitera plus s'il trouve les annexes malades, au cours d'une laparotomie pour tuberculose, à en pratiquer l'ablation.

M. RICARD signale un cas où, d'emblée, il pratiqua cette double extirpation salpingienne, la malade guérit définitivement, et maintenant c'est une robuste paysanne qui s'adonne aux durs travaux de la campagne.

M. WALTHER, dans un cas semblable, a cependant laissé les annexes, et la malade a guéri. Il résulte des communications de MM. Richelot, Quénu, Championnière, qu'on ne peut, à cet égard, poser de règle définitive et que le chirurgien doit se guider suivant les cas.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'ergotisme (1), par le docteur Edward EHLERS (de Copenhague).

Le volume que vient de publier M. Ehlers sur l'ergotisme n'a pas seulement un grand intérêt historique, c'est un ouvrage de haute critique.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le savant dermatologiste danois a suivi pas à pas, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, les diverses manifestations morbides, sporadiques ou épidémiques, que les anciens avaient désignées sous le nom de « feu sacré », de « feu de Saint-Antoine » et il a démontré qu'aussi bien dans l'ancien temps, qu'au moyen âge, qu'au XVIIIe siècle et jusqu'au XIXe siècle, ces manifestations étaient toutes le résultat d'une intoxication par des farines contenant l'ergot de seigle.

Son étude est des plus intéressantes, d'une lecture agréable, car à chaque page on sent l'idée philosophique qui doit toujours dominer l'historien.

Ceux que les études historiques intéressent liront donc, avec le plus grand plaisir, le livre de M. Ehlers; les cliniciens y trouveront aussi des enseignements.

L'ergotisme, en effet, sous des formes alternées, il est vrai, n'a pas encore disparu de la nosologie actuelle; en outre, M. Ehlers montre que certaines affections, sur la nature desquelles on discute encore, pourraient bien n'être que des manifestations de l'empoisonnement par l'ergot. Telles sont l'acrodynie, la maladie de Raynaud et l'érythromélalgie.

Précis élémentaire de dermatologie. Maladies en particulier [IVe et dernier volume : « Dermatoses d'origine nerveuse. Formulaire »] (1), par les docteurs L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris, et L. Jacquet, médecin assistant à l'hôpital Saint-Louis.

Ce volume renferme toutes les maladies qui semblent imputables, directement ou indirectement, à une lésion ou perturbation du système nerveux.

Ainsi les lichens, le prurigo, le prurit, l'urticaire, les scléroses de la peau, les trophodermatoses, etc., y ont été étudiés dans le même esprit que les affections dont traitaient les précédents volumes.

Un formulaire succinct résume les diverses préparations usuelles auxquelles le praticien doit avoir recours.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Ordre des réceptions. — La réception des membres du Congrès aura lieu le lundi 3 août, à l'Examination Hall, Victoria Embankment, de midi à six heures, pour la distribution des cartes de membres et des programmes divers.

Le soir même, réception des membres étrangers par les membres anglais du Congrès à l'International Hall, café Monico, Piccadilly-Circus, de neuf heures à minuit.

Le mardi 4, à onze heures du matin : Séance d'ouverture.

Le mercredi 5 : Réception le soir chez le lord-maire, Mansion House, de neuf à onze heures.

Le vendredi 7 : Banquet offert aux membres étrangers à l'Hôtel Cecil.

Il est recommandé d'arriver à Londres de préférence le dimanche 2 août, le lundi 3 étant un jour de fête nationale.

Présentations de malades. — Un grand nombre de cas cliniques ont été réunis pour être présentés entre les séances de discussions. Voici l'ordre de ces présentations.

Mercredi 5 août, à neuf heures : Cas de lichen plan, lichen acuminé, pityriasis rubra pilaire, lichen simplex chronique (de Vidal), etc. Prurigo. Kératose pilaire et diverses kératoses. Angiokératome. Ichtyose. — A deux heures : Tumeurs de la peau. Hydrocystome. Adénomes. Angiomes. Fibromes. Xanthome. Carcinome. Rodens ulcer. Keroderma pigmentosum. Sarcome cutané. Mycosis fongoïde.

Jeudi 6 août, à neuf heures : Tuberculose cutanée (types divers). Erythème induré des scrofuleux. Acné. Lichen scrofulosorum. — A deux heures : Maladies parasitaires d'origine végétale observées en Angleterre.

Vendredi 7 août, à neuf heures : Purpura. Urticaire pigmentaire. Dermatite herpétiforme. Pemphigus. Pemphigus végétant. Hydroa estival et autres variétés. — A deux heures : Cas de syphilis.

Samedi 8 août, à neuf heures : Maladies de la peau en rapport avec des troubles du système nerveux. Syringomyélie. Sclérodermie, etc. Lèpre.

Nous rappelons, en outre, qu'il y aura une exposition permanente de moulages, photographies et dessins relatifs aux maladies de la peau, ainsi qu'un choix très grand et varié de préparations histologiques, et de cultures au moyen desquelles seront faites des démonstrations et des projections.

Comme on le voit, les organisateurs du Congrès n'ont rien négligé pour qu'à côté de la partie théorique il y ait de véritables leçons de choses.

Les personnes qui désireraient envoyer des préparations, des cultures ou des reproductions, sont priées de vouloir bien en informer le comité le plus tôt possible.

Les docteurs en médecine français qui désirent prendre part au Congrès et ne se sont pas encore fait inscrire sont priés d'envoyer leur adhésion et leur souscription (25 fr.), sans retard à M. le docteur Feulard, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 8 juillet. — Suite de la discussion sur les greffes chirurgicales (MM. Kirmisson, Schwartz, Monod).

Rapport : Sur une observation de cholécystentérostomie, par M. Delbet. (Rapport par M. Broca.)

Communication : Sur la résection du ganglion de Gasser, par M. Poirier.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 juin 1896, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Garran de Balzan (de Paris).

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Dudon, arrivé à l'expiration de son temps de service, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. — M. Pousson passe de l'hôpital des Enfants à l'hôpital Saint-André. — M. Monod, chirurgien-adjoint, devient titulaire à l'hôpital des Enfants.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Stage hospitalier. — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-1897 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-1897, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de médecine de Paris, savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième (régime de 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires et avant le 15 octobre 1896, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1896 (comme il est indiqué ci-dessus) ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le

dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les billets d'aller et retour délivrés du 11 au 18 juillet inclusivement, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 20 juillet.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avions déjà la sérothérapie, nous avons maintenant le sérodiagnostic. Ainsi que l'indique ce néologisme, cette méthode consiste à se servir du sérum, non plus comme agent thérapeutique, mais bien comme élément de diagnostic. Nos lecteurs ont pu voir, dans les derniers comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 758 et 785), comment, à l'aide la réaction de Pfeiffer, il devenait aisé pour tout le monde d'assurer le diagnostic de la fièvre typhoïde. Les nouvelles recherches de M. Widal sur ce sujet, les observations de MM. Rendu, Debove, etc., ne peuvent laisser aucun doute sur l'utilité de cette nouvelle méthode. M. Dieulafoy vient, à son tour, de porter à la tribune de l'Académie des observations prises dans son service et non moins confirmatives. Il termine sa communication par cette conclusion que cette découverte est une preuve irréfutable de la spécificité de la fièvre typhoïde.

M. Lannelongue a fait une intéressante communication sur la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant par la méthode sclérogène. Les faits qu'il apporte ne sont pas encore de date assez ancienne pour qu'on puisse porter un jugement définitif sur cette nouvelle application de la méthode.

Sur un rapport de M. Debove, l'Académie a décidé qu'il n'y aurait pas lieu d'accorder, cette année, le prix Saint-Paul.

Il n'y aura pas de séance mardi prochain, jour de la Fête nationale.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. J. Comby.

Hémophilie chez une fillette de onze mois (1).

L'hémophilie est très rarement observée en France, et surtout à Paris; c'est une maladie des races germaniques et des pays septentrionaux.

Cependant on la rencontre de temps à autre, et il ne faut pas la perdre complètement de vue, car elle peut se présenter au moment où on s'y attend le moins.

Notre collègue, M. Chauffard, nous a présenté, il y a quelques mois, une malade qui était nettement hémophilique, avec télangiectasies cutanées et muqueuses multiples, sans antécédents héréditaires.

Le cas que je vous soumets aujourd'hui diffère du précédent par l'âge de la malade, car il s'agit d'une fillette hémophilique presque dès sa naissance; et aussi par les relations héréditaires habituelles que j'ai pu constater, car si le père et la mère sont sains, l'oncle paternel est mort d'épistaxis incoercible.

Le 8 juin 1896, on me conduit, à la consultation de l'hôpital Trousseau, une fillette de onze mois, que j'avais déjà vue à l'âge de trois mois pour des accidents analogues à ceux dont elle souffre actuellement. Elle est prise, depuis les premières semaines de la vie, d'épistaxis spontanées se faisant par l'une ou par l'autre narine, sans provocation aucune, se répétant pendant le sommeil comme pendant la veille, s'arrêtant très difficilement, et récidivant d'une façon inquiétante.

De plus, il survient de temps à autre des hémorragies par la bouche, par la langue et même par l'intestin (mélæna à plusieurs reprises, sang rouge dans les garde-robes).

Outre ces hémorragies par les muqueuses, l'enfant présente, à la moindre égratignure, des hémorragies cutanées très difficiles à tarir. Actuellement, elle porte, à la face interne du pavillon auriculaire droit, une croûtelle sanguine, reste d'un saignement récent, et qu'il faut respecter si l'on ne veut avoir une hémorragie nouvelle; la mère en a fait plusieurs fois l'expérience.

Ce n'est pas tout : des ecchymoses se font incessamment dans le derme, et on voit à la face dorsale des bras et des avant-bras de nombreuses macules analogues à celles qui succèdent aux nodosités de la dermatite contusiforme (érythème noueux).

Malgré la multiplicité et la fréquence de ces hémorragies, malgré la pâleur du teint qui en résulte, l'enfant est vive, alerte, bien en chair. Il est vrai qu'elle est nourrie au sein par sa mère, excellente nourrice. Elle se tient debout et commence à marcher. Ses fonctions digestives sont parfaites : il n'y a rien au cœur ni dans les poumons.

Il y a deux mois, — la fillette n'avait alors que neuf mois, — elle a ingurgité en jouant une épingle anglaise de plus de 3 centimètres de longueur. Cela se passait un mardi, à dix heures du matin; la mère a appelé un médecin, qui a administré un vomitif sans succès.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

Le samedi suivant, à sept heures du matin, c'est-à-dire quatre-vingt-huit heures après l'ingestion, le corps étranger se présentait à l'anus. Le médecin a pu l'extraire avec quelque difficulté, et l'on a constaté qu'une des branches de l'épingle était brisée par le milieu. Il est à remarquer que la migration de ce corps étranger n'a pas déterminé d'hémorragie intestinale.

Il n'y a pas d'autre enfant dans la famille; une fille de dix-huit mois serait morte de fièvre typhoïde, une autre serait morte athrepsique, à sept mois; elles ne présentaient pas d'hémorragies.

La mère, âgée de trente-trois ans, est une femme forte, brune, bien constituée, de race auvergnate; elle est née dans les environs de Clermont-Ferrand.

Le père, très brun aussi, âgé de trente et un ans, est né à Clermont. Ils ne sont hémophiles ni l'un ni l'autre. Mais le père a eu des accidents cérébraux inquiétants, pour lesquels il est entré à l'hôpital Saint-Antoine; il a été aphasique, on l'a électrisé, etc.

Le frère du père, oncle de la fillette hémophilique, est mort à vingt et un ans, d'épistaxis incoercible. Il était très sujet aux hémorragies spontanées qui, à plusieurs reprises, ont mis sa vie en danger, et qui ont fini par entraîner prématurément sa mort.

L'hémophilie était donc représentée dans l'hérédité du côté paternel. Je n'ai pas pu avoir d'autres renseignements sur la famille de cette enfant.

Quoi qu'il en soit, nous nous trouvons en présence d'une hémophilie précoce, constatée dès la troisième semaine de la vie (épistaxis et ecchymoses), et se continuant avec persistance sans troubler le développement de l'enfant. On sait que l'hémophilie est très rare chez les filles, dix fois plus rare au moins que chez les garçons.

Mais on sait aussi que les filles ne présentent généralement pas d'hémorragies, elles conservent le fâcheux privilège de transmettre l'hémophilie à leur descendance masculine; de sorte que l'hémophilie s'accuse dans le sexe masculin et se transmet par les deux sexes.

Quel est l'avenir réservé à cette enfant?

On sait que les hémophiles meurent jeunes, leur vie étant à la merci d'un accident hémorragique, d'un traumatisme insignifiant, d'une extraction de dent, d'une coupure, etc. D'autre part, si cette fille survit, si elle fait souche, elle pourra créer une famille hémophilique, qui, malgré cette tare, ne manquera pas de croître et de multiplier. Le pronostic, quant à la malade elle-même et quant à sa descendance, doit être, par conséquent, très réservé. Je n'ai pas parlé du traitement, parce que, jusqu'à présent, nous n'en connaissons pas d'efficace; j'ai prescrit le perchlorure de fer, j'ai recommandé la plus grande prudence relative à la protection de la peau et des muqueuses accessibles, une bonne hygiène, etc. Mais cette thérapeutique est purement palliative.

TRAITEMENT DE L'INSOLATION DANS L'ARMÉE (1)

Par le docteur L. de Santi,
Médecin-major de première classe.

Le traitement de l'insolation se divise, comme celui de tous les accidents du soldat, en traitement prophylactique et traitement curatif.

Or, comme la chaleur solaire a été considérée comme le facteur le plus important, essentiel même des accidents de l'insolation, on trouvera dans tous les traités d'hygiène militaire l'ensemble des mesures banales qui sont conseillées pour mettre autant que possible le soldat en marche à l'abri de la chaleur et de ses méfaits. Ces mesures, rappelées annuellement dans les corps d'armée, à l'époque des manœuvres, par les directeurs du service de santé, ont été résumées de la sorte dans une instruction :

1° Partir, suivant l'étape, de telle façon qu'on soit le moins possible surpris par la grande chaleur. — 2° A l'étape, ménager le soldat et recommander la sobriété. — 3° Veiller à ce que les cravates et les cols de chemise ne soient pas trop serrés. — 4° Marcher par rangs séparés et non par rangs serrés. — 5° Faire des haltes fréquentes. — 6° Pendant une halte au soleil, défendre aux hommes de se coucher horizontalement.

Ces recommandations sont excellentes et doivent assurément être prises en grande considération; mais il ne faut pas oublier aussi que l'insolation ne frappe pas en aveugle dans les rangs, qu'elle s'adresse à certaines catégories d'individus.

Ce sont, comme nous l'avons dit, tous ceux dont le cœur, soit en vertu de prédispositions individuelles, soit sous l'influence d'un état pathologique antérieur, présente une faiblesse particulière. Ce sont les malingres, les souffreteux, les anémiques, les convalescents, les alcooliques, les paludéens; tous ceux, en un mot, dont une tare, héréditaire ou acquise, a diminué la résistance ou accru l'impressionnabilité morbide. Tous ceux-là doivent être soustraits aux causes d'insolation et, par conséquent, ne doivent pas être soumis aux épreuves de la vie militaire, encore moins être amenés en campagne; de telle sorte que la prophylaxie de l'insolation réside bien plus dans la sélection rigoureuse des contingents destinés à affronter la fatigue et la chaleur, que dans la préservation — toujours difficile, sinon impossible — de ces fatigues et de ces chaleurs.

Pour ce qui concerne le traitement curatif, on comprend qu'il devra varier assez notablement suivant le genre et l'espèce des accidents qu'on aura à traiter. Ainsi, si l'on a affaire à de simples accidents asphyxiques, il suffira de coucher un instant le malade à l'ombre, de défaire ses vêtements, de dégager son cou, sa ceinture, sa poitrine, pour lui permettre de respirer à l'aise, de lui donner un peu d'air par la ventilation, un peu de fraîcheur par les affusions d'eau; enfin de ranimer l'activité de son cœur par quelques excitations énergiques, comme la flagellation, l'inspiration de quelques gouttes d'éther ou d'acide acétique, pour dissiper ces accidents.

Mais si l'on a affaire à des accidents asphyxiques chez un individu déjà très anémié ou à des phénomènes d'intoxication relevant du surmenage ou du paludisme, il est évident qu'il faudra recourir à une thérapeutique plus active.

Pour le cas de l'accès pernicieux, il n'y a qu'un remède, bien connu, actif, héroïque même, mais malheureusement unique et qu'on n'a pas toujours sous la main, c'est la quinine. Il faut alors sans hésiter ouvrir une veine du malade et lui injecter uue solution de quinine, ou, si l'on n'est pas outillé pour ce mode d'intervention, recourir aux injections sous-cutanées multipliées de sel de quinine. Nous usons, pour les cas de ce genre, d'une solution de chlorhydrate de quinine ainsi formulée :

(1) *Arch. gén. de méd.*, juillet 1896.

Chlorhydrate de quinine.	} ââ	4 grammes.
Antipyrine.	}	
Eau distillée		6 —

Cette solution préparée à chaud se maintient assez bien à l'état liquide, du moins en Algérie; mais si elle cristallise, il suffit de la chauffer légèrement pour lui rendre instantanément sa limpidité.

Le point délicat de la question est que le diagnostic de l'accès pernicieux n'est pas aisé à faire en marche, car il exigerait un examen microscopique du sang qu'on ne peut faire à cheval. Mais en définitive, la quinine n'est pas un poison et, puisque chaque médecin est, en général, armé de sa seringue Pravaz, rien ne l'empêche d'avoir aussi dans son sac d'ambulance une solution de quinine dont il pourra, dans les cas douteux, se servir à tout hasard. S'il n'a pas affaire à un cas pernicieux, il n'en résultera d'autre mal pour le patient que quelques piqûres sans gravité; si, au contraire, c'est le poison paludéen qui est en jeu, le malade pourra être sauvé.

Mais, indépendamment de cette médication toute spéciale, quel doit être le traitement général des insolations? Cette question est plutôt du domaine des « premiers secours » que de celui de la médecine, car ici l'efficacité des soins dépend souvent de leur rapidité. Aussi nombre d'instructions et de manuels ont-ils été publiés à l'usage des infirmiers, brancardiers, officiers, soldats, voyageurs, etc., pour indiquer à ces médecins improvisés la conduite qu'ils auraient à tenir dans les cas d'insolation.

Ces instructions sont excellentes; malheureusement, elles sont rares pour l'armée française. L'*Instruction sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés*, de 1881, qui faisait partie des rouleaux de secours de chaque bataillon, est la seule qui puisse être invoquée; encore était-elle très insuffisante. Quant au nouveau *Manuel de l'infirmier et du brancardier*, bien qu'il indique les moyens de maintenir les fractures et d'arrêter les hémorragies sur le champ de bataille, c'est-à-dire d'injecter les plaies, et qu'il renferme même une théorie de la manœuvre des pompes à incendie, il est muet sur la question du collapsus.

Il n'en est pas de même dans l'armée allemande, mais ici les indications données par les manuels de l'infirmier de visite sont tellement techniques et compliquées qu'il faut être médecin pour les comprendre. C'est pourquoi le médecin bavarois Rötter, reprenant cette question dans un excellent travail, établissait que, lorsqu'on ne s'adressait ni à des médecins, ni à des étudiants en médecine, il est inutile de faire de savantes distinctions; il suffit simplement de séparer les cas dans lesquels le malade respire encore des cas où il ne respire plus.

La respiration et la circulation étant en effet deux fonctions connexes, quand l'une s'arrête, l'autre ne peut continuer. Si donc un malade ne respire plus, c'est que son cœur ne bat guère, c'est que son état est grave. Toute la question revient donc, suivant que le malade ne respire pas ou respire, c'est-à-dire est dans un état grave ou peu alarmant, à appliquer le traitement des cas graves ou des cas légers de collapsus. Ce dernier est à la portée de tous les profanes. Il consiste à coucher le malade à l'ombre et par conséquent à improviser un abri, s'il n'en existe pas; à déboutonner les vêtements pour faciliter la circulation; à appliquer des compresses humides sur la tête; à réveiller la sensibilité olfactive à l'aide d'un liquide volatil; à frictionner vigoureusement les bras et les jambes. Quand le malade reviendra à lui, on lui fera boire quelques gorgées de boisson cordiale ou stimulante. Tout cela est fort simple et suffit toujours pour dissiper les accidents.

Il n'en est malheureusement pas de même dans l'autre cas, quand le malade ne respire plus. Ici, le premier devoir des assistants est d'appeler un médecin et, en attendant, de pratiquer les manœuvres, les aspersions, les frictions, etc., qui ont été conseillées dans les cas précédents. Mais le médecin, que fera-t-il?

Évidemment son programme est simple. Qu'il s'agisse d'asphyxie, de choc traumatique, d'intoxication ou de collapsus infectieux, il doit ranimer par tous les moyens possibles l'action défaillante ou déjà suspendue du cœur, et surtout il doit agir vite, car la contractilité des fibres survit peu à la cessation des contractions, et chaque minute perdue peut coûter la vie au malade. Or, comment agir sur cette contractilité qu'il faut réveiller, exciter, sous peine de mort?

Ici, à la vérité, les manuels et les instructions sont singulièrement discrets. La plupart se bornent à conseiller pour exciter le cœur, organe assez peu accessible aux excitations et d'ailleurs profondément caché dans la poitrine et protégé par une solide cuirasse osseuse, de recourir aux frictions précordiales. Ce moyen est, en réalité, illusoire; jamais frictions de la paroi thoracique ne remettraient le cœur en mouvement, si celui-ci était arrêté.

D'autres ont conseillé la flagellation et, ce qui vaut mieux, l'excitation directe, à l'aide du pincement du muscle diaphragme. Comme ce muscle est un de ceux qui concourent le plus activement à la respiration et comme il y a, dans les muscles qui concourent à la même fonction, une évidente solidarité, on pourra, en effet, dans certains cas, par ce moyen, rétablir la respiration et par suite la circulation, les deux fonctions étant connexes. Rötter préconise vivement l'emploi d'une révulsion énergique sur la région du cœur, telle que la moxa, le marteau de Mayor, l'application de cire à cacheter brûlante, les pointes de feu et les larges scarifications qu'on frotte de sel.

Enfin on a conseillé d'exciter directement la contractilité du cœur par un courant électrique. Le moyen serait excellent si l'on avait toujours sous la main un appareil électrique prêt à fonctionner et assez puissant pour donner un courant capable de traverser la poitrine. Or, ce n'est pas généralement le cas. Reste, parmi les moyens généralement conseillés contre les asphyxies ou contre le collapsus, la respiration artificielle.

En réalité, c'est le seul moyen pratique et efficace d'action sur le cœur. A l'aide de la respiration artificielle, qu'elle soit faite par l'élévation des bras (ce qui est le procédé de Sylvester), ou par l'élévation des épaules (ce qui est le procédé de Pacini), ou par la traction rythmée de la langue (ce qui est le procédé de Laborde), on fait pénétrer mécaniquement l'oxygène dans le sang et on chasse ce sang des poumons dans le cœur. Or, il n'y a pas d'excitant plus énergique pour la membrane interne du cœur que l'oxygène de l'air. On a vu par ce procédé des individus, qui ne donnaient plus signe de vie depuis plusieurs heures, ressusciter en quelque sorte; seulement il ne faut pas se décourager.

Mais à la respiration artificielle, il est bon d'ajouter un second moyen thérapeutique, aujourd'hui passé dans la pratique courante et dont l'indication dans le collapsus est urgente, c'est l'injection sous-cutanée d'un agent excitant qui, passant par absorption dans la masse du sang, est rapide-

ment amené au cœur et dont le contact avec l'endocarde provoque énergiquement les contractions du cœur. L'agent dont on se sert le plus souvent dans ce but est l'éther sulfurique, et la pratique a, depuis longtemps, démontré l'innocuité de son emploi.

Or les injections d'éther, qui rendent journellement de si grands services dans le traitement du collapsus post-hémorragique et du choc traumatique, ne sont pas moins indiquées, comme excitants cardiaques, dans les insolations graves et en général dans tous les accidents qui se caractérisent par la défaillance du cœur.

C'est ce qui a été compris en Allemagne, où une note ministérielle du 18 juillet 1890 a prescrit à tout médecin militaire de porter sur lui-même (et non dans le sac d'ambulance), pendant les marches d'été, une seringue de Pravaz et un flacon renfermant 20 grammes d'éther en cas d'insolation.

Cette mesure a donné d'excellents résultats, c'est pourquoi on ne saurait trop en recommander l'adoption dans l'armée française.

REVUE DE LA PRESSE

Ankyloses blennorragiques. — M. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, résume ainsi une note qu'il vient de publier dans le *Journal des praticiens* :

« L'arthrite blennorragique est une arthrite souvent ankylosante ; souvent encore le chirurgien ne pourra faire autrement que d'obtenir une ankylose en bonne position ; cette terminaison est heureusement modifiée par l'arthrotomie et le lavage antiseptique ; il est enfin des cas où les mouvements peuvent être rétablis grâce à la patience du malade, à la douceur, au tact et à la persévérance du chirurgien. »

Urine du vieillard valide. — MM. N. Monnier et A. Rousseau résument ainsi, dans la *Gazette médicale de Nantes*, leurs recherches sur quelques caractères de l'urine chez le vieillard valide.

« Tous les caractères de l'urine sénile que nous avons passés en revue, la quantité, la densité, le chiffre de l'urée, sont des plus sujets à varier, non seulement suivant les individus, mais encore suivant les jours. A ce point de vue, l'histoire de l'urine sénile se confond bien avec celle de l'adulte. Mais la conséquence pratique qui nous paraît résulter de cette constatation, c'est qu'une étude sur les caractères de l'urine doit porter sur un grand nombre de sujets et s'appuyer sur une assez longue période d'observation. La quantité d'urine émise chaque jour par le vieillard valide n'est pas, en moyenne, inférieure à celle de l'adulte. Et si, de plus, on fait entrer en ligne de compte la notion de l'abaissement du poids chez le vieillard et celle de la diminution de la quantité des boissons ingérées, on peut assez légitimement être porté à regarder le vieillard comme étant plutôt un polyurique. La densité est diminuée assez notablement, indice que l'urine du vieillard est appauvrie en éléments solides. La proportion d'urée par litre est abaissée et le chiffre de l'élimination quotidienne de cette substance est plus faible que chez l'adulte, mais peut-être un peu moins qu'on ne l'a dit. Enfin, chez le vieillard valide, en particulier chez le vieillard qui n'est pas un cardiaque avéré, l'albuminurie ne se rencontre guère qu'à l'état d'exception. On peut en dire autant de la glycose. »

Mortinatalité et naissances prématurées. — M. le docteur Jacques Bertillon résume ainsi, dans la *Revue d'hygiène*, ses recherches sur la mortinatalité et les naissances prématurées, selon l'âge du fœtus et selon l'âge de la mère.

Les chiffres de Lyon, ceux de la ville de Vienne confirment dans leur ensemble les conclusions formulées à la fin du mémoire que je présentais à la Société de médecine publique en 1893.

L'étude de la mortinatalité pendant et après le siège de Paris confirme l'influence que la misère de la mère exerce sur la mortinatalité. A. Elle s'est fait sentir pendant la durée du siège sur des enfants conçus en temps de paix. B. La mortinatalité a été (ou du moins paraît avoir été) très faible aussitôt après la fin du siège. C. Elle a été considérable neuf mois après le siège ; pour les enfants conçus à la fin du siège, nous avons la mortinatalité selon le mois de gestation ; elle a été considérable pendant le septième, le huitième et le neuvième mois.

Étant donné que la mortinatalité augmente avec l'âge de la mère (après trente ans), nous avons cherché à quelles époques de la grossesse cette influence fâcheuse se fait sentir. Nous avons vu qu'elle s'exerce : 1° pendant les quatre premiers mois de la grossesse ; 2° pendant le neuvième mois. Quant aux cinquième, sixième, septième et huitième mois, la mortinatalité qui leur est propre n'est guère influencée par l'âge de la mère, excepté lorsque celle-ci a dépassé quarante ans et surtout lorsqu'elle a dépassé quarante-cinq ans.

Les mêmes règles se vérifient, quels que soient le sexe et l'état civil des enfants (la mortinatalité des garçons l'emportant toujours sur celle des filles et celle des illégitimes sur celle des légitimes).

La fréquence des naissances prématurées (d'enfants présentés vivants à l'officier de l'état civil) est plus grande pour les petits garçons que pour les petites filles, plus grande pour les illégitimes que pour les légitimes. Elle varie donc en raison de la mortinatalité propre au groupe de naissances que l'on considère.

Toutefois la probabilité d'accoucher prématurément (d'enfants morts ou vivants) diminue selon l'âge de la mère, jusqu'à trente ou trente-quatre ans.

Mais l'enfant a d'autant plus de chances de survie que sa mère est plus jeune. »

Mariages consanguins. — M. le docteur Paul Perrin (Th. de Paris, 1895-1896, n° 213) propose comme ligne de conduite, au médecin consulté pour un mariage entre parents, l'opinion suivante :

« Si les deux futurs et leurs parents n'ont aucune diathèse, aucune maladie héréditaire, sont de belle santé, de forte constitution, dans de bonnes conditions climatologiques et hygiéniques, le médecin ne devra pas déconseiller le mariage, mais il ne devra pas non plus l'encourager ; il fera observer que bon nombre d'unions répondant à ces conditions ont donné naissance à des enfants présentant des tares fâcheuses et irrémédiables,

Mais si le médecin découvre la moindre trace de quelque affection physique ou de quelque trouble psychique, il devra user de toute son influence pour empêcher le mariage de se faire. Dans ce cas, l'hérédité convergente donnerait sûrement des résultats déplorables. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1896. — Présidence de M. Hervieux.

PRÉSENTATION DE MALADES

Traitement de la hernie inguinale chez les enfants par les injections de chlorure de zinc. — M. Lannelongue présente quatre enfants qu'on a traités par ce moyen.

Les précautions antiseptiques étant prises, l'enfant étant anesthésié, un aide place ses doigts sur la paroi abdominale, vis-à-vis l'orifice inguinal profond, pour éviter toute effusion de liquide dans le péritoine. On injecte une solution de chlorure de zinc à 1/10; on distribue les piqûres autour du canal inguinal et de son orifice externe. Cinq piqûres de v à vi gouttes chacune paraissent suffisantes. On en fait deux en dehors, deux en dedans, une en bas. Il suffit de faire passer l'extrémité de l'aiguille au-dessous du cordon, que l'on récline, et de l'enfoncer jusqu'à l'os pubien. On applique ensuite un pansement compressif. La durée de l'opération est de trois minutes.

Les résultats immédiats sont les suivants : gonflement énorme de toute la région, s'étendant en profondeur jusqu'au péritoine, en bas jusqu'à l'os, dépassant en dedans la ligne médiane; gonflement dur, scléreux, adhérent à l'os et à la peau et effaçant le canal inguinal; vaginalite séreuse d'abord, plastique ensuite, qui témoigne de l'oblitération du canal vagino-péritonéal et du sac herniaire. Pas d'autre complication qu'une petite eschare, que l'on n'a vue que dans un seul cas, eschare qui est toujours superficielle.

Les enfants se lèvent au bout de huit jours, peuvent sortir de l'hôpital au bout de douze jours, et, quand on les examine, on trouve un bouchon induré au-devant du canal inguinal; un canal inguinal oblitéré, dans lequel le doigt déprimant le scrotum ne peut pénétrer; enfin, sous l'impulsion de la toux, on ne trouve pas la moindre impulsion herniaire.

COMMUNICATION

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. — M. DIEULAFOY rappelle qu'il y a quelques jours, M. Widal faisait, à la Société médicale des hôpitaux, une communication de la plus haute importance. Il indiquait le moyen de faire en quelques instants, d'une façon précise, indiscutable, le diagnostic parfois si difficile de la fièvre typhoïde.

Voici par exemple un jeune garçon de vingt ans; il a été pris, il y a quelques jours, de fièvre, de céphalalgies violentes, de vomissements; il tousse, l'auscultation de la poitrine décèle des râles sibilants disséminés; la température atteint le soir 40 degrés; il n'y a point d'épistaxis, point de diarrhée, l'insomnie est persistante et on se demande, avec anxiété, si l'on se trouve en face d'une fièvre typhoïde, maladie le plus souvent curable, ou en face d'une granulie, maladie presque fatalement mortelle. Sur quoi baser le diagnostic?

Qui de nous, en pareille circonstance, n'a pas souhaité avoir à son service un moyen sûr de diagnostic? Eh bien! ce moyen, nous le possédons, M. Widal nous l'a donné. (Voy. *Gez. des hôp.*, 1896, p. 758 et 785.)

Grâce à ce moyen, le diagnostic est fait; le malade qui fournit un sérum capable d'imprimer certaines modifications à un bouillon de culture typhique avec propriétés agglutinantes et immobilisantes par tas, ce malade est atteint de fièvre typhoïde et ne peut être atteint que de fièvre typhoïde.

Ce phénomène a été constaté un grand nombre de fois par M. Widal sur des malades qui étaient au septième, douzième, quinzième, seizième, dix-neuvième, vingt et unième jour de leur fièvre typhoïde. Par contre, M. Widal ayant recueilli le sérum de quatorze malades atteints d'affections diverses, néphrite, tuberculose, pneumonie, ictère, rhumatisme, etc., le sérum de ces malades, mis en contact, avec un bouillon de culture de bacilles d'Eberth, a laissé ces bacilles mobiles et isolés.

M. Dieulafoy vient de contrôler, dans son service à l'hôpital Necker, les faits avancés par M. Widal. Sur deux malades atteints de fièvre typhoïde, l'un au septième, l'autre au douzième jour, il lui a été facile de constater la propriété immobilisante et coagulante du sérum de ces malades. Il a obtenu des préparations absolument typiques. Par contre, ayant expérimenté le sérum de personnes exemptes de fièvre typhoïde, ce sérum a laissé les bacilles d'Eberth mobiles et isolés, et le mouvement d'agglutination et de tassement ne s'est nullement produit.

Voici donc « un procédé simple et rapide, extemporané, ne nécessitant aucun matériel de laboratoire, pas même de matière colorante : il suffit d'avoir à sa disposition une culture pure en bouillon de bacille d'Eberth que l'on peut conserver pendant des semaines, un microscope avec objectif à immersion et quelques gouttes, à la rigueur une seule, du sang d'un malade » (Widal).

On peut entrevoir déjà tous les services que va nous rendre cette méthode de sérodiagnostic, suivant l'heureuse dénomination proposée par M. Widal.

Nous allons savoir maintenant ce qu'il faut penser de ces fièvres tour à tour appelées fièvre synoque, fièvre gastrique, fièvre saisonnière, fièvre muqueuse, typhoïdette, autant de maladies fébriles infectieuses, qui, suivant les doctrines du moment, allaient grossir ou alléger le bilan de la fièvre typhoïde.

Nous pouvons distinguer maintenant ces grippes infectieuses revêtant les allures de la fièvre typhoïde et présentant parfois un diagnostic insurmontable dont l'erreur n'est révélée qu'à l'autopsie.

Nous allons savoir maintenant ce qu'il faut penser du pneumotyphus, sujet perpétuel de discussions, et nous pourrons savoir d'une façon indéniable les cas dans lesquels la fièvre typhoïde semble se localiser sur un poumon typhique et les cas dans lesquels une pneumonie revêt une allure typhoïde sans avoir rien de commun avec l'infection éberthienne; nous allons savoir maintenant s'ils sont atteints de fièvre typhoïde, maladie curable, ou s'ils sont atteints d'endocardite à forme typhoïde, ces malades qui se présentent avec les symptômes trompeurs d'une fièvre typhoïde et un souffle cardiaque si souvent insuffisant à nous renseigner.

Nous allons savoir maintenant s'ils sont atteints de granulie ou s'ils sont atteints de fièvre typhoïde, ces malades auxquels je faisais allusion au début de cette communication.

Nous saurons bien maintenant ce qu'il faut penser du typhus ambulatorius, du typhus levissimus, ou du typhus abortif, qui prendront d'une façon certaine leur place dans le cadre nosologique.

Nous n'aurons plus d'hésitation à l'avenir pour ces cas si difficiles, si bien étudiés autrefois par Frity, où l'on se demandait avec anxiété s'il s'agissait de méningite, de typhus cérébro-spinal, ou d'une fièvre typhoïde à allures méningitiques.

Nous allons savoir maintenant s'ils sont atteints d'infection palustre à forme typhoïde ou de fièvre typhoïde nos soldats dont l'histoire a été si merveilleusement décrite par nos médecins de la marine et de l'armée. C'est aujourd'hui que les discussions sur l'hybridité typho-palustre trouveront des arguments puissants.

Elle est donc complètement rétablie dans sa clarté éblouissante cette spécificité de la fièvre typhoïde, œuvre de l'École française, que nos grands maîtres Bretonneau et Trousseau nous avaient enseignée et nous avaient léguée.

RAPPORT

Prix Saint-Paul. — M. DEBOVE lit un rapport sur le prix Saint-Paul. (Voir le Premier-Paris.)

Après avoir décidé qu'il n'y aura pas séance mardi prochain, jour de la Fête nationale, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les toxines microbiennes et animales (1), par le docteur Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

S'il paraît établi que les causes directes de la maladie et du retour à la santé résident dans l'action des poisons, ferments et contre-poisons sécrétés par les microbes ou par l'organisme lui-même, il est naturel de se demander ce que sont ces toxines, ces ferments, ces antitoxines, agents immédiats des désordres pathologiques et de la résistance de l'économie à l'intoxication.

Sur le sujet si nouveau des toxines et des antitoxines, aucun ouvrage n'avait encore été écrit nulle part ; personne, sans doute, ne pouvait mieux résoudre ce désidératum que celui auquel nous devons la découverte même des premières toxines microbiennes et animales.

Dans l'ouvrage que M. A. Gautier publie aujourd'hui sur les toxines microbiennes et animales, il décrit d'abord les toxines alcaloïdiques ou ptomaïnes et leucomaïnes, leur origine, leurs procédés d'extraction et de séparation. Il fait l'histoire de toutes celles qui sont actuellement connues.

M. A. Gautier aborde ensuite l'étude des toxines proprement dites. Leur origine, leur nature, leur séparation des bouillons de culture, leur élimination de l'économie sont le sujet de chapitres successifs. L'auteur examine la constitution des virus, leur atténuation, leur transformation en vaccins, les mécanismes de l'immunisation ; la phagocytose, la production et la nature des antitoxines, la sérothérapie. Il étudie chaque groupe de toxines en particulier : toxines et ferments végétaux (abrine, ricine), toxines et ferments animaux, toxines urinaires, sudorales, extraites des glandes, toxines des venins; chairs et sangs vénéneux. Enfin, il fait l'histoire des toxines des maladies virulentes : toxines du charbon, de la tuberculose, de la diphtérie, du tétanos, de la morve, de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'érysipèle, de la septicémie, de la pneumonie, des staphylocoque, gonocoque, etc.

A tous ceux qu'intéressent les grandes découvertes médicales de l'École moderne, un tel livre est indispensable. Une bibliographie très complète permet au lecteur de recourir, lorsqu'il le désire, aux mémoires originaux et de compléter ses renseignements en chaque cas.

Éléments d'ophtalmologie journalière (2), par MM. les docteurs Puech et Fromaget, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les traités d'ophtalmologie sont nombreux. Beaucoup sont excellents et la publication de ces éléments ne saurait leur être substituée.

Les auteurs s'adressent au public médical le plus nombreux, à celui composé de praticiens qui cherchent, non les cas exceptionnels, mais ceux qui se voient chaque jour. Ils se sont attachés à décrire les affections oculaires les plus communes dans leurs traits les plus frappants, à mettre en lumière les symptômes les plus facilement reconnaissables. Ils ont, de plus, donné à la partie thérapeutique un développement très considérable, en s'attachant à décrire aussi minutieusement que possible les indications des traitements qu'ils conseillent. Ce côté thérapeutique, négligé dans presque tous les traités d'ophtalmologie, constitue un guide très sûr pour le médecin.

Ces « Éléments d'ophtalmologie », en raison du soin apporté à la description clinique des affections oculaires, seront d'une très grande utilité à tous les étudiants qui désireront s'initier à l'ophtalmologie. Les auteurs, en débarrassant leurs descriptions de toutes les questions purement scientifiques, ont fait un excellent petit traité qui rendra des services signalés aux médecins et aux étudiants.

(1) Gr. in-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(2) In-8°. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs Budin et Gibert ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le premier représentant les accoucheurs des hôpitaux, et le second les médecins du service des secours à domicile.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 juin 1896, ont été décernées les médailles d'honneur des épidémies suivantes :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Bizien, médecin des épidémies du canton de Douarnenez.

Médaille de bronze. — M. Bovier-Lapierre, externe des hôpitaux de Lyon, a contracté la diphtérie dans l'exercice de ses fonctions.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Colleville, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Henrot, appelé à d'autres fonctions.

— La Société française de sauvetage a décerné un diplôme d'honneur à Mlle Philomène Le Luyer, infirmière à l'hôpital Trousseau, et à M. Gabriel Dubois, infirmier à Aubervilliers. — Une médaille d'argent a été accordée à M. le docteur Garrigou-Désarènes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cochard (de Nantes).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Statistique et observations de chirurgie hospitalière (fascicule III : **Affections chirurgicales du tronc** (rachis, thorax, abdomen, bassin), par le docteur Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Un vol. in-8° de 550 p. avec figures. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Précis de physiologie, par E. Hédon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. (Collection Testut. Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine.) Un vol. gr. in-18, cartonné toile de 524 p. et de 124 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne, par J. Roubinovitch, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, avec une préface par le professeur Joffroy. Un vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique gynécologique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. (Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.) Un vol. in-12 de 330 pages, avec 88 figures dans le texte, reliure souple, peau pleine. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — SAMEDI 11 JUILLET 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 11 JUILLET 1896. — N° 80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales.

Par le docteur E. CESTAN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les travaux de ces dernières années, dont, en France, les thèses de W. Binaud, de Gauthier, de Gobillot, et la nôtre, se sont fait l'écho, les communications au dernier Congrès de Paris, enfin la discussion toute récente à la Société de chirurgie ont remis en lumière la question de l'hématocèle péri-utérine, et soumis à une complète revision tous les chapitres qui s'y rattachent : pathogénie, pronostic, traitement surtout. Et c'est parce que de ces débats se sont nettement dégagées plusieurs notions précises : rôle de la grossesse tubaire, gravité méconnue de bien des cas, indications exactes de l'intervention nécessaire souvent, légitime plus souvent encore, qu'il nous a paru bon d'insister à nouveau sur ce sujet, avec l'appui d'une statistique portant sur près de 500 observations.

Avant d'aborder cette étude, nous en voudrions brièvement tracer le plan et les limites, que la longueur de notre titre définit pourtant avec assez de netteté. Faut-il, comme nous l'avons fait ici et ailleurs, rapprocher les hémorragies intra-péritonéales libres de l'hématocèle enkystée ? Bernutz les sépare avec soin, car il assigne à chacune d'elles une étiologie distincte, car il nie la possibilité d'une hématocèle par rupture d'une grossesse ectopique, laquelle amène toujours pour lui une mort rapide par hémorragie incoercible.

Nous reconnaissons volontiers, qu'entre un épanchement libre, profus, « une inondation péritonéale », et une collection sanguine enkystée, « à froid, » suivant les expressions dernièrement adoptées à la Société de chirurgie, grandes sont les différences au point de vue clinique, pronostique et thérapeutique. Nous concédons à Bernutz qu'au sens exact et restreint de l'étymologie l'on doit réserver le nom d'hématocèle à l'hémorragie classiquement encapsulée aux environs de l'utérus, et que l'on ne saurait accepter sans réserves l'appellation d'hématocèle cataclysmique créée par Barnes, puisque, dans ce cas, il n'y a pas de « tumeur sanguine ».

Cependant, entre ces deux aspects de l'hémorragie, les intermédiaires sont si nombreux, les liens si étroits qu'avec Goupil, Voisin, Puech, Besnier, Gallard, avec tous les auteurs récents, leur rapprochement s'impose dans une même étude. L'enkystement réel, tel que le comprenait Bernutz, est bien rare; toujours incomplet, il manque souvent dans ces cas même qui méritent cliniquement le nom d'hématocèle; le plus grand nombre des observations signalent la présence de caillots et aussi de sang liquide dans une cavité absente ou mal close. Avant de se coaguler d'ailleurs, avant de s'enkyster, le sang est libre et l'on ne peut scinder les deux stades successifs d'un même phénomène pathologique.

Enfin, argument indéniable, n'a-t-on pas reconnu à ces cas divers une commune origine, la grossesse tubaire?

Ce n'est pas à dire que nous voulions pour cela entreprendre l'étude exclusive de la grossesse ectopique. La question ne se pose pas ainsi pour nous, et ce serait la prendre au rebours. Certes, il est aujourd'hui démontré que la source presque exclusive des hémorragies péri-utérines doit être placée dans une trompe gravide; mais, comme l'a fait observer Picqué à la Société de chirurgie, grossesse extra-utérine et hématocèle ne sont pas deux termes synonymes ; l'hématocèle, du reste, peut exceptionnellement reconnaître d'autres causes, et c'est non pas de la grossesse ectopique mais des hémorragies péri-utérines libres ou enkystées, que nous voulons directement nous occuper ici.

Nous passerons donc en revue les théories pathogéniques si nombreuses dont les livres anciens faisaient long étalage, et que les nouveaux mentionnent encore ; à cette étiologie trop complexe et trop peu démontrée, nous essaierons de prouver comment il faut, avec Lawson Tait, substituer une cause unique, et par cela même plus vraie, la grossesse tubaire. Sur les processus divers qui conduisent celle-ci à l'hémorragie presque inévitable, nous insisterons comme il convient. Très bref, au contraire, quant aux grosses lésions d'anatomie pathologique déjà parfaitement décrites, nous nous appesantirons davantage sur les aspects cliniques variables de ces hémorragies, sur l'extrême gravité qu'elles peuvent revêtir en bien des cas, contrairement à l'opinion

ancienne, enfin, sur les indications thérapeutiques diverses que la dernière discussion à la Société de chirurgie semble avoir nettement définies.

I

Historique. — Il est certain que l'on connaissait depuis longtemps ces épanchements sanguins situés autour de l'utérus, qui peuvent amener une mort rapide, traîner en longueur ou guérir spontanément. Les observations d'Albers de Brême, de Bianchi, de Littre, de Duverney, de Sabatier, de Godelle, de Leclerc, d'Olivier d'Angers, pour ne citer que les principales, en témoignent suffisamment et laissent déjà deviner, par les réflexions qui leur font suite, les théories pathogéniques diverses qui naîtront un peu plus tard. Cependant, c'est seulement avec Bourdon (1), Bernutz (2), avec Nélaton (3) surtout, que la question prit corps et nom à la fois. L' « hématocèle », ainsi créée, eut désormais sa place marquée dans le cadre nosologique. A la suite des leçons de Nélaton, provoquées par elle et par une véritable éclosion, naquirent presque simultanément des travaux si nombreux que leur énumération seule en est longue. Cestan, Prost, Robert, Fénerly (thèses de 1854-1855), Laugier (4), Vigués, Voisin (thèses de 1858), Nonat, Courty, Puech (5) étudièrent surtout le côté anatomo-clinique de l'affection, sans rechercher longuement la source de l'hémorragie : péritonéale pour les uns, tubo-ovarienne pour d'autres, ovarienne pour Laugier, qui parle déjà du rôle possible de la ponte ovulaire, idée première dont les perfectionnements successifs par Denucé, Gallard, Lawson Tait ont fait la théorie actuelle sur le rôle de la grossesse ectopique. A la même époque, Devalz (6), avec son maître Richet, et sans preuves du reste, voulut trouver cet origine dans un varicocèle pelvien préalable. Bientôt après le livre classique de Bernutz et Goupil (7), les travaux importants de Gallard (8), de Schrœder (9), de Fritsch (10) vinrent apporter des vues pathogéniques originales. Bernutz et Goupil multiplièrent trop les causes de l'hématocèle ; en revanche, Schrœder, Fritsch, et surtout Gallard, eurent le mérite d'entrevoir le rôle de « la ponte extra-utérine » et de la grossesse ectopique. Quelques années plus tard, Besnier (11) dans un important mémoire, reprit et développa les idées émises en 1860, par Dolbeau, sur la pachy-péritonite hémorragique. Poncet enfin, dans sa thèse d'agrégation de 1878, résuma avec soin les travaux antérieurs.

La question encore étudiée presque exclusivement au point de vue anatomo-clinique, et singulièrement compliquée quant à la pathogénie, parut alors rentrer dans l'ombre. Elle en fut tirée par l'ère antiseptique ; la chirurgie, plus hardie, put, avec Lawson Tait, aller surprendre sur le fait et sur place la cause vraie de l'hématocèle, et les publications nombreuses de Tait (1) provoquèrent partout de nouvelles recherches. Wœrth, Orthmann, Veit, Wyder, Martin, Zweifel, Zedel en Allemagne ; Tuttle, Whitney, Meeks, Ross, Mundé, Boldt, Coë, Parry, Read, Jepson (2), en Amérique ; Lawson Tait, Bland Sutton, Morison, Barker, Nammack, Cullingworth, Lanphear, en Angleterre ; Pilliet (3), W. Binaud, Gauthier, Gobillot, Cestan, Tainturier, Reynier (4), Demoulin (5), en France, avec l'aide de faits nombreux, d'examens histologiques précis, ont repris la question à fond, sous des titres divers. Plus récemment encore, Martin (6) a donné une description complète de l'affection ; tout dernièrement enfin, la Société de chirurgie, après une communication du docteur Picqué, a dans une longue discussion consacré les dernières notions acquises, et nous-même (7) avons essayé d'attirer l'attention sur le rôle particulier de l'avortement tubaire.

(1) Bourdon. *Rev. méd.*, 1841.
(2) Bernutz. *Arch. gén. de méd.*, 1848.
(3) Nélaton. *Gaz. des hôpit.*, 1851 et 1852.
(4) Laugier. *C. R. de l'Acad. des sc.*, février 1855, t. XL, p. 458.
(5) Puech. Mémoire de Montpellier, 1858.
(6) Devalz. Th. de Paris, 1858.
(7) Bernutz et Goupil. *Clinique des mal. des femmes*, 1860.
(8) Gallard. *Arch. gén. de méd.*, 1860, 5e série, t. XVI. — *Leçons clin. sur les mal. des ovaires*, 1886.
(9) Schrœder. *Arch. f. Gynœk.*, t. V, 1873.
(10) Fristch. *Samml. Klin. Vortr.*, 1873, n° 56.
(11) Besnier. *Ann. de gynéc.*, 1877, t. VII et VIII.

II

Pathogénie. — Si nombreuses ont été les causes attribuées à l'hématocèle, qu'il serait difficile d'en faire un exposé clair et méthodique en suivant leur ordre d'apparition. Ce serait, d'ailleurs, nous exposer à de fréquentes redites, car certaines d'entre elles ont été reprises à des intervalles éloignés, avec des fortunes diverses.

Bernutz, qui avait déjà tenté un essai de classification, distinguait huit variétés d'hématocèle ; 1° par rupture de varices utéro-tubaires ; 2° par pelvi-péritonite hémorragique ; 3° par rupture de l'ovaire ; 4° par rupture de la trompe ; 5° par troubles cataméniaux ; 6° par hypersécrétion sanguine ; 7° par avortement ; 8° par ménorragies.

Il est facile de voir que plusieurs d'entre elles ne méritent pas une mention distincte et relèvent d'une même cause. Aussi bien nous réservons-nous de revenir à la fin de ce chapitre sur cette division pour en contester la légitimité.

Rejetées hors de notre cadre les hémorragies provenant d'un utérus gravide ou cancéreux, d'une blessure organique importante, etc., le sang peut tirer sa source du péritoine, de l'ovaire, de la trompe, des plexus vasculaires avoisinants. Nous allons étudier successivement leur rôle.

A. Le péritoine. — Deux interprétations ont été données de son rôle possible : l'une, contraire à toutes les données de la physiologie, abandonnées d'ailleurs, l'*exhalaison sanguine aiguë* du péritoine, dont Le Chaptois (8), Tardieu (9) et plus récemment Jousset (10) n'ont donné que des preuves bien insuffisantes ; leurs observations, incomplètes, ne s'appuient sur aucune constatation positive.

L'autre est la *pachy-pelvi-péritonite hémorragique* et mérite sérieuse discussion. Des traces inflammatoires, des adhérences, des fausses membranes relevées en maintes obser-

(1) Lawson Tait. *Lectures on ectopic Pregnancy and Pelvic Hæmatocele*, 1888.
(2) Jepson. *Amer. Journ. of obstetris.*, septembre 1895.
(3) Pilliet. *Prog. méd.*, oct. 1893 ; — *Ibid.*, 7 avril 1894 ; — *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1894.
(4) Reynier. Congr. fr. de chir., 1895.
(5) Demoulin. *Ann. de gynécol.*, décembre 1895, p. 455.
(6) Martin. *Die Krank. der Eileiter*, 1896.
(7) Cestan. *Semaine gynécol.*, 12 et 19 mai 1896.
(8) Le Chaptois. *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. V.
(9) Tardieu. *Ann. d'hyg. publique*, 1854.
(10) Jousset. Thèse de Paris, 1883.

vations, surgit, il y a déjà longtemps, le débat ouvert, hier encore, sur le rôle respectif de la séreuse et de l'épanchement sanguin. Nélaton considérait la péritonite comme secondaire, et il est curieux de constater que son opinion, l'une des premières en date, est celle qu'avec Bouilly, Pozzi, Segond, l'on tend à adopter aujourd'hui.

En 1876, Drapier avait bien soutenu une thèse en faveur de la théorie contraire. Cependant c'est, à vrai dire, Besnier (1), Bernutz (2) et plus tard, son élève Jousset (3) qui, dans une longue série de publications, après avoir créé le nom, soutinrent la cause de la pachy-pelvi-péritonite hémorragique. Bernutz même était arrivé à en faire l'origine habituelle de l'hématocèle. On a l'habitude d'associer son nom et celui de Besnier à ceux de Ferber et de Virchow, qui auraient été, en Allemagne, les précurseurs de cette théorie. C'est là une erreur. Comme nous l'avons fait remarquer autre part, Ferber, partout cité, décrit, et bien sommairement encore, non pas l'hématocèle vraie, mais de simples petites suffusions sanguines qu'il observa sous le péritoine de vieilles femmes. Virchow, à son tour, parle seulement d'épanchements lents, parcimonieux, au sein de fausses membranes préexistantes. Il y a loin de ces faits à la théorie de Bernutz et Besnier. Ceux-ci, du reste, rejettent absolument, comme distincts de l'hématocèle, les hématomes intra-néo-membraneux de Ferber et Virchow; ils admettent, au contraire, que l'épanchement peut « se former de toutes pièces, et plus ou moins soudainement », grâce à l'évolution rapide d'une pelvi-péritonite menstruelle ou séro-adhésive. Malheureusement, ils ne fournissent ni explication, ni preuve de ce processus hémorragique qui, d'ailleurs, semble au moins singulier dans sa rapidité. Les crises douloureuses, l'aménorrhée, les pertes irrégulières qui, pour Bernutz, sont les conditions des pelvi-péritonites menstruelles, se rapportent aussi bien à une grossesse ectopique en évolution. La lecture attentive des observations fournies comme probantes par Besnier et Bernutz, dont nous avons fait, dans notre thèse, une longue critique, montre qu'il s'agissait précisément, en pareil cas, de grossesses tubaires méconnues; l'observation princeps du mémoire de Besnier ne laisse, en particulier, aucun doute sur sa nature. Et nous savons aujourd'hui que l'expulsion d'une caduque utérine, l'absence du fœtus, les poussées douloureuses au moment des règles, loin de contredire l'hypothèse d'une trompe gravide, ne font que la confirmer.

La théorie de la pachy-pelvi-péritonite hémorragique n'a du reste reçu partout qu'un accueil assez froid, même à ses débuts. Rejetée, en Angleterre, par Churchill, Barnes, West; en Allemagne, par Fritsch; en France, par Courty, elle nous paraît avoir été sainement interprétée par Pozzi et Bouilly, qui, fidèles à la pensée de Nélaton, font des lésions du péritoine le résultat, soit de salpingo-ovarites anciennes, présidant à l'hémorragie, soit de l'hémorragie elle-même. Nous nous rangeons à cet avis et pensons que la séreuse ne fournit pas le sang, mais réagit seulement au contact de l'épanchement venu de la trompe gravide par rupture ou avortement, ainsi que nous l'expliquerons plus loin. Le rôle de la péritonite n'est pas de provoquer l'hémorragie, mais, au contraire, de la limiter et de l'éteindre.

(1) Besnier. *Ann. de gyn.*, 1877, t. VII et VIII.
(2) Bernutz. *Arch. de tocol.*, 1880, p. 129-205; — Conférences cliniques, 1888.
(3) Jousset. Loco citato.

Besnier divisait les hématocèles en deux groupes : celles qui tuent et relèvent pour lui de la théorie de Gallard, grossesse ectopique; celles qui guérissent et se rapportent à la pachy-pelvi-péritonite. On ne peut admettre qu'entre les faits bénins et mortels, il y ait différence absolue de nature; la grossesse ectopique en est bien la cause commune, et la distinction de Besnier est fausse au point de vue pathogénique; elle garde cependant une valeur pronostique relative; dans une séreuse libre d'adhérences, l'hémorragie a bien des chances d'amener la mort.

B. L'ovaire. — Son rôle doit être examiné à l'état normal et à l'état pathologique.

A l'état normal, Laugier (1), puis Gallard (2) avaient pensé que le détachement d'un ovule non fécondé doit produire sur l'ovaire une plaie, puis une hémorragie d'autant plus abondante que l'organe est plus congestionné, acheminement, on le voit, vers le rôle des ovarites. Mais Bernutz et Goupil, Tarnier et Chantreuil ont montré depuis, que la quantité de sang, fournie par la rupture d'un ovisac, ne saurait dépasser jamais 2 ou 3 grammes au maximum, et Gallard lui-même a renoncé dans la suite à faire de la plaie ovulaire la source de l'hématocèle, pour adopter l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine.

A l'état pathologique, il n'en est plus ainsi. Huguier (3), Denonvilliers (4), Puech (5) avaient déjà parlé des hémorragies provoquées par l'apoplexie de l'ovaire, et plus récemment Doran (6), Bœckel (7), Rollin (8), Pozzi (9), Pilliet (10), Maurange (11), Rohé (12) ont insisté à nouveau sur ce côté spécial des ovarites. Les hémorragies peuvent être vésiculaires, avec kyste sanguin qui s'accroît peu à peu par ponte intra-kystique, et amène la description progressive de l'ovaire d'après un mécanisme entrevu déjà par Laugier. Elles peuvent être interstitielles et, dans certains cas, réduire l'organe à une coque renfermant une pulpe vasculaire analogue au tissu splénique; ce serait la véritable *apoplexie* de l'ovaire des vieilles observations. Après Rollin et sa remarquable monographie, Pozzi, Maurange, et surtout Pilliet ont montré que ces épanchements enkystés peuvent être la suite d'une ovarite scléro-kystique. Leur volume est en général médiocre; mais il peut, d'après Pilliet, égaler celui d'une tête d'adulte et amener soit une hématocèle classique, soit même une mort rapide. Avec les huit cas de mort par apoplexie de l'ovaire rapportés par Bernutz, les trois faits de Rollin, les six observations de Rohé, et une dernière que nous devons à notre ami Pauchet, nous arrivons à un total de dix-huit décès par hémorragie d'origine ovarique. On ne saurait les passer sous silence.

La question est-elle pour cela absolument élucidée? S'agit-il toujours de lésions inflammatoires, et n'y a-t-il pas ici encore place pour quelques grossesses extra-utérines méconnues? Lawson Tait nie absolument la grossesse ova-

(1) Laugier. Loco citato.
(2) Gallard. *Bull. de la Soc. anat.*, 1855.
(3) Huguier. *Gaz. des hôpit.*, 1851, p. 266.
(4) Denonvilliers. *Idem*, p. 275.
(5) Puech. Loco citato.
(6) Doran. *Maladies des ovaires.*
(7) Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 75.
(8) Rollin. Thèse de Paris, 1885.
(9) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e édition, p. 841.
(10) Pilliet. *Ann. de gynéc.*, nov. 1893.
(11) Maurange. *Idem*, juillet 1893.
(12) Rohé. *Amer. Journ. of obst.*, juin 1894, p. 765.

rienne; Martin (1), au contraire, en a soutenu la possibilité et Chrobak (2) rapportait, il y a quelques mois à peine, le cas de deux jumeaux greffés sur l'ovaire lui-même. Seuls, les histologistes pourront donner de ce problème une solution définitive.

C. Les plexus utéro-ovariens. — C'est à Richet (3) et à son élève Devalz (4) que nous devons cette théorie pathogénique de l'hématocèle, qui, par une singulière fortune, a été admise sans conteste lorsque ces auteurs n'en avaient fourni aucune preuve certaine. La critique attentive de toutes les observations publiées avec assez de détails nous a montré qu'il s'agissait, en réalité, de grossesses tubaires, négligées ou patentes, mais dont le rôle, en ce cas, avait été méconnu. Le fait présenté par Reynier (5), à la Société de chirurgie, en est un nouvel exemple; l'examen histologique minutieux, pratiqué par Pilliet, sur les conseils de Pozzi, montra qu'il s'agissait bien encore d'une grossesse tubaire.

Gallard avait déjà contesté cette origine de l'hématocèle, par ce fait que cet accident ne s'observe jamais chez l'homme, dont cependant les plexus péri-prostatiques, analogues aux plexus utéro-ovariens, sont souvent variqueux. Segond pense que les cas de rupture ont été bien constatés, mais qu'ils « n'ont pas reçu leur juste interprétation »; si les plexus sont variqueux et se rompent, c'est, comme l'avait déjà remarqué Goupil, que leur dilatation est due à l'existence préalable d'une grossesse ectopique, laquelle resterait ainsi la véritable cause de l'hématocèle par un processus détourné.

Mais Pilliet (6) a formulé une dernière hypothèse qui nous paraît plus légitime et qui s'appuie d'ailleurs sur l'examen précis d'une pièce de Tillaux. Les prétendues varices du ligament large seraient des poches sanguines, cloisonnées, diverticules de la muqueuse tubaire devenus sous-péritonéaux par soudure, reliquats directs d'une grossesse tubaire arrêtée dans son développement. La rupture de ces fausses varices ne serait donc au fond qu'une rupture de grossesse ectopique.

D. La trompe. — Trois conditions sont à envisager :

1° *La trompe est saine*. Ici nous devons placer deux théories :

L'*hématocèle cataméniale* de Puech, Trousseau (7) et Fénerly (8), par exagération de l'exhalaison sanguine normale de l'organe, douteuse pour Fénerly lui-même, qualifiée par Segond d'ingénieuse hypothèse, a été rejetée par tous. Il ne faut pas la confondre avec l'hématocèle cataméniale de Routier (9) qui, sous ce nom, entend bien parler de grossesses tubaires, mais veut indiquer l'influence des congestions menstruelles sur la production et l'époque des accidents.

L'*hématocèle par rétention et reflux* du sang dans le péritoine a été défendue par Bernutz (10), qui en distingue deux variétés : par rétention menstruelle; par métrorragie ou dilatation des trompes. Guérin (1) l'accepta, faisant de la rétention et du reflux l'effet d'une dysménorrhée membraneuse obstruant le col utérin. Mais, exception faite des rétentions par malformations congénitale ou acquise, qui peuvent bien rarement aboutir à l'hématocèle, comme Bernutz lui-même et plus récemment Pozzi en ont fourni des exemples certains, cette théorie doit être abandonnée sans retour. On s'expliquerait mal, avec Puech, que la rétention menstruelle pût aboutir à forcer l'*ostium uterinum* et non pas le col; que la dilatation tubaire portât seulement sur un point nettement circonscrit. D'ailleurs cette dilatation limitée, ces troubles menstruels, cette dysménorrhée membraneuse, qui, pour bien des histologistes (Coïne), ne serait qu'une caduque, ne plaident-ils pas en faveur d'une autre hypothèse?

2° *La trompe est malade.* Nous touchons à la question de l'hématosalpinx, encore très débattue. Puech, Bernutz, Seuvres (2), puis Guémer (3) avaient cité des observations et plaidé la cause des hématosalpingites simples. Leur opinion fut vivement combattue et l'on admit que tous les cas observés et bien observés se rapportaient à des grossesses tubaires, modifiées par régression. Mais plus récemment Coé (4), Alliot (5), Reynolds (6), Homans (7), Townsend (8), Croom (9), Barker (10), Pilliet (11) ont publié une dizaine de cas histologiquement examinés, en faveur de l'opinion ancienne. Ferrari (12) a prétendu de son côté que l'on peut dans les salpingites catarrhales trouver des cellules semblables aux cellules déciduales, qui feraient croire à tort à une grossesse tubaire. Il se pourrait donc que les inflammations de l'oviducte puissent être cause d'hématosalpinx et d'hématocèle. Mais en ce cas, l'épanchement ne serait jamais considérable, limité par son origine même et par les adhérences environnantes, et l'hématocèle s'éloignerait de sa physionomie clinique habituelle. D'autre part, et sans nier la compétence toute spéciale des auteurs cités plus haut en pareille matière, nous ne pouvons oublier qu'un deuxième examen histologique plus minutieux, réclamé par Veit, permit de retrouver des traces évidentes de grossesse dans deux trompes présentées à la Société gynécologique de Berlin, comme hématosalpinx vrais, et que le microscope avait une première fois déclarés tels. Nous verrons plus loin combien, de l'aveu même de Pilliet, le diagnostic étiologique est le plus souvent entouré de difficultés, et nous pensons que la solution définitive de cette question appelle encore de nouvelles recherches.

3° *La trompe est gravide.* Nous arrivons au point le plus intéressant de la pathogénie, au plus démontré aujourd'hui, au moins soupçonné il y a quelques années à peine. Il faut cependant remonter bien loin dans l'histoire des hémorragies pelviennes pour trouver l'origine de leurs rapports

(1) Martin. Congr. de Bruxelles, 11 sept. 1892.
(2) Chrobak. *Bull. méd.*, 4 mars 1896.
(3) Richet. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 815.
(4) Devalz. Thèse de Paris, 1858.
(5) Reynier. *Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1891, p. 279.
(6) Pilliet. *Prog. méd.*, 7 avril 1894.
(7) Trousseau. *Gaz. des hôpit.*, 1858.
(8) Fénerly. Th. de Paris, 1855.
(9) Routier. Soc. de chir., 22 janvier 1896.
(10) Bernutz. *Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVII et XVIII; — *Idem*, 1849, t. XIX.

(1) Guérin. *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme*, p. 439.
(2) Seuvres. *Progr. méd.*, 1874; — et Th. de Paris, 1874.
(3) Guémer. Thèse de Paris, 1888.
(4) Coe. *Americ. Journ. of obstetr.*, 1892, p. 35.
(5) Alliot. *Boston Med. Journ.*, 1893.
(6) Reynolds. *Ibidem.*
(7) Homans. *Ibidem.*
(8) Towersend. *Ibidem.*
(9) Croom. *Edinb. Med. Journ.*, 1891, p. 314.
(10) Barker. *Brit. Med. Journ.*, 1893.
(11) Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 12 mai 1893.
(12) Ferrari. *Annal. di Ostet. e gyn.*, Milano, 1892, p. 567.

avec la grossesse ectopique. Goupil (1) citait déjà dans son livre les faits anciens de Sabatier, Littre, Duverney, Bianchi, Köner, Albers (de Brême). Fleuriot en rapportait un nouveau à la Société anatomique, en 1855, et la même année, Fénerly (2), dans sa thèse, après avoir soutenu sans grande conviction la cause de l'hématocèle cataméniale de Trousseau, se demandait, à propos d'une pièce examinée par Robin, si les grossesses anormales et tubaires en particulier ne seraient pas souvent cause d'hémorragies ou d'épanchement enkysté.

C'est à Gallard que l'on accorde le mérite d'avoir le premier insisté sur les relations étroites qui unissent la grossesse ectopique à l'hématocèle et dernièrement encore, c'est en sa faveur que M. Segond, son élève, résolvait la question de priorité un instant soulevée par M. Picqué devant la Société de chirurgie. Nous ne pouvons, à cette place, donner à ce point spécial d'historique le développement nécessaire. Nous ne pouvons aussi et ne voulons d'ailleurs dénier à Gallard la part qui lui appartient en ce sujet. Elle nous semble cependant exagérée (3).

De la lecture attentive de toute l'œuvre écrite de Gallard sur cette question, lecture que nous avons tenu à refaire une fois encore, il ressort nettement que si Gallard avait senti, sans aucun doute, le rôle de la grossesse ectopique dans l'hématocèle, ce rôle, il l'avait mal interprété, au moins au début, et qu'en 1886 encore, il apportait, à le formuler nettement, quelques restrictions fâcheuses. Or, à cette époque, et dès 1885 (1), Lawson Tait, dans une série d'articles retentissants, échelonnés jusqu'en 1890, et résumés dans son livre sur l'hématocèle, avait commencé à jeter les bases exactes, avec preuves nombreuses, de la théorie pathogénique adoptée aujourd'hui, et provoqué de tous côtés sur cette question une véritable éclosion de travaux, tous confirmatifs d'ailleurs. Il nous semble donc en bonne ustice qu'une part, au moins égale à celle de Gallard, doit lui revenir ici, et nous tenions à l'affirmer nettement.

Ceci dit, ajoutons que déjà, en 1853, Denucé avait, à la Société anatomique, et Gallard le reconnaît très bien, rattaché l'hématocèle à l'évolution anormale d'un œuf fécondé; que Schrœder, en 1873, Duguet, en 1874, publiaient deux nouvelles observations démonstratives; que Poncet en 1878, se montrait, dans sa thèse d'agrégation, favorable à cette hypothèse. Dans ces dernières années, travaux et publications se sont multipliés assez pour que leur énumération en devienne trop longue et les faits d'hématocèles liés à l'évolution anormale d'une grossesse ectopique sont devenus si nombreux en France et à l'étranger surtout, que, de 1892 à 1894, nous en pouvions relever près de 200. Depuis, et à l'occasion de ce travail, nous en avons recueilli çà et là un nouveau groupe de 145, et nous sommes loin d'avoir jamais épluché toute la littérature étrangère.

Ainsi la grossesse ectopique (et l'on peut dire tubaire, puisqu'on tend, avec Lawson Tait, à considérer cette localisation comme la seule prouvée, la plus fréquente en tous cas) est devenue la véritable cause des hémorragies intra-pelviennes, et cela pour plusieurs raisons d'ordre et de valeur variables. C'est que, d'abord, on la retrouve toujours dans les faits si nombreux publiés depuis quelques années, et qu'on parvient à en découvrir les traces dans les anciennes observations d'hématocèle, pourtant si incomplètes à cet égard. Puis, c'est qu'à l'inverse de toutes les autres théories pathogéniques édifiées jadis, elle seule donne une raison claire et précise des modalités anatomo-cliniques de l'affection, et seule montre les liens qui rattachent l'hématocèle intra-péritonéale aux épanchements sous-séreux ou hématomes des Allemands.

C'est dire que la grossesse tubaire est très fréquente, beaucoup plus qu'on ne l'avait autrefois soupçonné. Lawson Tait, Formad, Reynolds, Fenger, Parry l'ont amplement prouvé. Peut-être sa fréquence a-t-elle augmenté avec celle des salpingites dont elle semble relever d'ordinaire. Il est plus vrai de croire qu'on l'avait le plus souvent méconnue jadis, parce qu'on l'ignorait beaucoup. Cette même raison nous explique qu'elle paraisse moins rare à l'étranger où la question était hier encore plus étudiée, le diagnostic plus en éveil, l'intervention plus aventureuse.

Comment la grossesse tubaire conduit-elle à l'hémorragie et à l'hématocèle? Le mécanisme peut en être schématiquement exposé en quelques mots. La trompe est mal disposée de par sa faible vascularisation et sa frêle musculature pour le développement de l'œuf et du placenta. Il résulte de son insuffisance vasculaire que l'œuf ne trouve pas assez à

(1) Goupil. In Bernutz et Goupil.

(2) Fénerly. Thèse de Paris, 1855.

(3) Gallard a développé ses idées sur l'hématocèle à trois périodes différentes et en trois publications principales : 1855, *Bull. de la Soc. anat.*; — 1860, *Arch. gén. de méd.*, 5e série, t. XVI; — 1886, *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*. En 1855, dans un rapport sur un cas présenté par Fleuriot à la Société anatomique, il déclarait que « la grossesse extra-utérine n'est ici qu'une coïncidence de l'hématocèle, et qu'évidemment il n'y a entre les deux aucune relation *directe* »; il parlait bien du rôle de la pointe extra-utérine, mais ajoutait : « On ne peut savoir si le détachement d'un ovule fécondé déterminera l'hémorragie plus facilement que celui d'un ovule non fécondé... » hémorragie dont il plaçait alors le siège dans la plaie ovulaire elle-même. A ce titre, et de l'aveu même de Segond, cette conception est fausse et doit être abandonnée; or, en 1860, elle l'occupe encore, puisqu'il écrit à la page 566 des *Archives* : « L'hématocèle spontanée se produit d'après un mécanisme qui ne diffère par aucun point de celui qui préside à la formation des grossesses extra-utérines. L'ovule qui est fécondé dans un cas ne l'est pas dans l'autre; en cela seul consiste toute la différence, car, dans les deux circonstances, l'ovule ne se détache de l'ovaire qu'en y produisant une plaie, puis une hémorragie, laquelle sera plus considérable et aura d'autant plus de tendance à se former que l'ovaire sera plus congestionné. Quant à cette congestion, elle sera, on le conçoit très bien, plus forte si la ponte est accompagnée de conception, que si elle est tout à fait spontanée. » En 1886, enfin, après avoir, à la page 67 de ses *Leçons cliniques*, reproduit les lignes précédentes, il ajoute, plus près de la vérité : « Ce n'est pas que l'hémorragie se produise toujours juste au moment où l'ovule se détache; bien souvent, au contraire, au lieu d'avoir son point de départ dans l'ovaire lui-même, elle peut provenir soit de la rupture du kyste fœtal, soit des fausses membranes qui se sont organisées autour de ce kyste fœtal. » Gallard avait donc, en 1860, constaté la coexistence fréquente d'une grossesse ectopique; il avait insisté avec raison sur le fait que l'absence d'un fœtus, mal développé ou facile à résorber, ne pouvait soulever d'objection sérieuse; il avait noté les signes de grossesse que présentent souvent les malades atteintes plus tard d'hématocèle, il avait rapporté des observations très nettes d'hématocèle par rupture de kyste fœtal, mais au fond il n'avait vu que très imparfaitement le rôle exact de la grossesse extra-utérine, mal placé dans l'ovaire la source habituelle du sang, et c'est en 1886 seulement qu'il prononce le mot de rupture du kyste fœtal que l'on rechercherait vainement dans ses publications antérieures. Encore alors ne paraît-il pas avoir abandonné son idée première d'hémorragie ovarienne, puisqu'il écrit dans la préface de ses Leçons : « J'y ai abordé la description des maladies propres de l'ovaire, en commençant par celle des hémorragies intra-pelviennes, désignées sous le nom d'hématocèles péri-utérines, qui dépendent manifestement d'une lésion ovarienne... » et plus loin, page 2 : « Je me trouve tout naturellement conduit à vous parler des hémorragies qui ont leur source dans la trame même de l'organe et constituent les véritables hématocèles péri-utérines. »

(1) Lawson Tait. *Brit. Med. Journ.*, avril 1885, p. 778.

vivre dans les vaisseaux de la trompe malgré une augmentation certaine de leur nombre et de leur calibre ; les villosités ecto-placentaires sont rares et grêles et la placentation tubaire reste toujours insuffisante. L'embryon se développe mal ; le plus souvent, il meurt vite, puis se résorbe. Lui mort, les villosités s'atrophient, deviennent myxomateuses, débouchent les lacs sanguins maternels qu'elles n'oblitèrent d'ailleurs jamais complètement, et des hémorragies interstitielles se glissent en nappe entre le placenta et la paroi de l'oviducte, accentuant le décollement de l'œuf. Il résulte de l'insuffisance musculaire de la trompe, que ses fibres lisses ne sauraient s'hypertrophier comme celles de l'utérus et que l'organe ne se laisse distendre qu'aux dépens de l'épaisseur de ses parois, amincies par distension mécanique, usées surtout par les villosités du placenta fœtal qui les vrillent et les perforent en quête du sang maternel (Lawson Tait, Pilliet).

Donc, insuffisance de la circulation placentaire, arrêt de développement presque fatal, décollement presque inévitable par hémorragies interstitielles, voici pour l'œuf ; parois vascularisées, distendues, amincies et éraillées au niveau de l'insertion placentaire, voici pour la trompe.

Ces conditions déplorables, sous l'influence d'une congestion menstruelle ou sexuelle, d'un choc, d un effort, nous conduisent à trois terminaisons différentes : l'hématosalpinx, l'avortement tubaire, la rupture tubaire.

L'*hématosalpinx* est des trois la plus favorable et sans doute la plus précoce ; la trompe, encore peu modifiée, résiste ; l'hémorragie est minime, reste limitée au sac ; l'œuf peu développé meurt, se résorbe et seul un caillot intra-tubaire adhérent (Orthmann), avec villosités rares et cellules migratrices pigmentées (Pilliet), témoignera plus tard de la grossesse primitive.

L'*avortement tubaire* a été particulièrement bien étudié par Wœrth, Bland Sutton, Martin, Zedel (1) et Pilliet (2). Nous-même (3) avons essayé tout récemment d'en tracer les caractères anatomo-cliniques. On désigne sous ce nom l'expulsion en bloc ou en parcelles d'un œuf tubaire, sans rupture des parois de la trompe. Cette expulsion s'accompagne d'hémorragie variable et peut se faire quelquefois par l'utérus, habituellement par le pavillon. Deux variétés sont donc à examiner : tubo-péritonéale, tubo-utérine.

L'avortement tubo-péritonéal a été le plus étudié ; il passe encore pour le plus fréquent (4), et Martin en voit la raison dans ce fait que l'œuf se développe 85 fois p. 100 au voisinage du pavillon. Il se produit toujours dans les premières semaines de la grossesse ; les villosités choriales sont encore peu solides, l'œuf mal greffé se détache facilement sous l'influence du moindre raptus sanguin ou d'un léger trauma ; l'ostium abdominal, fermé pour Bland Sutton après la huitième semaine, est encore ouvert. L'œuf intact ou déchiré, entraîné par le sang, franchit l'ostium où parfois il s'étrangle et reste prisonnier, puis s'échappe dans le péritoine, soit en bloc sous forme d'une môle charnue, soit par fragments. L'hémorragie est constante, mais varie singulièrement ; elle peut être insignifiante, réduite à quelques gouttes ou à quelques grammes, si l'expulsion est totale ; plus souvent abondante, répétée, parfois même inquiétante, lorsque l'œuf reste prisonnier ou ne s'élimine que par lambeaux, ce qui est presque la règle.

L'avortement tubo-utérin est moins connu et plus rare, en apparence, parce que la similitude des signes cliniques l'a fait souvent confondre avec un avortement utérin proprement dit. Nous en avons relevé quelques cas certains. Il s'accompagne habituellement d'un léger raptus péritonéal, mais si minime d'ordinaire que son histoire ne saurait rentrer dans celle de l'hématocèle, à proprement parler.

La *rupture tubaire* est, des trois fins habituelles de la grossesse ectopique, la plus fréquente et sûrement la plus grave. Goupil et Duncan la considèrent comme inévitable ; Lugeol (1) a pu rassembler cependant vingt-six cas de grossesses ectopiques ayant évolué dans la trompe jusqu'à terme ou à une époque voisine du terme ; nous croyons, d'autre part, que l'avortement tubaire paraîtra de beaucoup moins rare, lorsqu'il sera mieux connu. Il n'en est pas moins vrai que la rupture est si habituelle et si grave d'ordinaire qu'on a été conduit à traiter les grossesses tubaires diagnostiquées comme des tumeurs dangereuses et à les opérer sans attendre.

Nous avons vu déjà dans l'amincissement des parois tubaires, distendues mécaniquement, vrillées par le placenta, aussi dans les hémorragies intra-tubaires, les causes préparatoires de cet accident, qu'un effort, un choc, une chute, un coït, un simple mouvement, suffisent à déterminer. C'est dans les deux premiers mois, de la quatrième à la douzième semaine, toujours avant la douzième pour Duncan, avant la quatorzième pour Jepson, qu'elle se produit, et contrairement à Picqué, nous croyons, avec presque tous les auteurs, qu'elle s'observe bien rarement vers le cinquième mois. Elle coïncide souvent avec une période menstruelle ; c'est pour ce motif que l'on avait jadis qualifié de cataméniale l'hématocèle qui put en résulter.

Elle peut être primitive ou secondaire, survenir d'emblée par déchirure des parois, ou consécutivement à la distension de la trompe et du kyste fœtal par une hémorragie préalable due à un décollement placentaire partiel. Il est bien difficile de faire la part exacte de ces deux processus. Le second nous semble cependant beaucoup plus fréquent ; les premiers désordres se passent dans la trompe et l'organe ne doit céder qu'à plusieurs poussées successives, qui l'éraillent d'abord, le déchirent plus franchement ensuite. Ce détail n'est pas indifférent. Cliniquement, il explique les crises répétées et de gravité croissante qu'éprouvent souvent les femmes avant d'en arriver à la rupture finale. Anatomiquement, il montre pourquoi et comment le péritoine pelvien, irrité par ces alertes qui doivent s'accompagner aussi d'un léger raptus sanguin par le pavillon ou par une éraillure, organise autour de l'oviducte une ligne d'adhérences défensives, propres à endiguer l'inondation de la rupture.

C'est au niveau de l'insertion placentaire, point faible de la paroi, que siège toujours la déchirure. Cette insertion se fait-elle à la partie inférieure, intra-ligamenteuse de la trompe, le sang et l'œuf se glisseront entre les deux feuillets du mésosalpinx pour former une hématocèle extra-péritonéale (hématome des Allemands), qui, d'ailleurs, peut ensuite s'ouvrir dans le péritoine. Mais comme le placenta se fixe 44 fois sur 55 pour Martin au plafond de la trompe, c'est directement dans le péritoine que la rupture se produit presque toujours.

(1) Zedel. *Deuts. Med. Woch.*, 1895, nos 31 et 32.
(2) Pilliet. *Progr. méd.*, 7 avril 1894.
(3) Cestan. *Semaine gyn.*, 12 et 19 mai 1896.
(4) Smith. *The Amer. Gynœk. and Obstet. Journ.*, mai 1896.

(1) Lugeol. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, janv. 1893, p. 45.

Unique souvent, parfois double ou triple, et alors à bords déchiquetés, à direction transversale, elle mesure de 1 à 3 centimètres, mais Köner et Bianchi l'ont vu ne pas dépasser les dimensions d'une tête d'épingle ou d'un grain de blé.

La trompe rompue, son contenu (œuf, embryon, placenta, sang) s'échappe par la brèche dans le péritoine. Si l'œuf est entier, il peut exceptionnellement se greffer et revivre. Ses débris parfois restent engagés dans la plaie qu'ils oblitèrent en partie. Et dans des cas très rares, dont cependant Taylor, Pinard, Lawson Tait, Van Heukelam ont cité des exemples, l'hémorragie est nulle ou peu abondante.

Il n'y faut pas compter et presque toujours l'hémorragie se produit violente, venant, pour Hégar (1) et Gallard aussi, des néo-membranes péri-tubaires déchirées avec la trompe, pour Veit (2), du sac et du placenta. Comme le placenta, rarement décollé d'un seul coup, ne se détache que par fragments, chaque décollement nouveau produit un nouveau saignement; la déchirure pariétale incomplète ou petite d'abord, parfois oblitérée par les débris de l'œuf, peut se déboucher ou s'agrandir. Tous ces faits nous expliquent que l'hémorragie, en dehors de son abondance initiale, présente d'habitude des poussées plus graves souvent que l'ictus premier. Et presque toutes les observations témoignent de crises successives, avant et après la rupture.

Le sang coule dans le péritoine. Il n'a, comme l'a montré Veit, aucune tendance à la stase spontanée. Les sinus vasculaires déchirés, aussi bien que les artères, réduites au niveau de la sérotine à un simple revêtement épithélial, sont dépourvus de fibres musculaires, par suite incapables de contraction et même de rétraction. L'état lisse du péritoine, les mouvements imprimés à la patiente, les contractions intestinales sont autant de conditions défavorables et souvent l'hémorragie continue sans interruption jusqu'à la mort, remplissant l'abdomen par une véritable « inondation péritonéale » (Tuffier).

Mais l'épanchement peut rencontrer un foyer limité par des fausses membranes préalables accolant l'intestin, le mésentère, l'épiploon aux parois du petit bassin, soit que la présence du kyste fœtal ait, avant toute rupture, provoqué une irritation de la séreuse environnante, soit, comme nous l'avons déjà montré, qu'un premier ictus hémorragique peu violent, venu du pavillon ou d'une simple éraillure de la trompe, ait donné l'éveil au péritoine. Alors le sang, favorisé par la syncope, le repos absolu, se collecte au pourtour de l'utérus, se solidifie en une hématocèle classique et finit par s'enkyster. C'est ce que M. Segond a traduit heureusement ainsi : petit épanchement dans un péritoine malade; grande hémorragie dans une séreuse saine.

Nous reviendrons plus loin sur le siège, les caractères, la réalité de l'enkystement. Parlons d'abord de sa fréquence. Martin la croit très faible; Goupil et Lawson Tait considèrent que toute rupture doit se terminer par la mort si on n'intervient pas; Parry a noté 145 décès sur 149 cas; Puech 97 p. 100, Brown et Schauta 69 p. 100, Bandl 75 p. 100. Nous-même avons réuni 86 faits d'expectation avec 73 décès, soit 86,7 p. 100 de mortalité.

Et cependant les observations abondent, surtout en France, d'hématocèles enkystées classiquement dans le Douglas, parfois très volumineuses, accompagnées de signes alarmants, suivies néanmoins de guérison pour ainsi dire spontanée. Les cas de mort par inondation péritonéale se présentent rarement à Paris, disait Bouilly; à Lyon, jamais dans les premiers mois de la grossesse ectopique, s'il faut en croire Condamin (1); et chez nous, l'hématocèle ne passait pas pour très dangereuse. Veit admet de son côté que la mort par hémorragie est rare.

(1) Hegar. Soc. obst. de Berlin, 14 déc. 1888.
(2) Veit. *Samml. Klin. Vortr.*, 1891, n° 15.

De sorte que la rupture, très grave pour les uns, l'est médiocrement pour d'autres, que l'enkystement, exceptionnel pour Lawson Tait en particulier, est presque la règle pour la majorité de nos chirurgiens. Faudrait-il, afin d'expliquer cette contradiction, revenir aux vieilles erreurs et supposer entre les cas heureux et malheureux une différence de nature? Mais les faits répondent amplement à cette hypothèse illogique, et les cas ne se comptent plus d'hématocèles où la laparotomie et même la colpotomie ont montré des traces indéniables de grossesse tubaire. A l'heure actuelle, les recherches négatives sont exceptionnelles et taxées seulement d'insuffisantes. Devrait-on, comme le donnent à penser Picqué et surtout Condamin, croire que seules sont graves ou mortelles les ruptures qui se produisent vers ou après le cinquième mois? Mais on sait très bien aujourd'hui que les accidents surviennent presque toujours avant la douzième ou la quatorzième semaine. Et nous ne pouvons absolument pas admettre, avec Condamin, que « la totalité des cas », observés avant le cinquième mois, se termine par la guérison, c'est-à-dire par l'hémostase et l'enkystement.

Nous pensons cependant qu'on peut, à ces résultats opposés, trouver une explication raisonnable et nous voulons tenter de concilier ces opinions extrêmes.

D'abord les statistiques sont trop absolues de part et d'autre; bien des faits de ruptures guéries spontanément leur ont échappé à cause même de leur terminaison heureuse; nombre aussi de ruptures fatales, qu'une erreur de diagnostic a étiqueté péritonite, empoisonnement, mort subite, etc., comme en témoignent les annales de médecine légale. La rupture ne serait donc ni aussi grave, ni aussi bénigne qu'on l'a pu prétendre, dans les deux camps adverses.

Des circonstances adjuvantes peuvent influer sur sa terminaison et nous avons vu que l'existence de lésions péritonéales antérieures, d'un foyer limité, provoqués par un premier raptus sanguin insignifiant, la déchirure incomplète, petite ou oblitérée par un débris ovulaire, la syncope, le repos, créaient bien souvent des conditions favorables à l'hémostase spontanée, qui peuvent manquer ici et là se rencontrer. Il y aurait, pour ainsi parler, toute une gamme de ruptures, à gravité croissante ou décroissante, suivant la brusquerie des accidents, les dimensions de la plaie tubaire, l'âge de l'œuf et l'état de la séreuse pelvienne.

Enfin, s'il est vrai que tous les cas ont trait à une grossesse tubaire, y a-t-il pour cela toujours rupture? Nous ne le croyons pas. Zedel, et nous adoptons son avis, que nous avons défendu autre part, pense qu'il faut dans les hémorragies péri-utérines faire à l'avortement tubo-péritonéal une place beaucoup plus grande; à lui, dont le processus hémorragique est naturellement moins violent, se rapporteraient les faits bénins, les cas graves à la rupture. Nous ne voulons pas nier les hématocèles par rupture vraie; ce serait aller contre des faits patents et que, d'ailleurs, nous avons à l'instant essayé d'expliquer. Mais nous pensons cependant

(1) Condamin. *Lyon méd.*, 4 nov. 1894.

que bien des collections sanguines, formées autour de l'utérus par poussées successives et modérées, relèvent plutôt d'un avortement.

Nous en avons terminé avec cette question si touffue de la pathogénie. Nous voyons en fin de compte, qu'exception faite pour quelques cas prouvés d'hémorragie ovarienne ou d'hématosalpingite vraie, on a partout retrouvé la grossesse ectopique, lorsqu'on a su la chercher, même dans les observations anciennes invoquées en faveur des autres théories. Nous avons fait successivement justice des hématocèles par troubles cataméniaux, par ménorragies, par hypersécrétion sanguine, par avortement, et nous avons interprété, comme il convient, le rôle des plexus utéro-ovariens et de la pelvipéritonite.

Des huit variétés distinguées par Bernutz, bien peu subsistent aujourd'hui. Et la part de la grossesse tubaire est si large, *qu'elle doit être considérée pratiquement comme la seule et vraie cause* des hémorragies pelviennes, selon deux modes : avortement ou rupture, celle-ci peut être plus fréquente et certainement plus grave, mais dont la sévérité se trouve heureusement atténuée d'habitude par des lésions péritonéales antérieures.

C'est pourquoi, dans les chapitres suivants, qui auront trait à la clinique et à la thérapeutique, nous nous croirons autorisé à négliger les hémorragies péri-utérines d'origine exceptionnelle, pour nous occuper exclusivement de celles qui reconnaissent leur source dans l'arrêt ou la rupture d'une grossesse tubaire. *(A suivre.)*

RÉSECTION DU GANGLION DE GASSER

ARRACHEMENT PROTUBÉRANTIEL DU TRIJUMEAU (1)

Par le docteur Paul Poirier,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chef des travaux anatomiques de la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

Ayant été appelé à réséquer le ganglion de Gasser sur un malade du service du professeur Raymond, j'ai d'abord étudié et répété sur le cadavre les divers procédés employés jusqu'à ce jour. Après beaucoup de tâtonnements, je suis arrivé à fixer d'une façon précise le manuel de cette opération que beaucoup de chirurgiens déclarent très difficile, sinon impossible. Après l'avoir répétée 25 fois sur le cadavre à l'amphithéâtre de l'école pratique devant les élèves et dans l'amphithéâtre du professeur Berger sur le vivant, je n'hésite pas à déclarer que, pour un chirurgien tant soit peu anatomiste, la résection du ganglion de Gasser précédée de l'arrachement protubérantiel du trijumeau ne présente point de difficulté réelle.

Pour comprendre et exécuter méthodiquement avec sûreté et sécurité ce manuel opératoire, il est indispensable d'avoir bien présents à l'esprit les points principaux de l'anatomie de la région temporale, de la fosse ptérygo-maxillaire ou zygomatique et de l'étage moyen de la base du crâne.

Le procédé auquel je me suis arrêté après un grand nombre d'essais n'a, pour ainsi dire, rien de personnel ni d'original, si ce n'est la succession et la minutieuse description des temps qu'il comprend et modifie quelque peu, les ayant empruntés aux procédés connus de Rose, Horsley, Krause, Doyen, etc.

Toutefois, cette réserve n'est point valable pour ce qui concerne le dégagement du ganglion et l'arrachement du trijumeau, temps derniers dont je n'ai point trouvé la description dans les auteurs que j'ai lus.

Premier temps. — *Incision cutanée et dissection du lambeau.* — L'incision commence sur la tubérosité malaire et monte verticalement sur la face génienne (externe) de l'os malaire jusqu'à la jonction des apophyses orbitaires du malaire et du frontal ; là, elle se recourbe pour traverser horizontalement la région temporale et redescendre verticalement dans le sillon pré-auriculaire jusqu'au tragus. C'est un Ω, dont la branche postérieure descend un peu moins bas que l'antérieure. C'est à peu de chose près l'incision que Salzer conseille pour aller réséquer le maxillaire inférieur dans le trou ovale ; elle en diffère toutefois en ceci que Salzer et ceux qui l'ont imité divisent suivant cette même ligne la peau, l'aponévrose et le muscle temporal. Incisez franchement jusqu'à l'os sur le malaire, plus légèrement dans la région temporale et surtout en descendant le sillon pré-auriculaire, afin de ménager aussi longtemps que possible les vaisseaux temporaux superficiels qui seront coupés, pincés et liés dans l'angle auriculaire du lambeau. La dissection du lambeau entame les insertions malaires du grand zygomatique, met à nu l'aponévrose temporale, l'apophyse zygomatique, et, à 1 centimètre au-dessous de celle-ci, les lobules supérieurs de la glande parotide qu'il importe de ménager.

Ne vous inquiétez point, au cours de cette dissection, de la petite hémorragie résultant de la section des artères et veines temporales. C'est, je le répète, au niveau de l'angle auriculaire du lambeau que vous pincerez et lierez ces vaisseaux.

Deuxième temps. — *Résection de l'apophyse zygomatique et de la moitié postérieure du losange malaire.* — Le lambeau ayant été disséqué et rabattu vers l'angle de la mâchoire, incisez, comme Krönlein et Rose, l'aponévrose temporale le long de l'apophyse orbitaire et du zygoma ; seulement incisez à quelque distance, 2 ou 3 millimètres du rebord osseux, afin de pouvoir recoudre à la fin de votre opération. Achevez bien cette incision en arrière. Là il vous arrivera de couper la temporale moyenne, que vous lierez si elle saigne ; plus tard, votre muscle temporal saignera moins.

Section du malaire. — Cet os doit être scié suivant son grand axe vertical. A cet effet, engagez de haut en bas la forte sonde cannelée de Nélaton sous l'apophyse orbitaire externe et, grattant avec le bec la face postérieure du malaire, faites émerger ce bec au niveau du tubercule malaire ; un coup de pointe à ce niveau dans l'épaisse insertion tendineuse du masséter facilitera la sortie de la sonde. Sur cette sonde laissée en place, avec la petite scie à main maintenue perpendiculairement à l'os qu'elle va couper en quelques secondes, sciez l'os malaire : la manœuvre est des plus faciles, puisque la sonde protège les parties sous-jacentes et la peau de la joue. La section du malaire est affaire de quelques secondes si vous vous servez de la petite scie à main qui se trouve dans toutes les boîtes à opérations ; point n'est besoin de recourir aux scies circulaires que d'aucuns conseillent : évitez surtout la scie à chaîne, instrument dangereux et d'utilité contestable.

Section de l'apophyse zygomatique. — Cette apophyse doit être coupée au niveau du point de jonction de ses deux racines, sur le tubercule zygomatique. Ne perdez point de vue que le trou ovale, vers lequel vous allez, est au bout de la racine transversale, à 35 millimètres environ du tubercule zygomatique.

A la section transversale conseillée par tous, je préfère un trait oblique coupant l'os immédiatement en arrière du tubercule zygomatique, juste en avant du condyle, qui est plus facile à sentir que le tubercule. Pour cette section,

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, dans la séance du 8 juillet 1896.

l'instrument de choix est la pince coupante (bien qu'elle brise plus qu'elle ne coupe), agissant au lieu dit, presque parallèlement au grand axe de l'apophyse zygomatique. Par ce trait, outre que vous vous donnez une plus large entrée vers la profondeur, vous obtenez une surface de section double de celle obtenue par un trait transversal, ce qui n'est point à négliger pour la consolidation à venir.

Soyez prévenus que si vous enfoncez trop le bec de votre pince, vous ouvrirez peut-être le compartiment supérieur (ménisco-temporal) de l'articulation temporo-maxillaire. L'accident n'est pas d'importance, cependant, mieux vaut l'éviter. Un coup du bec de la pince réséquera au besoin une petite pointe osseuse ayant échappé à la pince.

L'étendue de la brèche osseuse ainsi obtenue est de 4 centimètres : je viens de la mesurer sur les six derniers sujets utilisés pour fixer et décrire ce manuel opératoire. Sur l'un d'eux, elle n'est que de 35 millimètres, parce que la section du malaire a passé un peu en arrière de son grand axe vertical ; aussi, sur ce sujet, la résection du ganglion a été plus pénible.

Les os étant coupés, il faut rabattre l'arc zygomatique et le masséter. Pour cela, renversez en bas et en dehors l'arc osseux, séparez doucement avec le bec de la sonde cannelée le temporal et le masséter bien souvent continus ; au cours de cette séparation, vous rencontrerez toujours une artériole et d'assez grosses veines ; pincez-les, c'est autant de fait et notez, si vous avez le goût de l'anatomie, que ce n'est point l'artère massétérine, laquelle passe plus bas, dans l'échancrure sigmoïde. Poursuivez ce rabattement assez bas pour que le bec de votre sonde puisse bien délimiter la coronoïde, engainée par le tendon du temporal ; traînez le bec de la sonde sur les bords antérieur et postérieur du temporal : le long du bord postérieur, vous rencontrerez les vaisseaux et nerfs massétérins ; en avant, dégagez le bord antérieur de la graisse fluide qui l'entoure ; c'est en bas, vers la joue, qu'il faut rejeter cette graisse, continuation de la boule graisseuse. D'aucuns enlèvent cette graisse, et je l'ai fait une fois, mais à quoi bon ? Repoussée en bas, elle ne vous gênera plus, et plus tard, elle servira à combler la vaste excavation que vous allez creuser.

Troisième temps. — *Section du sommet de la coronoïde et relèvement du temporal ; dénudation de la partie inférieure de la fosse temporale.* — Les bords du muscle temporal étant dégagés et l'apophyse coronoïde reconnue, sectionnez à la pince coupante le sommet de cette apophyse. Comme le tendon temporal engaine l'apophyse et descend très bas sur sa face interne, il faut achever au bistouri la section du tendon et des fibres inférieures du temporal. Lorsque le bout inférieur de ce muscle sera bien dégagé, commencez à relever le muscle vers la fosse temporale. Parfois, on éprouve quelque peine à le séparer du ptérygoïdien externe, avec lequel il se continue ; le plus souvent, l'interstice des deux muscles est traversé par une artériole et des veinules, et, aussi souvent, par l'artère maxillaire interne elle-même. (Voyez, à ce sujet, l'intéressante thèse de mon élève, Juvara : « Anatomie de la région ptérygo-maxillaire », Paris 1895.) Dans tous les cas, liez avec soin l'artère et les veinules qui passent dans l'interstice ptérygo-maxillaire.

Tant mieux si c'est le tronc même de la maxillaire, le reste de l'opération sera plus facile, la plaie restant presque exsangue.

Ceci fait, relevez le muscle temporal, dénudant avec la rugine la fosse temporale, depuis la crête temporale du sphénoïde jusqu'à deux bons travers de doigt au-dessus. (Je désigne sous le nom de *crête du sphénoïde*, crête sous-temporale de quelques auteurs, la crête épineuse, qui, sur la face exocranienne de la grande aile du sphénoïde, sépare la portion temporale, supérieure ou verticale de cette aile, de sa portion inférieure, cette dernière étant horizontale et formant avec le temporal le plafond de la fosse ptérygo-maxillaire, ou plan sphéno-temporal.) Cette crête est formée d'une série de tubercules plus ou moins saillants, dont l'antérieur, le plus gros, est le tubercule du sphénoïde.

Quatrième temps. — *Dénudation du plan sphéno-temporal, reconnaissance du trou ovale et de l'émergence du nerf maxillaire inférieur.* — Ce temps est des plus faciles et ne demande que quelques secondes. Rappelez-vous d'abord que le plan sphéno-temporal est à peu près horizontal et que le trou ovale est à 20 ou 23 millimètres de profondeur sur le prolongement de la racine transverse (condyle temporal) de l'apophyse zygomatique. Avec la même rugine courbe qui a servi à dénuder la fosse temporale, dénudez le plan sphéno-temporal, en partant de la crête sphénoïdale. Cheminez entre le périoste et l'os, dans une direction transversale, immédiatement en avant du condyle temporal. Le dos de l'instrument repousse et protège le ptérygoïdien et les vaisseaux ; à 20 millimètres de profondeur, après avoir bien épongé avec une compresse maintenue en place quelques instants, vous reconnaîtrez et VERREZ le bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde et, immédiatement en arrière de lui, le trou ovale, d'où émerge un gros trousseau rougeâtre, le nerf maxillaire inférieur. Avec le bout mousse de votre sonde cannelée, isolez quelque peu le paquet nervo-vasculaire.

Je dois insister sur trois points :

a. J'ai dit vous verrez et reconnaîtrez, etc..., parce que l'on peut et l'on doit *voir* : 1° le bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde ; 2° le nerf émergeant du trou ovale. N'essayez pas d'aller reconnaître ces parties avec le doigt ; une pulpe d'index comprimée entre le plan sphéno-temporal et le périoste qui bride et protège les parties molles, arriverait difficilement jusqu'au fond de la région ; si elle parvient à toucher les parties du bout de l'ongle, elle sentira mal et rapportera de faux renseignements. J'ai fait voir nettement toutes ces parties sur le vivant ; je les vois et fais voir dans mes répétitions sur le cadavre ; ceci m'est une occasion de redire : là, comme partout ailleurs, l'œil seul est le bon guide ; méfiez-vous des sensations perçues par une pulpe fatiguée.

b. Le nerf maxillaire inférieur à son émergence n'apparaît point sous la forme de ce gros cordon blanc que représentent nos figures d'anatomie, toujours trop claires ; entouré de vésicules et de tissu celluleux, c'est un cône rougeâtre dont le sommet s'enfonce dans le trou ovale.

c. Que votre rugine agisse bien dans le plan frontal, toujours parallèle et tangente au condyle temporal ; il est arrivé à de bons opérateurs de s'égarer en avant vers la fente ptérygo-maxillaire.

d. Immédiatement en arrière et un peu en dehors du trou ovale, c'est-à-dire plus près de l'opérateur, est le trou petit rond, par lequel pénètre la méningée moyenne ; vous ne le reconnaîtrez point le plus souvent, car il est protégé par la saillie du condyle temporal. C'est dans le temps suivant que vous arriverez à lui, par la fosse moyenne, et que vous lierez la méningée moyenne, si vous en reconnaissez la nécessité.

Cinquième temps. — *Résection de la partie basse de la fosse temporale et du plan sphéno-temporal. Soulèvement progressif du lobe temporo-sphénoïdal. Reconnaissance de la partie intra-cranienne du maxillaire inférieur.* — La plupart des auteurs qui ont pris cette voie temporo-sous-temporale, pour aller à la recherche du maxillaire inférieur ou du ganglion de Gasser, conseillent à ce moment de l'opération de commencer la brèche osseuse par l'application d'une couronne de trépan, soit dans la fosse temporale, soit sur le plan sphéno-tem-

poral. Il est beaucoup plus simple, plus facile, moins long d'ailleurs et moins dangereux, d'ouvrir au ciseau la fosse temporale, mince, d'épaisseur inégale, précisément au point où elle est doublée de la méningée moyenne parfois contenue dans un canal osseux complet.

Donc, avec un ciseau bien coupant, à tige grosse et carrée pour qu'il puisse être bien tenu, à tête large pour protéger la main contre les coups du marteau; agissant presque parallèlement à la surface osseuse, circonscrivez un lambeau d'environ 2 centimètres carrés. De petits coups de maillet font pénétrer le ciseau dans la table externe de l'os; dès que le ciseau a pénétré quelque peu, imprimez-lui un mouvement de bascule pour soulever et détacher un copeau osseux; c'est la manœuvre du charpentier équarrissant un tronc d'arbre. Répétez la même manœuvre tout à côté et à la troisième, au plus tard à la quatrième application du ciseau, vous détacherez un fragment comprenant toute l'épaisseur de la paroi très mince à ce niveau. La dure-mère étant à nu dans une étendue variable, suivant la dimension de l'éclat osseux, décollez-la avec l'instrument approprié, et, remplaçant le ciseau par la pince-gouge, agrandissez et régularisez l'orifice de la fosse temporale, après quoi vous attaquerez le plan sous-temporal par morsures successives de la pince-gouge jusqu'au trou ovale que vous ouvrez par un dernier coup de pince.

Il va sans dire que la dure-mère a été décollée au fur et à mesure; d'ailleurs, la branche intra-cranienne convexe de la pince suffit d'ordinaire à ce décollement.

Sur la dure-mère, on voit la méningée moyenne qui s'enfonce vers le trou petit rond. Quelques opérateurs ont lié cette artère : je n'ai pas eu l'occasion de le faire, ayant trouvé, dans le cas que je rapporterai plus loin, une dure-mère exsangue, car la méningée moyenne avait été envahie et partiellement détruite par le sarcome, au niveau de son entrée dans le crâne.

Dans mes répétitions sur le cadavre, il m'a paru que cette ligature n'était pas indispensable.

Remarque : point n'est besoin de trépaner *largement* la fosse temporale; un orifice ovalaire de 3 centimètres de largeur, sur 2 centimètres et demi de hauteur, est très suffisant pour les manœuvres ultérieures sur le ganglion. La brèche du plan sphéno-temporal qui continue cet orifice doit garder une largeur de 2 centimètres environ.

Ces indications relatives aux dimensions n'ont rien d'absolu; elles constituent un minimum très suffisant; si l'on est gêné, quelques morsures de la pince gouge auront vite fait d'agrandir l'orifice.

Sixième temps. — *Reconnaissance des nerfs maxillaire inférieur et maxillaire supérieur; dégagement de la face cérébrale du ganglion de Gasser; section des nerfs maxillaires inférieur et supérieur au niveau des trous ovale et grand rond; soulèvement et dégagement de la face cranienne du ganglion; pincement du trijumeau avant son épanouissement; arrachement protubérantiel de ce nerf; extraction du ganglion d'arrière en avant.* — Le nerf maxillaire inférieur ayant été reconnu et le trou ovale échancré, on voit le gros nerf, dont l'enveloppe celluleuse se continue avec la dure-mère qui recouvre le lobe temporo-sphénoïdal. Cette continuité n'est qu'apparente; soulevez légèrement avec l'*écarteur malléable*, auquel vous aurez donné une courbure appropriée à la forme du lobe cérébral, soulevez, dis-je, le lobe temporo-sphénoïdal, et, agissant avec la pointe mousse de la sonde cannelée de Nélaton au fond du sillon formé par la réunion du maxillaire inférieur et de la dure-mère, vous détacherez facilement la dure-mère. Votre écarteur, manié par votre main gauche, s'avançant et relevant la dure-mère au fur et à mesure que votre sonde cannelée la sépare du ganglion, vous aurez mis à nu, en quelques secondes, la face cérébrale de celui-ci; vous reconnaîtrez alors très facilement le nerf maxillaire supérieur, et parfois la branche ophtalmique confondue avec la paroi externe du sinus caverneux. Il faut maintenant dégager de même la face cranienne du ganglion. Avec le névrotome courbe à pointe mousse, chargez et coupez dans le trou ovale, devenu large échancrure, le nerf maxillaire inférieur; ayez soin de charger ce nerf d'arrière en avant, en engageant la pointe mousse d'un névrotome courbe à concavité tranchante entre la méningée moyenne et le maxillaire inférieur, de façon à ménager l'artère. Chargez et coupez, mais cette fois dans l'intérieur du crâne, le nerf maxillaire supérieur.

Maintenant, prenant avec une pince à disséquer le bout central du maxillaire inférieur, soulevez par ce nerf le ganglion, et dégagez la face pétreuse de celui-ci avec la pointe mousse de votre sonde cannelée, jusqu'au delà du ganglion, à l'entrée du nerf dans le cavum Meckelii. Là, comme pour la face cérébrale, évitez de pousser le dégagement trop en dedans vers le sinus caverneux. Ayez la main légère : car le ganglion repose sur la carotide interne, séparé d'elle par une mince couche fibreuse.

Le ganglion étant ainsi dégagé et visible par ses deux faces, il reste à pincer le nerf à son entrée dans le ganglion; avec une pince hémostatique ordinaire, prenez le nerf au niveau de son entrée dans le ganglion, ne tirez pas d'abord, mais tordez sur place de façon à arracher le nerf à son origine protubérantielle.

Lorsque le tronc du trijumeau aura été arraché, continuez le mouvement de torsion imprimé à la pince hémostatique, pour achever par arrachement encore, et d'arrière en avant, l'enlèvement de la branche ophtalmique. Soyez prévenu que la branche ophtalmique n'est, d'ordinaire, pas disséquable sur la paroi externe du sinus caverneux.

Lorsqu'on veut enlever en totalité cette branche, on ouvre infailliblement le sinus; sans attacher à cet incident plus d'importance qu'il ne faut (car le sinus caverneux, très cloisonné, n'est pas un gros sinus et ne doit pas saigner abondamment), je conseille de ne point rechercher l'arrachement de la branche ophtalmique; d'ordinaire, elle se rompt au niveau de son émergence du ganglion. C'est le nécessaire, et je ne vois pas la nécessité de faire plus en risquant de léser le tissu et les nerfs inclus dans la paroi du sinus.

L'opération que je viens de décrire demande quinze minutes sur le cadavre; j'ai mis plus de temps sur le vivant, il fallut enlever, au préalable, une tumeur de la pointe du lobe temporo-sphénoïdal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 15 juillet.

Rapport : Ostéotomie pour fracture vicieusement consolidée du péroné, par M. Rochard. (Rapport par M. Schwartz.)

Communications : 1° Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué; 2° Traitement des kystes séreux congénitaux du cou, par M. Verchère.

— Voici les prix proposés pour l'année 1897 par la Société médico-psychologique :

Prix Aubanel (2000 francs). — *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Prix Belhomme (600 francs). — *Du langage chez les idiots.*

Prix Esquirol. — Ce prix de la valeur de 400 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien

à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1895 et 1896, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1897 devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 81. — MARDI 14 ET JEUDI 16 JUILLET 1896. 69e ANNÉE. MARDI 14 ET JEUDI 16 JUILLET 1896. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 juillet 1896.

On sait que la cirrhose alcoolique peut donner lieu à l'augmentation ou à la diminution du volume du foie. Les lésions anatomiques sont sensiblement les mêmes dans les deux cas et elles affectent la même localisation dans le lobule. A quelle particularité convient-il donc d'attribuer l'hypertrophie qui est si accentuée sur certains foies? Dans un fait de ce genre, que vient d'étudier M. Hanot, il existait de l'hyperplasie nodulaire analogue à celle qui a été décrite par Sabourin et par Kelsch et Kiener. On constatait, dans un grand nombre de points, des nodules de nouvelle formation, constitués par des travées cellulaires affectant la disposition concentrique qui les caractérise.

Déjà, en 1890, MM. Hanot et Gilbert, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, avaient soupçonné ces hyperplasies nodulaires de jouer un certain rôle dans l'augmentation de volume du foie. La nouvelle observation de M. Hanot confirme absolument cette manière de voir.

Il se fait là une véritable régénération du tissu hépatique, mais tandis que dans les expériences faites par Ponfick sur des animaux, le foie se reproduit analogue au foie normal, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'un foie pathologique. Le tissu de nouvelle formation semble avoir subi une déviation spéciale qui fait que ce processus de rénovation aboutit à la formation d'éléments anormaux. Un phénomène analogue se produit dans les foies en partie détruits par un kyste hydatique. On trouve d'ailleurs fréquemment des hyperplasies nodulaires dans la cirrhose atrophique, où elles ne sont ni aussi nombreuses, ni aussi développées. Mais si ces productions peuvent expliquer, dans une certaine mesure, l'hypertrophie du foie, il est impossible, actuellement, de connaître les circonstances qui président à leur développement.

M. Marfan a observé un cas de phlébite fibro-adhésive des sinus de la dure-mère chez un nourrisson de dix mois, consécutivement à des troubles gastro-intestinaux dus à une alimentation défectueuse. Sevré à deux mois, ce malheureux enfant fut mis au biberon et comme il était doué d'un bel appétit, on lui faisait prendre chaque jour 2 litres de lait de vache non stérilisé. Bientôt survinrent des troubles gastriques, des vomissements, de la diarrhée, puis des phénomènes convulsifs. Enfin le crâne augmenta sensiblement de volume, le petit malade présenta des signes d'hydrocéphalie, avec cécité, parésies diverses, etc. et l'on constata une phlébite fibro-adhésive des veines de la dure-mère, vraisemblablement imputable à une septicémie d'origine gastro-intestinale.

On a déjà signalé la présence de pepsine dans l'urine. M. Albert Robin a étudié les relations de la pepsinurie avec divers états gastriques. La richesse de l'urine en pepsine est très variable, elle ne dépend ni de la quantité de l'urine, ni de sa teneur en éléments solubles.

A l'état physiologique, le maximum de la pepsinurie s'observe, le matin à jeun, puis avant le déjeuner de midi, et enfin le soir avant le dîner. Après les repas, la pepsine diminue très notablement dans l'urine. Il semble donc que la pepsine passe dans la sécrétion urinaire lorsqu'elle n'est pas utilisée par l'estomac.

Quand les digestions sont troublées, les rapports sont profondément modifiés. La pepsinurie peut exister au maximum aussi bien à la fin du repas, que lorsque la digestion est terminée. Il y a là peut-être des indications pour l'administration de la pepsine au cours de certaines affections de l'estomac.

M. Florand a rencontré plusieurs fois des angines à streptocoques accompagnées d'érythèmes scarlatiniformes. Dans quelques cas, l'infection amygdalienne ou pharyngée s'est compliquée d'abcès.

MM. E. Gaucher et Claude ont observé un malade entré à l'hôpital Saint-Antoine avec le syndrome de l'ictère grave, et qui présenta, au début, un remarquable exemple d'hypothermie. La température rectale descendit à 33°8; elle fut, bien entendu, contrôlée à plusieurs reprises. Le sang du malade ne contenait pas de coli-bacilles, mais les matières fécales en renfermaient à profusion. Il s'agit sans doute là d'une forme hypothermisante, d'origine bacillaire, comme en a décrit déjà M. Hanot. Le malade guérit et présenta plus tard de l'hyperthermie, à l'occasion d'une bronchite aiguë assez intense.

M. Achard a obtenu par les rayons de Röntgen une bien curieuse photographie d'une arthrite blennorragique, chez un malade qui se plaignait de violentes douleurs dans le pied, au voisinage de l'articulation métatarso-phalangienne

du gros orteil. On ne distinguait aucune lésion à la vue et au palper. La photographie révéla, près de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, du côté de l'espace interosseux, une véritable végétation osseuse, qui s'implantait sur le métatarsien par une sorte de pédicule rétréci. Il existait donc une altération réelle du squelette que les autres procédés d'exploration ne pouvaient faire soupçonner. M. Lannois avait présenté récemment des photographies obtenues par les rayons X sur des malades atteints de rhumatisme déformant.

Or, il est intéressant de constater que ceux-ci ne présentaient pas d'altérations osseuses, tandis que M. Achard vient d'en constater dans la blennorragie.

On considére généralement l'acide borique comme un antiseptique absolument inoffensif. On le trouve dans toutes les familles où il est employé journellement en injections, en lavements, etc. Il y a lieu de se montrer moins bienveillant à son égard. M. Catrin a eu connaissance d'un empoisonnement suivi de mort, causé par un lavement contenant 40 grammes d'acide borique pour un litre d'eau. Des expériences faites sur des animaux ont, d'ailleurs, démontré à M. Catrin la toxicité de l'acide borique. Des doses de 4 grammes à 1 gramme d'acide borique ont tué des cobayes en deux ou trois jours. D'autres cobayes qui avaient pris 40 et même 20 centigrammes d'acide borique ont également succombé, mais seulement après huit ou quinze jours.

OBSERVATION DE CONTAGION DE SYPHILIS

AU MOYEN D'UN RASOIR CONTAMINÉ (1)

Par M. Catrin,

Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

M. X..., vingt-sept ans, contracte, en septembre 1894, un chancre qui, traité par un pharmacien, n'est cicatrisé que le 11 novembre. Je vois le malade vers la fin d'octobre et je lui prescris le traitement classique de la syphilis. Les accidents secondaires se déroulent avec régularité : roséole et, consécutivement, plaques muqueuses qui se montrent par poussées fréquentes, malgré la presque continuité du traitement; elles reparaissent dès que le malade cesse de prendre les pilules de proto-iodure. Pas d'autres accidents à signaler. A la fin de juillet 1895, le père de ce jeune homme emploie les rasoirs de son fils, malgré des recommandations multiples, il se coupe le menton et deux ou trois jours après écorché sa première coupure. La plaie ne guérit pas, puis bientôt, mais à une époque mal déterminée, se transforme en une ulcération qui s'étend, s'arrondit et s'accompagne d'adénite sous-maxillaire volumineuse et très douloureuse.

On emploie, pour faire cicatriser, de l'eau boriquée, du sublimé, un onguent pharmaceutique noirâtre, etc. Sous l'influence de cette thérapeutique, l'ulcère met quatre mois à se fermer, c'est-à-dire jusqu'en décembre. A cette date paraît une roséole caractéristique qui, ayant attiré l'attention et fixé la nature de l'ulcération, est traitée par des pilules de proto-iodure, une, deux, trois, puis quatre, pendant plusieurs jours de suite. Rapidement paraît une stomatite intense qui, favorisée sans doute par la présence de nombreux chicots et de dents cariées, prend une telle gravité que le malade ne peut plus manger, ne dort plus, tombe dans un état de faiblesse considérable, subissant une véritable auto-intoxication par suite des produits putrides qui se développent dans sa cavité buccale, laquelle exhale une épouvantable odeur qui empêche toute cohabitation dans la même chambre.

Je vois le malade à cette époque : c'est un vieillard de soixante et onze ans, qui, jusqu'à sa récente maladie, était très robuste et n'avait jamais été indisposé. Il est dans un état réellement inquiétant; je fais cesser les pilules de proto-iodure, et comme le chlorate de potasse, déjà employé d'ailleurs, n'amène pas d'amélioration dans l'état des gencives, qui sont fongueuses, saignantes et ulcérées, je substitue le permanganate de potasse en solution à 1/1000, et après quelques jours de ce traitement, la stomatite s'améliore considérablement et avec elle l'état général.

A la fin de janvier, tous ces accidents ont disparu, l'appétit s'est réveillé, les sueurs nocturnes ont cessé, le malade peut marcher, sortir, etc.

En février, je prescris de nouveau des pilules de proto-iodure à 5 centigrammes, une demi-pilule, une le lendemain, puis deux; alors on redescend la progression pour la reprendre ensuite. Avec ces précautions et des soins minutieux de la bouche, je suis parvenu à éviter le retour des accidents gingivaux que j'avais été appelé à traiter. Cependant, le 15 mai, il a encore fallu arrêter le traitement.

Mais en mars dernier, M. X... père a cru s'apercevoir que sa vue diminuait, il ne pouvait plus lire son journal, mais n'éprouvait que peu de douleurs dans les yeux. Cet état s'aggravant, il vient me trouver le 21 mars, et je constate une iritis double avec déformation des pupilles en as de trèfle, corps flottants dans l'humeur vitrée, etc. L'acuité visuelle est réduite à 1/8 pour l'œil droit, à 1/14 pour l'œil gauche.

On continue le traitement mercuriel et mon collègue et ami, M. Mignon, auquel j'avais montré mon malade, prescrit des instillations d'atropine. Le 4 avril, l'acuité visuelle à droite est de 1/3 et à gauche de 1/4. Le 25 avril, les deux yeux ont 1/3 d'acuité visuelle, et cet état persiste le 25 mai. Je ne crois pas qu'on pourra obtenir un meilleur résultat, vu l'âge du malade et les synéchies antérieures.

En résumé : contagion d'une syphilis datant de neuf mois, par une coupure de rasoir.

Sans être très rares, ces faits ne sont pourtant pas fréquemment signalés, et j'ai cru devoir vous rapporter cette observation qui montre une fois de plus le danger, connu depuis longtemps, mais toujours bravé, de l'emploi des rasoirs communs.

Je m'étonne même que ces cas de contagion par le rasoir ne se présentent pas plus souvent, et j'explique par le silence gardé sur ce genre d'accidents.

Dans l'armée, depuis un certain temps déjà, les médecins militaires doivent enseigner aux barbiers la manière de désinfecter leurs instruments; néanmoins, toutes ces précautions ne valent point la mesure qu'ont adoptée les Anglais, puisque, dans leur armée, chaque soldat est muni d'un rasoir personnel.

La gravité de la syphilis ainsi contractée tient-elle à l'âge du malade ou au siège du chancre? On a récemment, je crois, contesté l'influence néfaste que pouvait avoir le siège de l'accident primitif sur l'évolution de la maladie; mais je ne pense pas qu'on ait encore visé la plus grande gravité de la syphilis chez les vieillards.

Pour terminer, je ne puis m'empêcher une fois de plus d'insister sur l'influence du terrain, sur la gravité des maladies; voilà un microbe inconnu, il est vrai, mais incontestable, qui n'a donné, chez un jeune homme, que des acci-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

dents en somme assez bénins, bien qu'ayant tendance à récidive; ce microbe, ce virus inoculé à un homme âgé amène, en quelques mois, des accidents oculaires graves, ayant menacé pendant un mois la vue du malade, et produit une cécité presque complète.

J'ai, à diverses reprises, pour la pneumonie, la pleurésie, l'érysipèle, montré ici même combien le pronostic de ces maladies était différent, dans nos hôpitaux militaires, de celui que vous signaliez dans la population civile des hôpitaux de Paris; voici un exemple de plus avec l'observation de syphilis que je vous ai apportée.

Ce sont là des faits qui, péremptoirement, démontrent l'importance de la clinique; cette vérité est presque banale, néanmoins on l'oublie un tant soit peu actuellement, et vous m'excuserez si je me suis permis de la rappeler encore une fois.

REVUE DE LA PRESSE

Le symptôme de Magnan dans le cocaïnisme chronique. — Parmi les troubles psychiques du cocaïnisme on considère les idées délirantes et les hallucinations de l'ouïe, de la vue et de l'odorat comme les manifestations les plus caractéristiques; comme troubles moteurs on a signalé des accès épileptiformes, quoique ces derniers constituent plutôt une manifestation d'intoxication aiguë. En 1889 M. Magnan a attiré l'attention sur un nouveau symptôme: c'est une hallucination du sens cutané général, consistant en une sensation plus ou moins nette de la présence d'un corps étranger sous la peau.

Ce symptôme a été déjà constaté auparavant par Obersteiner, Thomsen, Heimann, mais ces auteurs n'ont su lui attribuer toute la valeur qu'il méritait.

M.F. Ribakoff vient d'observer, à la clinique des maladies mentales à Moscou, deux malades atteints d'intoxication chronique par la cocaïne, chez lesquels cette sensation constituait le symptôme prédominant. Chez un de ces malades, la localisation de cette sensation était très variable, le corps étranger lui-même se présentait à l'imagination du malade tantôt sous forme de boules du volume d'une noix ou d'un pois, tantôt sous forme de particules fines ou de poussière fine. Ce qui augmente singulièrement la valeur du signe de Magnan c'est que, contrairement aux autres signes du cocaïnisme qui peuvent aussi se rencontrer dans d'autres intoxications chroniques, la sensation de corps étranger sous-cutané paraît constituer un symptôme pathognomonique du cocaïnisme, permettant de dépister l'affection chez les malades qui ne veulent pas l'avouer.

D'une façon générale les hallucinations du sens cutané se traduisent sous forme de petits corps, menant parfois aux idées délirantes ayant pour objet des microbes, des cristaux de cocaïne, etc. La forme de ces corps est plus ou moins sphérique. (*Rev. de méd. russe*, 1896, n° 4.)

Du rachitisme et de ses rapports avec l'état hygrométrique de l'air. — Un grand nombre d'auteurs considèrent les lésions osseuses comme les plus importantes dans le rachitisme. M. E. Haghen-Torn, qui étudie le rachitisme depuis sept ans déjà et continue encore ses recherches sur cette affection, n'est pas de cet avis; il considère tous les autres troubles qu'on observe chez les enfants rachitiques aussi importants que les altérations du squelette, car ces dernières peuvent être très tardives, tandis que, chez les mêmes sujets, d'autres manifestations de l'affection se sont montrées dans la première enfance. Ces manifestations (adénopathies parfois suppurées, diarrhée ou constipation, sueurs, hypertrophie de la rate, surtout en hiver, avec fièvre parfois, bronchites rebelles, éclampsie, spasme laryngé, dentition difficile), alternant ou coïncidant avec les altérations osseuses caractéristiques, méritent d'être considérées comme caractéristiques du rachitisme. D'ailleurs ce point sera étudié, par l'auteur, avec plus de détails dans un travail prochain. Aujourd'hui il s'occupe surtout d'un point discuté de l'étiologie du rachitisme. On attribue, en général, l'éclosion de cette maladie à une nutrition défectueuse au point de vue qualitatif ou quantitatif. Mais s'il en était ainsi, on ne saurait comprendre pourquoi on trouve tant de rachitiques dans une région et peu ou point dans une autre.

En se basant sur de nombreuses observations et en partie sur celles de ses propres enfants, les uns nés dans le gouvernement de Koursk, les autres à Saint-Pétersbourg, l'auteur arrive à la conclusion que le climat joue un rôle capital dans l'étiologie du rachitisme. A Saint-Pétersbourg, le rachitisme sévit presque sur tous les enfants d'un certain âge, aussi bien dans la classe aisée que dans la classe ouvrière et cela, quelle que soit l'alimentation des enfants. L'étude des conditions météorologiques de différentes régions de l'empire russe, d'une part, et des régions où le rachitisme est plus ou moins fréquent d'autre part, a conduit M. Haghen-Torn à la conclusion de l'existence d'une corrélation étroite entre les deux: le rachitisme est très fréquent là où l'humidité relative moyenne de l'année est plus élevée et *vice versa*. Ce fait ne doit d'ailleurs étonner personne, étant donné certains points relatifs à la physiologie des tissus de l'enfant, qui sont plus riches en eau que les tissus des adultes; d'autre part, chez l'enfant, les sels sont distribués en proportion à peu près égale dans tous les tissus. Chez les rachitiques, les tissus sont plus riches en eau qu'ils ne le sont à l'état normal chez l'enfant et c'est cette rétention d'eau dans l'organisme qui provoque peut-être les troubles de la nutrition. L'excès d'eau retentit surtout sur les os, puisqu'elle empêche aux sels de chaux de s'y accumuler. Cette rétention de l'eau doit être attribuée à son impossibilité de s'évaporer, aussi rapidement qu'il le faut, dans un climat humide. C'est alors que le liquide, qui ne peut s'éliminer normalement, tend à s'éliminer par les sueurs, par les diarrhées, les bronchites. Ce qui paraît encore confirmer l'hypothèse de l'auteur, c'est le besoin instinctif qu'ont les rachitiques de sel et l'absence, malgré son absorption notable, de soif et de polyurie. (*Wratsch*, 1896, n° 17.)

Emploi de l'asbeste pour les pansements. — Dans son rapport fait à la Société chirurgicale de Moscou, M. Volintzeff a d'abord donné les résultats de ses recherches sur les propriétés physiques de l'asbeste. Ces résultats peuvent être résumés de la façon suivante: la densité de ce produit est plus élevée que celle de la ouate et de la tarlatane; il est moins poreux que ces dernières et moins hygroscopique. Le dégagement de vapeurs d'eau se fait plus lentement sous un pansement d'asbeste que sous tous les autres; ce pansement est un moins bon conducteur de la chaleur que la ouate; mais à ce point de vue les procédés de recherches ne sont pas encore satisfaisants. Enfin l'asbeste absorbe mieux les solutions albuminoïdes que ne le font le coton hydrophile et la tarlatane.

La seconde partie du travail de l'auteur est consacrée à l'étude clinique; les observations sont encore trop peu nombreuses pour permettre un jugement définitif; cependant on peut d'ores et déjà dire que ces pansements n'irritent pas les plaies, absorbent bien le pus et le sang et sont moins traversés par ces liquides que les autres pansements. Ce produit est d'un prix peu élevé, d'autant plus que, grâce à certaines préparations qu'on lui fait subir (en le traitant par le chlore, par exemple), on peut employer l'asbeste plusieurs

fois. On pourrait aussi préparer la ouate et la tarlatane à l'asbeste. Cette question, loin, bien entendu, d'être épuisée par ce travail, mériterait de nouvelles recherches. (*Wratsch*, 1896, n° 12.)

Deux cas de myopie volontaire. — On connaît déjà quelques cas de possibilité d'exercer l'influence de la volonté sur des muscles qui n'y sont, en général, pas soumis : comme, par exemple, possibilité d'accélérer ou de ralentir à volonté les battements cardiaques (cas de Beaunis, de Tarkhanoff). Cette action de la volonté sur les battements du cœur peut être soit directe, soit indirecte, par suite de l'accélération ou du ralentissement de la respiration ou bien par la pensée d'un fait de nature impulsive.

M. Tokarsky a récemment observé deux sujets qui pouvaient, à volonté, devenir myopes, c'est-à-dire changer la réfraction des milieux des yeux. Le premier est un homme bien portant qui arrive à changer la courbure de son cristallin, absolument à volonté, et sans qu'il soit obligé pour cela de déplacer le point de fixation. Ces modifications se produisent avec la même facilité pour la vision simple ou binoculaire, dans l'obscurité ou en pleine lumière. Le maximum de myopie ne peut être maintenu que pendant une minute environ, mais après un repos de une à deux minutes, le sujet peut recommencer l'expérience. A l'ophtalmoscope, l'auteur a constaté que les modifications de courbure du cristallin peuvent être de huit à neuf dioptries. Il n'y a aucune autre anomalie dans aucune des parties constituantes des globes oculaires.

Le second sujet est myope de par la nature, mais peut augmenter cette myopie de six à neuf dioptries ; en outre, pendant ces modifications, le malade rapproche ou éloigne le point de fixation. (Société des neuropathologistes et des aliénistes de l'Université de Moscou, 1896, février.)

Valeur diagnostique de la percussion de la partie inférieure de la colonne vertébrale. — Le professeur Bechtereff a attiré, à la Réunion des médecins de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Saint-Pétersbourg, l'attention de ses collègues sur l'importance diagnostique des données que peut fournir l'examen de la région sacrée de la moelle à l'aide de la percussion et de l'électricité.

Un malade est entré dans son service, présentant des signes de compression de la queue de cheval : anesthésie plantaire, génitale et périnéale, douleurs spontanées dans les membres, douleur à la percussion de la région sacrée, troubles sphinctériens, etc. Dans les antécédents, on trouve une contusion de la région lombaire, il y a huit mois, à la suite d'une chute de cheval. La maladie actuelle a débuté il y a six mois et, depuis trois mois, les troubles se sont notablement accrus et une fièvre hectique s'y est ajoutée. En raison de l'état si grave du malade et surtout des douleurs violentes qu'il éprouvait, on décida d'essayer de le soulager par l'intervention chirurgicale et on pratiqua (le professeur Veliaminoff) la laminectomie.

L'opération confirma pleinement le diagnostic du siège de la lésion : il s'agissait de carie du sacrum avec masses fongueuses comprimant la queue de cheval. Les suites de l'opération étaient très bonnes et l'anesthésie et la douleur disparurent complètement. Mais la fièvre hectique n'a cependant pas cessé et emporta enfin le malade.

A l'autopsie on trouva, en plus de la tuberculose sacrée, une prostatite suppurée, de la pyélite et de la tuberculose du bassin.

Pendant la vie du malade, la percussion donnait au niveau des régions lésées une matité nette, tandis que, à l'état normal, la percussion du triangle, dont la base répond à la partie supérieure du sacrum et le sommet au coccyx, donne une sonorité légèrement tympanique, très nette, permettant de bien limiter la région. Or le siège des lésions trouvées à l'autopsie correspondait exactement à la région où l'on avait trouvé la matité. Aussi M. Bechtereff recommande-t-il de recourir à ce mode d'exploration.

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1896. — Présidence de M. MONOD.

RAPPORT

Cholécystentérostomie. — M. BROCA fait un rapport sur une observation adressée par M. Delbet. Il s'agissait d'une jeune femme qui avait eu des coliques hépatiques et qui, en moins d'un mois, vit son état s'aggraver considérablement. Elle eut de l'ictère et en vint rapidement à vomir tout ce qu'elle prenait. M. Gingeot, qui soignait cette malade, appelle M. Delbet et ils décident de l'opérer immédiatement. M. Delbet fait l'incision latérale, trouve une vésicule rétractée, sans calculs, ne sent rien du côté du cholédoque et pratique d'emblée une cholécystentérostomie. La malade a très rapidement guéri.

M. Broca félicite MM. Gingeot et Delbet d'avoir décidé d'intervenir avec cette précocité chez cette malade. Dans ces cas, en effet, le chirurgien est généralement appelé trop tard. C'est ainsi que M. Broca a été appelé à intervenir chez une femme atteinte depuis longtemps de coliques hépatiques et depuis plus de six mois d'un ictère noir. A la suite d'une nouvelle colique hépatique, elle eut des phénomènes d'angiocholite avec 40 degrés de température. C'est à ce moment qu'est intervenu M. Broca. Il s'est contenté de faire une fistule biliaire. Cette malade va très bien ; elle a engraissé de 25 livres. Toutefois, elle est en moins bonne posture que la malade de M. Delbet. Que deviendra cette malade de M. Delbet? Il se pose lui-même cette question en songeant aux infections secondaires possibles du foie. Il sera intéressant que M. Delbet fasse connaître les résultats éloignés de son intervention chez cette malade.

M. TERRIER pense que, dans le cas de M. Delbet, il paraît y avoir une néoformation. Dans ces cas, il n'y a pas d'infection secondaire à redouter du côté des voies biliaires. Dans le cas de M. Broca, au contraire, il s'agissait d'une angiocholite. L'infection secondaire est beaucoup plus à craindre dans ces cas. Aussi, M. Broca a-t-il bien fait d'établir une fistule biliaire. Tant que l'écoulement de la bile est bien assuré, il n'y a pas de chances d'infection secondaire. Toutefois, on ne saurait trop encourager tous les chirurgiens à examiner la bile lorsqu'ils pratiquent ces interventions sur les voies biliaires. Ce serait un élément précieux de pronostic. Mais quelle que soit la nature de l'intervention, il est toujours indiqué d'assurer un bon écoulement de la bile.

M. ROUTIER a pratiqué très récemment la cholécystentérostomie chez un malade dans les conditions suivantes : ce malade avait de l'ictère et ne pouvait plus garder aucun aliment. M. Routier penchait, comme diagnostic, vers un néoplasme du foie. Il fit une laparotomie latérale, trouva une vésicule grosse comme les deux poings, il put en extraire un liquide qui fut examiné et reconnu stérile. Il ne trouva rien d'appréciable du côté du cholédoque. Il vida la vésicule et fit une fistule biliaire. Ce malade, par la suite, perdit par sa fistule une quantité considérable de bile. Malgré cela, il gagna rapidement 16 livres. Il était encore un peu vert, les matières étaient encore bien peu colorées, les urines étaient décolorées. M. Routier se décida alors à dégager la fistule biliaire, à la fermer, à mobiliser la vésicule et à l'anastomoser au côlon transverse. Depuis, ce malade va très bien et il n'y a jusqu'ici aucune menace d'infection secondaire.

M. QUÉNU s'est trouvé deux fois en présence de ces infections biliaires. Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme atteint d'ictère ; il fait l'incision latérale, trouve une vésicule pleine d'un liquide ne contenant pas de matières colorantes de la bile. Après avoir ouvert cette vésicule, l'avoir vidée de son contenu, il vit alors la bile y arriver. Il anastomosa le fond de cette vésicule avec l'estomac en se servant du bouton de Murphy. Ce malade succomba après cinq ou six jours. A l'autopsie, on put constater que la bile avait infecté les voies biliaires. Il y avait de véritables abcès du foie.

Dans un second cas analogue, M. Quénu put intervenir beaucoup plus tôt ; il fit une fistule biliaire. Le malade, qui était dans un état très grave, s'améliora rapidement. Ce fut une véritable résurrection. On examina la bile, on vit qu'elle contenait du bacterium coli. Que deviendra ce malade? M. Quénu peut être obligé de faire ultérieurement l'anastomose de sa vésicule avec l'intestin.

M. TERRIER fait observer que les signes relevés par M. Routier chez sa malade, vésicule dilatée, bile aseptique, etc., sont en faveur d'une néoformation. Quand, au contraire, on constate des adhérences, quand on éprouve de grandes difficultés à trouver l'hiatus de Winslow, c'est qu'on a affaire généralement alors à une affection calculeuse. Quand la bile est infectée, il faut, comme l'ont fait MM. Broca et Quénu dans leurs observations, en assurer le libre cours au dehors par l'établissement d'une fistule. Bien que la bile soit infectée, si elle s'écoule bien, il n'y a pas d'accidents à craindre.

M. MICHAUX a traité une jeune femme de vingt-trois ans qui était atteinte d'un ictère intense avec 40 degrés de température. Il y avait une tumeur sur la ligne médiane. Il croyait qu'il s'agissait d'une angiocholite avec abcès du foie. Il n'y en avait pas moins eu de la lithiase biliaire constatée par l'examen des selles. M. Michaux fit une fistule biliaire, puis il fit une seconde opération sur la ligne médiane, ponctionna la tumeur, on tira un liquide purulent contenant le pneumocoque le plus pur. La grosse tumeur médiane n'était autre chose qu'un kyste hydatique suppuré. Il y avait autour de la vésicule deux petits abcès contenant un pus stérile. Il n'a pas été possible de déterminer l'origine de la suppuration du kyste. Cette malade a bien guéri.

COMMUNICATIONS

Résection du ganglion de Gasser. — M. POIRIER fait une communication sur ce sujet. (Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 808.)

M. QUÉNU s'étonne que M. Poirier n'ait pas cité son nom parmi les auteurs qui ont publié des travaux sur ce sujet, et il rappelle la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine.

M. CHAPUT fait des réserves sur la prétendue facilité opératoire de l'extirpation du ganglion de Gasser.

Le ganglion de Gasser, en effet, est extrêmement adhérent à la dure-mère et son extirpation paraît à M. Chaput extrêmement difficile. En outre, d'après les recherches cadavériques qu'il a faites, M. Chaput estime qu'on est très exposé à ouvrir le sinus caverneux.

M. TERRIER n'a jamais fait cette opération sur le vivant, mais il l'a étudiée sur le cadavre. Il a pu se rendre compte qu'on arrive facilement jusqu'au trou ovale. On se trouve ensuite en présence de l'artère méningée moyenne. Contrairement à M. Chaput, M. Terrier trouve qu'il est assez facile de décoller le ganglion de Gasser par sa face inférieure ; mais il est vrai que ses parties supérieure et profonde sont extrêmement adhérentes et presque impossibles à arracher. Aussi vaudrait-il mieux dire résection qu'extirpation du ganglion de Gasser.

M. POIRIER fait observer à M. Quénu que, dans la communication qu'il a faite à l'Académie, M. Quénu n'a parlé que de la résection intra-cranienne du nerf maxillaire inférieur et non de l'extirpation du ganglion de Gasser. Il n'y a eu jusqu'ici que des chirurgiens étrangers qui se soient occupés de cette question.

PRÉSENTATIONS

Gastrostomie. — M. QUÉNU présente un malade auquel il a pratiqué une gastrostomie pour remédier à un autophagisme avec spasme de l'œsophage.

Laparotomie et hystérectomie. — M. NÉLATON présente une jeune femme sur laquelle il a fait une laparotomie croyant avoir affaire à une péritonite purulente tuberculeuse, et chez laquelle il a dû pratiquer ultérieurement l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes, la péritonite suppurée étant d'origine annexielle.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les toxines microbiennes et animales (1), par Armand GAUTIER, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Les toxines sont ces poisons sécrétés par les microbes ou formés par l'économie animale, qui, portés dans nos organes ou incomplètement éliminés, provoquent l'état pathologique et entraînent des modifications profondes et souvent durables de la nutrition et de la vitalité des cellules.

Ces toxines sont de trois espèces : *a.* les *ptomaïnes*, poisons alcaloïdiques définis, formés par les microbes ; *b.* les *leucomaïnes*, substances basiques et définies comme les précédentes, mais qui se forment dans nos organes mêmes, grâce au fonctionnement régulier de la vie ; *c.* les *toxines proprement dites*, poisons albuminoïdes ou de nature chimique indéterminée, jouant en général le rôle de ferments d'une surprenante activité. Elles sont sécrétées par les microbes pathogènes, aussi bien que par les animaux venimeux et par certaines plantes. Elles forment la partie essentielle nuisible des virus et des venins.

L'étude successive et détaillée de ces trois ordres de poisons forme les divisions principales du livre que nous présentons à nos lecteurs.

A côté des toxines microbiennes, M. Gautier décrit les ferments solubles animaux et végétaux, les sécrétions glandulaires spécifiques, ainsi que les curieuses antitoxines que produit l'organisme vivant lorsqu'il réagit et se défend contre les atteintes de ces dangereux agents. Ce sont ces antitoxines qu'utilise aujourd'hui la sérothérapie.

Au moment où il vient d'être reconnu que les causes directes de la maladie et du retour à la santé résident dans l'action des poisons, ferments et contre-poisons sécrétés par les microbes ou par l'organisme lui-même, il était naturel de se demander ce que sont ces toxines, ces ferments et ces antitoxines, de les décrire et d'essayer de se rendre compte de leur nature intime.

Depuis que M. Gautier obtenait les premières ptomaïnes définies, en 1873, et les leucomaïnes dix ans après, l'histoire des poisons microbiens et animaux, des venins, des vaccins, des sécrétions internes des glandes closes, des ferments de l'organisme, s'est enrichie de bien des découvertes et a soulevé et soulève bien des problèmes qui ont reçu, en partie, d'utiles et brillantes solutions. On les trou-

---

(1) Un vol. in-8°, avec 20 fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

vera résumés dans ce livre, qui contient aussi un grand nombre de résultats encore inédits tirés des travaux personnels de l'auteur sur ces sujets qu'il étudie depuis vingt-cinq ans.

Cours de pathologie générale (1), par le docteur G. SARDA.

Le sous-titre donné par M. Sarda à ce volume indique bien dans quel esprit les leçons qu'il renferme ont été écrites : doctrines traditionnelles et science médicale contemporaine. La Faculté de Montpellier avait, on le sait, conservé pieusement le culte des anciennes doctrines sur la spontanéité morbide, le génie épidémique, etc. Il faut bien avouer que, par un retour inattendu, les recherches modernes de bactériologie, loin de faire table rase de ces théories qui paraissaient surannées, les ont, au contraire, sinon ressuscitées, au moins rajeunies. On a toujours beaucoup aimé les spéculations philosophiques de pathologie générale à Montpellier et il est intéressant de voir avec quel empressement légitime les représentants actuels de cette école triomphent des découvertes nouvelles, comment ils s'empressent de montrer qu'elles donnent réellement un corps aux croyances de leurs vieux maîtres et de proclamer qu'il n'y a pas un abîme entre ces doctrines si attaquées naguère encore et les données de la science médicale contemporaine.

Les artérites, leur rôle en pathologie (2), par le docteur A. BRAULT.

Le travail de M. Brault représente une étude très simple et très claire sur les artérites. L'auteur pense que l'inflammation et la dégénérescence athéromateuse ou scléreuse des artères reconnaissent pour cause une irritation qui porte sur leur tunique interne. Il montre comment se constitue la lésion des vaisseaux de dedans en dehors et quelles en sont les conséquences locales : anévrysme, thrombose, hémorragies, ramollissement cérébral, etc. Ce volume sera suivi d'un second, dans lequel l'auteur étudiera pour la combattre la doctrine de l'artério-sclérose généralisée.

Nous sommes de ceux qui, ayant jusqu'à présent considéré l'artério-sclérose comme une des plus belles découvertes de la pathologie, sont anxieux de savoir s'ils doivent brûler ce qu'ils ont adoré et par quoi ils remplaceront leur foi s'ils doivent la perdre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juillet 1696, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Du Cazal;

MM. les médecins-majors de première classe Cluzan, Laurent et Huchard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Badin, M.-C.-H. Lambert, Carrière, Laydeker, Bourdeloy, Duléry, Schmit, F.-P. Lambert, Chopard, Dorange, Godard et Brindel ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Milliès, Colin, Mistarlet, de Balthasar de Gachéo, Bréau, Jouanno, Vedel, Alvernhe, Delahousse et Soula ;

MM. les docteurs Kinsbourg (de Remiremont) et Millet (de Montmorency).

— Par décret, en date du 11 juillet 1896, ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur, au titre de la réserve ou de l'armée territoriale :

MM. Lafite, médecin-major de première classe, et Jacquot, médecin aide-major de première classe.

— Par décret, en date du 11 juillet 1896, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de la marine Manson.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Pellissier, Mialaret, Marestang, Gouzien, Guillarmou, Laborde, Chassériaud, Martel et Leclerc.

— Par décrets, en date du 10 juillet 1896, et par décision ministérielle du même jour, ont été promus et ont reçu les affectations suivantes dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Michaud, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Gorsse, médecin-major de première classe, hors cadre ; désigné pour le 24e d'artillerie. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Masson, au 161e d'infanterie ; maintenu à son poste actuel. — Legrand, au 94e d'infanterie ; maintenu à son poste actuel. — Salètes, hors cadre, au 89e d'infanterie ; maintenu à son poste actuel. — Lazare, au 84e d'infanterie ; maintenu à son poste actuel. — Darde, au 124e d'infanterie ; maintenu à son poste actuel. — Jouanno, au 62e d'infanterie ; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Janicot, médecin-major de deuxième classe ; désigné pour le 17e d'infanterie. — Mignon, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; maintenu à son poste actuel. — Sabatier, médecin-major de deuxième classe hors cadre, à l'École de l'artillerie et du génie à Versailles ; maintenu à son poste actuel. — Ducurtil, médecin aide-major de première classe au 2e spahis ; désigné pour le 6e d'infanterie. — Robert, médecin-major de deuxième classe ; désigné pour le 150e d'infanterie. — Vigerie, médecin aide-major de première classe, à l'hôpital militaire et à la place de Maubeuge ; maintenu à son poste actuel.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique infantile, par le docteur Albert JOSIAS, médecin de l'hôpital Trousseau, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, etc. (Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.) 2 volumes in-12 reliés peau pleine formant 584 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von Dr Leopold CASPER, privat-Docent an der Universitaet Berlin; mit sieben Abbildungen. In-8. — Prix Mk : 1,80. — Berlin, Oscar Coblentz, verlagsbuchhandlung.

Cancer du sein, par le docteur Ch. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et Félix JAYLE, interne des hôpitaux. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(1) In-8o. Prix : 6 francs. — Paris, C. Coulet et G. Masson.

(2) Petit in-8o (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Gauthier-Villars.

L'exstrophie vésicale et l'épispadias. Étude pathogénique, par le docteur Marius Durand, ex-interne des hôpitaux, etc. Grand in-8°, 114 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur la fièvre dengue, première épidémie de Smyrne (Turquie d'Asie) en été 1889, par le docteur B. Narich. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 .
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 juillet 1896.

M. Sevestre se montre peu enthousiaste de l'écouvillonnage du larynx et de l'emploi de la codéine, préconisés par M. Variot pour combattre les accès de suffocation dans le croup. La codéine, comme tous les dérivés de l'opium, exerce sur l'économie une action dépressive qui pourrait être dangereuse quand l'organisme n'a pas trop de toutes ses forces pour lutter contre une infection aussi grave que la diphtérie. M. Sevestre préférerait, comme antispasmodique, l'antipyrine et surtout les enveloppements froids qui diminuent sensiblement la sténose laryngée, et contribuent plutôt à stimuler le système nerveux.

Si la dilatation extemporanée peut rendre service dans quelques cas, elle est le plus souvent insuffisante, et il n'est pas indifférent de renouveler trois ou quatre fois par jour, ou davantage, des tentatives de cathétérisme dont l'effet sur la muqueuse laryngée n'est pas moins dangereux que le contact prolongé du tube de O'Dwyer. Ces réserves paraissent d'autant plus légitimes qu'elles avaient été, déjà, esquissées ici même lors de l'intéressante communication de M. Variot.

En somme, si favorables qu'aient été les essais de M. Variot, il serait un peu prématuré de les ériger en une méthode de traitement.

Un mot de la communication de M. Florand, dans la dernière séance, tendrait à faire croire que l'absence de desquamation, dans une éruption scarlatiniforme accompagnée de fièvre, permettrait d'exclure facilement la scarlatine. M. Béclère ne considère pas ce caractère comme concluant, et il cite à ce propos une scarlatine bien authentique et très minutieusement observée chez la fille d'un médecin. On ne constata pas d'autre trace de desquamation que le soulèvement d'un lambeau épidermique de 2 à 3 millimètres sous la plante du pied gauche. Inversement, certains érythèmes scarlatiniformes desquament avec une profusion extraordinaire.

M. Gouguenheim a suivi récemment un cas grave d'infection streptococcique, ayant débuté par une angine d'apparence diphtéroïde. Le malade succomba rapidement en présentant des altérations viscérales multiples : lésions pleurales et pulmonaires, myocardite dégénérative, néphrite, péricardite purulente, arthrites suppurées, etc.

M. Galliard, suivant l'euphémisme charmant qu'il emploie lui-même, vient d'emprunter à un malade de son service une intéressante pièce anatomique constituée par un cancer du cardia et de la partie inférieure de l'œsophage, qui avait ulcéré la bronche gauche, et établi une communication entre le poumon et la cavité œsophagienne. Les aliments ingérés étaient en partie rejetés par les voies respiratoires dans une quinte de toux; le malade mourut de cachexie, sans avoir présenté, cliniquement et anatomiquement, des signes de bronchopneumonie ou de gangrène, comme en occasionne si fréquemment le passage de corps étrangers à travers les voies aériennes.

M. Rendu a observé, depuis six mois, deux gros abcès du foie, répondant absolument au type anatomique et clinique habituel des abcès tropicaux, et évoluant sans fièvre, sans accidents généraux graves. Le pus était stérile; il ne contenait ni amibes, ni débris de microbes.

Le côté le plus intéressant de l'histoire de ces malades consistait dans ce fait que l'un et l'autre de ces sujets avaient fait un séjour prolongé au Tonkin, qu'ils avaient quitté, le premier dix ans, le second quinze ans avant l'apparition de l'abcès. L'un d'eux n'avait présenté ni dysenterie, ni fièvre intermittente, mais l'autre avait eu, onze ans auparavant, en Indo-Chine, la dysenterie et la fièvre paludéenne.

Comment l'élément infectieux était-il resté latent durant ce long intervalle?

Il est probable, comme le fait remarquer judicieusement M. Béclère, que les microbes pathogènes ne siégeaient pas primitivement dans le foie, au moment où ces malades avaient quitté les colonies, mais bien dans l'intestin, où pouvaient exister déjà des ulcérations dysentériques frustes dont on a cité d'assez nombreux exemples. M. Béclère a observé lui-même un de ses clients qui, après un séjour en Égypte, revenait en France sans avoir jamais présenté aucun accident, aucun malaise. Trois mois après son retour en Europe survint une crise de dysenterie qui donna lieu à plusieurs attaques successives, et provoqua finalement un abcès du foie.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. J. Comby.

Un cas de paralysie arsenicale chez une fillette de sept ans (1).

Les cas de paralysie arsenicale sont d'une rareté extrême; ayant eu l'occasion d'en observer un, et même de le provoquer involontairement, je crois devoir en faire part à mes collègues. L'aveu des fautes qu'on a pu commettre est profitable à soi-même et aux autres.

J... (Juliette), âgée de sept ans, entre à l'hôpital Trousseau, dans mon service, le 9 mars 1896.

Père et mère bien portants, non rhumatisants, un peu d'éthylisme paternel. Élevée au sein, l'enfant a marché à quatorze mois. De bonne santé habituellement, elle est toujours très impressionnable et très nerveuse. Pas de rhumatisme, rien au cœur. Cependant elle accuserait, depuis deux ou trois mois, quelques douleurs vagues et erratiques dans les membres. Insomnie, agitation nocturne.

Le 1er mars, elle présente des mouvements incoordonnés des bras et des jambes, elle est atteinte de chorée de Sydenham.

Le 9 mars, quand nous la voyons, elle est incapable de marcher sans aide, elle fait des grimaces, se remue constamment, et présente une forme intense de chorée. La pression, au niveau des fosses iliaques, est douloureuse; ce n'est pas l'ovarialgie, mais un point de névralgie lombo-abdominale, comme j'ai pu m'en assurer chez de nombreux malades. Ces points iliaques existent d'ailleurs chez les garçons comme chez les filles.

Pouls, 120; température rectale, 37°4.

Ayant pris l'habitude, cette année, de traiter toutes les chorées graves de mon service par l'arsenic, suivant la méthode de Aran et F. Siredey, je soumets l'enfant, dès le lendemain 10 mars, à la liqueur de Boudin (solution d'acide arsénieux à 1 p. 1000). Le premier jour, la malade prend, dilués dans un julep de 120 grammes, par cuillerée à soupe toutes les deux heures, 10 grammes de liqueur de Boudin, répondant à 10 milligrammes d'arsenic. Puis, on augmente tous les jours de 5 grammes (5 milligrammes d'acide arsénieux), pour aller jusqu'à 35 grammes et redescendre ensuite à 10 grammes. Le traitement a duré onze jours, pendant lesquels la fillette a pris 235 grammes de liqueur de Boudin, soit 235 milligrammes (23 centigrammes et demi) d'acide arsénieux.

C'est une dose formidable, mais que tous mes malades avaient jusqu'à présent admirablement tolérée.

Dès le cinquième jour du traitement, les mouvements choréiques avaient complètement cessé; le pouls était tombé de 120 à 96.

Le sixième jour apparaissent quelques vomissements, qui se répètent les jours suivants.

En même temps, la langue est fortement saburrale et la bouche pleine d'une salive épaisse et visqueuse.

Le septième jour, la température, normale jusqu'alors, s'élève à 38 degrés, puis 38°2; en somme, embarras gastrique avec léger état fébrile; pas de gastralgie, pas d'entéralgie, pas de diarrhée. Après dix ou douze jours, l'embarras gastrique disparaît, et l'enfant sort complètement guérie le 5 avril, un mois environ après le début de sa chorée.

Jusqu'alors, je n'avais pas lieu de regretter mon intervention, et, malgré les troubles gastriques présentés par la malade, je n'avais aucune inquiétude.

Le 11 mai, l'enfant est de nouveau hospitalisée, non pas pour une rechute de sa chorée, qui a été radicalement guérie, mais pour un état paralytique qu'il me reste à décrire.

Depuis sa sortie de l'hôpital, elle avait été bien portante; mais sa mère prétend que tous les soirs le bas des jambes était un peu enflé.

Le 5 mai, un mois juste après son exeat et quarante-six jours après la cessation du traitement arsenical, elle accuse de l'engourdissement dans les jambes, et, au lieu de sortir, comme les jours précédents, elle reste à la maison; le lendemain, elle ne peut marcher, elle est obligée de garder la position horizontale ou assise. Cependant, elle mange bien, dort bien, ne se plaint pas.

Nous constatons qu'elle présente une paraplégie complète, avec impossibilité, non seulement de se tenir debout, mais même de remuer ses jambes dans son lit. Réflexe patellaire aboli. Chatouillement de la plante des pieds ne provoque pas de mouvements. Sensibilité au pincement et à la piqûre conservée. En somme, paraplégie motrice absolue le 12 mai. Prescription : strychnine à doses progressives (2, 3, 5, 6 milligrammes par jour), électrisation, bains sulfureux.

Le 15 mai, incontinence des urines et des matières fécales qui persiste pendant dix jours. Puis les muscles du tronc et des membres supérieurs se prennent, la paralysie suit une marche ascendante; l'enfant ne peut se tenir assise sur son lit; elle ne peut serrer la main qu'on lui tend; on est obligé de la faire manger. Cependant, la paralysie des membres supérieurs n'a jamais été complète, et elle a disparu assez rapidement.

Le 25 mai, l'enfant recommence à se servir de ses mains et peut manger seule. Le 26 mai, elle n'urine plus involontairement, le sphincter vésical n'est plus paralysé.

A la fin de mai, les membres inférieurs ont récupéré quelques mouvements, l'enfant peut croiser et décroiser ses jambes dans son lit; elle peut s'asseoir toute seule. Pas d'amaigrissement, pas d'atrophie musculaire appréciable. A part un léger état saburral qui persiste toujours, l'état général est excellent, et l'enfant qui, avant le traitement arsenical, était très maigre, a présenté un engraissement remarquable; elle est joufflue, rosée, elle ne paraît pas être sous le coup d'une grave intoxication. Les premiers jours de la seconde entrée à l'hôpital, il y avait un peu de fièvre (38 degrés, 38°4, 38°5); puis, le thermomètre est retombé à 37 degrés. L'appétit a toujours été conservé; l'état saburral persistant, nous avons donné un peu d'huile de ricin (10 grammes) à plusieurs reprises.

Au commencement de juin, les mouvements des membres inférieurs reviennent graduellement, ainsi que la force musculaire, puis les réflexes. Le chatouillement de la plante du pied provoque un retrait du membre; le 20 juin, le réflexe patellaire est revenu. A ce moment, l'enfant marche seule et peut être considérée comme absolument guérie.

Il nous a été impossible, avec l'appareil faradique insuffisant dont nous disposons à l'hôpital, d'étudier toutes les réactions électro-musculaires; il nous a semblé que les muscles des membres inférieurs, dans leur ensemble, ne réagissaient pas du tout à la faradisation. Nous n'avons pas pu déterminer, comme l'ont fait d'autres auteurs, s'il y avait des groupes musculaires paralysés de préférence ou à l'exclusion des autres.

En résumé, une fillette de sept ans, traitée à l'arsenic à haute dose (235 milligrammes en onze jours) pour une chorée intense, a rapidement guéri de sa chorée et n'a présenté tout d'abord que quelques vomissements et de l'embarras gastrique attribuables à la médication arsenicale. Mais, six semaines après la cessation de l'arsenic, elle a été prise graduellement de troubles paralytiques, qui ont envahi d'abord les membres inférieurs, puis le tronc et les mem-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

bres supérieurs, ces derniers à un moindre degré. La paraplégie a été complète et accompagnée pendant dix jours d'incontinence des urines et des matières fécales. Sensibilité cutanée conservée, réflexes abolis, réaction faradique nulle; pas d'atrophie musculaire appréciable, pas de troubles trophiques d'aucune espèce.

La paralysie a rétrocédé graduellement pour disparaître complètement en six semaines.

Il résulte, de l'exposé de ces faits, qu'il y a une véritable imprudence à donner une dose aussi forte d'arsenic à des enfants aussi jeunes, quoique beaucoup soient capables de la supporter sans dommage. Désormais, il faudra surveiller attentivement les effets de la médication arsenicale intensive dans la chorée et s'arrêter aux premiers accidents d'intolérance gastrique (vomissements, état saburral).

Le docteur Thoinot, dans l'article PARAPLÉGIE ARSENICALE du *Manuel de médecine* de Debove-Achard, t. IV, p. 593, nous donne des renseignements intéressants sur cette paralysie toxique. Les paralysies arsenicales avaient déjà été étudiées par Imbert-Gourbeyre (1881), par Scolozouboff (*Archives de physiologie*, 1884), par Vidal (Académie de médecine, 1888, *Annales d'hygiène*, 1888 : empoisonnement à Hyères avec du vin arsénié par erreur), par Brouardel et Pouchet (affaire Pastré-Beaussier, *Annales d'hygiène*, 1889).

C'est dans l'arsenicisme aigu plus que dans l'arsenicisme chronique, qu'on observe les troubles moteurs portant sur les quatre membres, mais débutant par les membres inférieurs, quand ils ne s'y localisent pas absolument (paraplégie). Au début, il y a un peu d'affaiblissement musculaire, puis la parésie augmente, le malade se fatigue vite, monte difficilement les escaliers, *steppe* en marchant. Puis, il ne peut plus marcher du tout; il se traîne en se tenant aux meubles; les membres sont flasques.

La paralysie se localise d'abord sur l'extenseur commun des orteils, et c'est là qu'elle persiste le plus; les autres muscles atteints avec prédilection sont : le jambier antérieur, l'extenseur propre du gros orteil, les long et court péroniers latéraux. Les fléchisseurs des orteils sont pris aussi, mais non les jumeaux, ni le soléaire; le droit antérieur de la cuisse est indemne, la partie inférieure des vastes interne et externe est atteinte.

L'atrophie accompagne la paralysie quand elle est étendue. La contractilité faradique est abolie ou diminuée, suivant l'intensité de la paralysie. La contraction galvanique est conservée, la réaction de dégénérescence est rare et ne se montre que sur l'*extenseur commun des orteils* et sur le *vaste interne*. Réflexes tendineux abolis, sensibilité atteinte, engourdissements, crampes, douleurs dans les membres inférieurs, arthrodynies. Sensibilité tactile diminuée aux pieds, piqûre moins sentie, la notion du sol est mal appréciée.

On note des troubles vaso-moteurs et trophiques : œdème des extrémités, surtout de la face dorsale du tarse; empâtement malléolaire, cyanose des jambes, sueurs de la plante des pieds, desquamation du membre inférieur. La paraplégie arsenicale finit par guérir.

Da Costa et Jaeschke (*Philad. Med. Times*, 1880) ont décrit des lésions névritiques disséminées. Mais la moelle ne semble pas indemne. Vulpian a trouvé la *myélite* avec destruction des tubes nerveux de la substance blanche et formation de corps granuleux chez un lapin empoisonné par l'arsenic.

Scolozouboff croit aussi à la myélite, s'appuyant sur ce que la moelle des animaux empoisonnés renferme trente-six fois plus d'arsenic que leurs muscles. Popoff (*Virch. Arch.*, 1883) a produit des myélites plus ou moins diffuses en empoisonnant des animaux et il a trouvé le système nerveux périphérique intact.

Cependant le docteur Brissaud, dans sa thèse d'agrégation, a repoussé cette théorie de la myélite.

Le cas que j'ai l'honneur de présenter plaide contre cette dernière opinion ; une polynévrite disséminée ne me semble pas capable de produire l'incontinence d'urine et des matières fécales, et sans repousser la névrite arsenicale, je crois qu'on ne peut plus refuser à l'arsenicisme aigu le privilège d'altérer la moelle assez profondément pour abolir, d'une façon plus ou moins durable, la plupart de ses fonctions.

ÉPANCHEMENTS PLEURAUX

M. Pitres résume ainsi les leçons qu'il a publiées dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, leçons rédigées par M. le docteur Prioleau :

« L'ectopie cardiaque est un symptôme habituel des épanchements pleurétiques moyens et abondants. On ne l'observe pas, chez l'adulte, dans les petits épanchements, dont la quantité est inférieure à 1 litre. Elle se montre dans les épanchements moyens, mesurant de 2 à 3 litres, et, à plus forte raison, dans les épanchements abondants, atteignant 4 et 5 litres.

Quand les épanchements siègent dans la plèvre droite, le cœur est refoulé en masse, sans déviation notable de ses axes, de 5 à 6 centimètres en bas et à gauche, de telle sorte que sa pointe vient battre dans le cinquième ou dans le sixième espace intercostal, en dehors de la ligne mamelonnaire gauche. Dans les épanchements moyens de la cavité pleurale gauche, le cœur tend tout d'abord à devenir vertical, de telle sorte que la pointe vient se placer derrière l'appendice xyphoïde. Quand l'épanchement devient plus abondant, le cœur, restant dans sa position verticale, est porté en masse en dehors du bord droit du sternum et s'applique fortement contre la paroi thoracique antérieure. Il en résulte que ses battements deviennent appréciables au niveau de plusieurs espaces intercostaux, le long d'une ligne courbe allant de la deuxième articulation synchondro-costale au creux épigastrique, en passant au niveau ou en dehors du mamelon droit. Mais les pulsations que l'on sent dans la région mamelonnaire sont celles de l'aorte et non pas celles de la pointe, car le cœur ne peut en aucun cas se chavirer, de façon à prendre une direction oblique de gauche à droite et à ce que sa pointe vienne se placer sous le mamelon droit.

Le déplacement du cœur dans les pleurésies est limité par la tension du péricarde dont les fibres, solidement attachées en haut au squelette ostéo-aponévrotique du sommet du thorax et en bas au centre phrénique du diaphragme, subissent nécessairement une traction d'autant plus forte que l'abaissement du diaphragme sous la pesée de l'épanchement est plus considérable; d'où il résulte que plus le diaphragme est refoulé par l'épanchement, plus la cloison médiastine devient résistante.

La pleurésie avec épanchement abondant étant toujours unilatérale, il s'ensuit que le péricarde ne se tend que du côté où la voûte diaphragmatique est refoulée vers l'abdomen. Si l'épanchement siège dans la cavité pleurale droite, c'est la moitié droite du diaphragme qui est tendue; c'est, par conséquent, la portion droite ou auriculaire du péri-

carde qui supporte tout l'effort de la traction; et comme cette portion est, normalement, dirigée presque verticalement, le cœur est relativement peu déplacé vers la gauche. Si l'épanchement siège dans la cavité pleurale gauche, c'est la portion ventriculaire du péricarde qui se tend en devenant verticale. Et comme elle est normalement très oblique, son changement de direction a pour effet de déplacer notablement le cœur. Dans les deux cas, le cœur se trouve protégé contre les effets de l'exagération de la pression intra-thoracique, existant dans la cavité pleurale distendue par l'épanchement. C'est grâce à cette protection qu'il peut continuer à se contracter régulièrement. Sans elle, les oreillettes s'affaisseraient et la circulation serait *ipso facto* interrompue.

Les accidents cardio-vasculaires et la mort subite qui surviennent parfois dans le cours des pleurésies et qui ont été attribués par quelques auteurs à l'ectopie cardiaque, dépendent vraisemblablement de causes multiples et variées, mais ils ne sont certainement pas subordonnés par un rapport de cause à effet aux déplacements du cœur, car ils peuvent se produire dans des cas où le cœur n'est pas déplacé, et on ne les observe heureusement pas toujours quand le cœur est déplacé. »

REVUE DE LA PRESSE

De l'immunisation antidiphtéritique à l'aide de substances antitoxiques introduites par la bouche. — Les inconvénients, plus ou moins graves, que présentent les injections hypodermiques de sérum antidiphtéritique ont fait penser à une autre voie d'introduction des substances salutaires. Perini s'est proposé de rechercher s'il était possible de conférer l'immunité contre la diphtérie, en administrant des substances antitoxiques par la bouche. Il prit des caillots sanguins qui étaient restés après la préparation du sérum antidiphtéritique, et les donna à manger à des chiens. Quelque temps après, il saigna ces animaux pour pouvoir juger du pouvoir antitoxique de leur sérum, et il put se convaincre qu'on pouvait facilement, en peu de temps, conférer l'immunité par la voie gastrique. Cette immunité est prouvée par l'augmentation du pouvoir antitoxique du sang.

Les caillots, qui restent après la préparation du sérum antidiphtéritique, sont toujours riches en sérum et représentent environ les 3/5 de sang extrait d'un cheval. On pourrait, d'après l'auteur, recueillir ces caillots, les sécher, les réduire à l'état de poudre, sans que leur pouvoir antitoxique fût modifié ou diminué, et l'on aurait ainsi à sa disposition un médicament sous une forme facile à administrer, dont on pourrait parfaitement se servir pour le traitement de la diphtérie de l'homme.

L'auteur se propose de publier ultérieurement les résultats des expériences qu'il poursuit actuellement, et dont le but consiste à déterminer, d'une part, la durée de l'immunité conférée aux chiens par l'ingestion des caillots, et, d'autre part, le rapport qui existe entre la quantité de sang ingérée et le pouvoir acquis.

Il cherche, en outre, à obtenir la valeur de cette médication en comparaison avec les injections sous-cutanées de sérum antidiphtéritique. (*Gaz. deg. osped. e delle clin.*, n° 56, 1896.)

De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des gastropathies. — Dans des cas de névrose gastrique, Luigi a administré du nitrate d'argent, d'après la formule de Rosenheim :

Nitrate d'argent	1 gramme.
Eau distillée.	20 grammes.

Les malades ne prenaient qu'une petite quantité de nitrate d'argent : de deux à quatre centigrammes par jour, dilués dans une grande quantité d'eau, de cette façon, ils toléraient parfaitement bien la médication. Quant aux résultats, ils furent des plus satisfaisants : le trouble fondamental ne fut pas, bien entendu, supprimé complètement, étant donné qu'il s'agissait dans ces cas très probablement d'une réaction spéciale du système nerveux tout entier; toutefois, la sensation douloureuse, très intense, qui était provoquée par l'arrivée des aliments dans l'estomac, fut notablement diminuée dans la grande majorité des cas, et même complètement supprimée chez quelques malades.

En ce qui concerne le mécanisme d'action du nitrate d'argent dans ces cas, on peut, d'après l'auteur, avoir recours à deux hypothèses. On peut admettre une action révulsive sur la muqueuse gastrique, ou bien supposer que le nitrate d'argent se combine avec le mucus stomacal sur une superficie plus ou moins grande de l'estomac, et forme ainsi une espèce de couche protectrice pour les terminaisons nerveuses trop sensibles : de cette façon, les aliments arrivés à l'estomac ne pourraient plus exciter ces terminaisons, et, en tout cas, l'excitation serait de beaucoup moins intense.

Du reste, le nitrate d'argent n'agit pas toujours de la même façon : le moment où se produisent les sécrétions du suc gastrique, ainsi que la quantité d'acide chlorhydrique sont deux conditions qui modifient considérablement l'action du médicament. (*Gaz. deg. osp. e delle clin.*, n° 56, 1896.)

Sur une forme morbide spéciale observée fréquemment au cours du traitement thermal. — On sait que dans la majorité des cas, sinon toujours, les malades, après avoir pris un bain thermal, sont atteints de différents troubles que domine une forte élévation de température. C'est ce qu'on appelle la « fièvre de réaction ».

Matteo Amicarelli partit de ce point de vue que les troubles qui suivent le bain ne sauraient être l'effet d'une simple réaction, et il se demanda si cette « fièvre » n'était pas d'origine parasitaire, en d'autres termes, si les malades n'étaient pas atteints d'une véritable infection. La méthode employée par l'auteur consistait à injecter quelques gouttes d'eau thermale dans des éprouvettes contenant du bouillon peptonisé; vingt-quatre heures après, on constatait que le bouillon était trouble; ce trouble s'accentuait les jours suivants, et, tandis qu'il se formait au fond du tube un dépôt très fin, de coloration blanc grisâtre, on notait à la surface la présence d'une membrane excessivement mince. On procéda alors, à l'aide de la méthode de Koch, à l'isolement de cultures, et l'on put isoler ainsi vingt différentes colonies. Des injections furent faites à des lapins et à des cobayes, à la dose d'un demi-gramme pour les derniers, et d'un gramme pour les premiers, par kilogramme d'animal (les injections furent faites dans la cavité péritonéale). Le lendemain, un lapin et un cobaye, injectés avec la même culture, succombèrent. Les autres animaux étaient très abattus, présentaient une température très élevée, oscillant entre 39°3 et 40 degrés, et ont fini par succomber.

A l'autopsie, on constata une *pleurésie bilatérale* intense et une péritonite; le foie était d'une couleur fortement cyanotique, les reins et la rate considérablement congestionnés.

Ces expériences furent répétées et donnèrent toujours les mêmes résultats. L'auteur rechercha alors quelle était l'action des microbes associés; il injecta les cultures isolées dans l'eau de source et dans celle du bain. Le résultat fut toujours le même : tous les animaux injectés succombaient en deux ou trois jours.

Des quatre colonies pures, bien isolées et étudiées scrupuleusement au point de vue morphologique, colonies qui, invariablement, provoquaient la mort, trois étaient constituées par des bacilles, et l'une par des cocci. Leurs carac-

tères biologiques ne correspondaient en rien à ceux des microbes pathogènes connus. Ces microbes pourraient, d'après l'auteur, pénétrer, par une voie quelconque, dans l'économie ; la durée du bain, qui est ordinairement longue, est une condition qui favoriserait leur pénétration. D'autre part, la température de l'eau serait une condition favorable au développement des mibrobes, et maintiendrait, à un degré plus ou moins élevé, leur virulence. La « fièvre de réaction » ne serait donc autre chose qu'une maladie infectieuse, déterminée par toute une série de microbes. Mais comment expliquer que cette fièvre soit particulièrement fréquente chez des individus qui prennent un bain thermal pour la première fois ?

L'auteur pense que l'explication de ce fait se trouve dans l'immunité acquise par les anciens baigneurs.

Enfin, en ce qui concerne la voie de pénétration des micro-organismes, ce serait le tube gastro-intestinal : ce sont, en effet, les troubles intestinaux qui sont les plus fréquents, et on en vient à bout en administrant généreusement du calomel à doses fractionnées. L'auteur résume ses recherches par les conclusions suivantes :

1° Dans les bassins et dans les sources dont la température n'est pas trop élevée, on trouve une quantité infinie de micro-organismes, dont quelques-uns, inoculés dans la cavité abdominale, arrivent à tuer le lapin et le cobaye.

2° Parmi les facteurs qui peuvent déterminer la forme morbide, connue sous le nom de « fièvre de réaction », qui se rencontre avec une certaine fréquence chez des individus soumis au traitement thermal, on ne saurait négliger les micro-organismes qui se trouvent dans l'eau.

3° Ces micro-organismes exerceraient leur action en pénétrant dans le tube digestif où ils détermineraient des fermentations anormales ; les produits de la fermentation produiraient les troubles décrits. (*Riv. d'ig. e di med. prat.*, n° 4, 1896.)

L'hydrastis canadensis dans le traitement des hémoptysies. — C'est ordinairement à l'ergot de seigle et à ses produits, comme l'ergotine, l'ergotinine, qu'on a recours dans le traitement des hémoptysies. Mais l'ergot de seigle, pour être efficace, ne présente pas moins des inconvénients, surtout dans des cas où son usage est assez prolongé. D'après Scarpa, nous possédons dans l'hydrastris canadensis, un remède qui, tout en jouissant de la même efficacité que l'ergot de seigle, a sur lui cet avantage considérable que son action n'est nullement nocive et qu'il exerce une influence favorable sur l'appétit et sur la digestion.

Il le prescrit de la façon suivante :

Extrait liquide d'hydrastis canad. / Teinture de —	ââ 15 grammes

A prendre de XX à L gouttes, trois fois par jour.

Lorsque l'hémoptysie est arrêtée, on continue le traitement en faisant prendre au malade, pendant les deux ou trois premiers jours, le même nombre de gouttes, et en diminuant ensuite rapidement la dose jusqu'à supprimer totalement l'administsation du médicament.

Dans les cas où une toux opiniâtre s'oppose à l'effet hémostatique de l'hydrastis canadensis, Scarpa conseille d'associer ce dernier à la morphine ou à la codéine, suivant l'intensité de la toux. Voici la formule qu'il donne :

1° Extrait liquide d'hydr. canad. / Teinture d'hydr. canad. . . .	ââ 15 grammes
Codéine	30-50 centigr.

XX à L gouttes, trois fois par jour.

2° Extrait liquide d'hydr. canad. / Teinture d'hydr. canad. . . .	ââ 15 grammes
Chlorhydrate de morphine . .	15-30 centigr.

Même dose.

Enfin, pour être sûr du résultat, Scarpa insiste sur la nécessité qu'il y a de se servir toujours de préparations parfaitement fraîches. (*Riv. d'ig. e di med. prat.*, n° 4, 1896.)

Dr TAFT.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique de la tuberculose (1), par M. H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais.

Quoique la tuberculose soit de toutes les maladies la plus fréquente et la plus meurtrière, il s'en faut que la thérapeutique en soit familière à tous les médecins. La plupart des ouvrages qui ont été publiés sur cette importante question ont été consacrés à la glorification de telle ou telle méthode de traitement.

Les divers médicaments réputés parasiticides, les cures de montagne, les stations hibernales du Midi, ont été, dans ces dernières années, l'objet de nombreux et intéressants travaux, qui ont, d'ailleurs, réalisé de très notables progrès dans le traitement de cette affection. Mais, en raison même de leur exclusivisme, quelques-unes de ces publications ont dépassé le but qu'elles voulaient atteindre. Elles ont entraîné souvent le public médical à adopter une systématisation excessive, en appliquant le même traitement à tous les cas de tuberculose, sans tenir compte des réactions individuelles et des infinies variétés de la maladie, sans compter les nombreuses circonstances qui ne permettent pas à tous les phtisiques de voyager à la recherche d'un climat régénérateur.

Le livre de M. Barth est conçu dans un tout autre esprit. L'auteur a su se tenir soigneusement à l'écart de tout système. Il s'est contenté d'exposer loyalement les méthodes thérapeutiques mises en œuvre, à l'heure actuelle, contre l'un des plus redoutables fléaux qui déciment l'humanité.

Il est impossible de le suivre dans les longs et intéressants développements qu'il a consacrés aux médications antibacillaires, ou jugées telles, et à l'hygiène thérapeutique des tuberculeux. On trouvera sur l'alimentation, sur l'hygiène corporelle, sur l'aération et les cures climatériques, d'utiles notions encore trop peu vulgarisées.

Mais malgré l'importance légitime qu'il accorde à ces méthodes nouvelles, dont les bons effets sont de moins en moins contestables, M. Barth n'oublie pas les trop nombreux phtisiques qui toussent, crachent, dépérissent, consumés par la fièvre, épuisés par diverses complications, et qui, ne pouvant pas aller se faire soigner dans les climats privilégiés, meurent souvent, trop abandonnés par les médecins. Il montre les traitements qui conviennent à ces malheureux et sont susceptibles de leur apporter quelque soulagement, sinon la guérison.

La multiplicité des médications employées ne nuit nullement à la clarté des descriptions et M. Barth a su rendre attrayantes toutes ces études de thérapeutique qui sont, en général, si arides.

L'auteur, en terminant, aborde la question de la prophylaxie qui pourrait enrayer dans une très large mesure les progrès effrayants de la tuberculose, et les mesures qu'il préconise ont le mérite d'être aussi simples que réellement pratiques. Il est vrai que ce n'est pas une raison pour qu'elles triomphent de l'ignorance et de la routine.

En résumé, l'excellent ouvrage de M. Barth vient fort à propos pour combler une lacune, en réunissant sous une forme claire, concise, qui en rend la lecture agréable et facile, tout ce qui se rapporte à l'hygiène et à la thérapeu-

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

tique de la tuberculose. Ce livre a sa place marquée dans toutes les bibliothèques médicales : les jeunes médecins y trouveront des notions qu'ils ont trop souvent négligé d'apprendre à l'hôpital, les vieux praticiens y puiseront les connaissances nouvelles, soigneusement mises au point.

Voilà donc un bon livre et un nouveau succès pour la Bibliothèque de Thérapeutique.

A. SIREDEY,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 juillet 1896, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Mauriac, Rivière, Moreau et Porson.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Dautel, Feuillade et Gelle.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Meugy, Stourme, Pascault, Bouyon, Dourisboure, Cambours, Pauliet, Lamarque, Allard, Raulin, Claa et Lacaze.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Marty, Oddo, Tacussel, Thoumas, Abrial, Suzanne, Barincou, Soudée, Polguère, Tostevint, Lesguillon, Duclos, Petit, Hameau, Naudin, Meneau, Lavaux, Nozo, Defaucamberge et Mordret.

— Par décret, en date du 13 juillet 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Challan, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Lippmann, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Mirallié, Bariety, de Massary, Spindler, Rivière, Dufour, Grezes, Vignaud-Dupuy, de Saint-Florent, Gouget, Vignau, Degos, Dubois, Moussaron, Lefèvre, Fournial, Descouleurs, Perramond, Cocard, Lavat, Sirieys, Péron, Amblard, Conte, Baudin, Bossard, Soueix, Olmières, Debains et Tatu.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Abadie et Plessard.

— Par décret, en date du 18 juillet 1896, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — M. Vallot, médecin de deuxième classe.

— La troisième session du Congrès français de médecine s'ouvrira à Nancy le jeudi 6 août 1896. En voici le programme général.

Jeudi 6 août : dix heures du matin, séance d'ouverture à la salle Victor-Poirel. — Deux heures, séance générale à l'Institut anatomique de la Faculté de médecine. *De l'application des sérums sanguins au traitement des malades.* (Rapporteurs, MM. Roger et Haushalter.) Discussion. Communications diverses sur le même sujet. — Neuf heures, réception à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Vendredi 7 août : huit heures du matin, visite des hôpitaux. — Dix heures, communications diverses. — Deux heures, séance générale à l'Institut anatomique. *Coagulations sanguines intravasculaires.* (Rapporteurs, MM. Mayet et Vaquez.) Discussion. Communications diverses sur le même sujet.

Samedi 8 août : neuf heures du matin, communications diverses. — Deux heures, séance générale. *Pronostic des albuminuries.* (Rapporteurs : MM. Arnozan et Talamon.) Discussion. Communications diverses sur le même sujet.

Dimanche 9 août : Excursion à Contrexéville et Vittel. Train spécial, déjeuner et dîner offerts gracieusement aux membres du Congrès par les Compagnies des Eaux.

Lundi 10 août : neuf heures, communications diverses. — Deux heures, communications diverses.

Mardi 11 août : neuf heures, séance générale. Choix de la ville où se tiendra le IVe Congrès. Élection du bureau pour la prochaine session. Questions diverses. Excursion à Plombières : train spécial et banquet gracieusement offerts aux membres du Congrès par la Compagnie des Thermes.

N.-B. — Le programme détaillé des communications et discussions sera remis aux congressistes à leur arrivée à Nancy.

— Le VII[e] Congrès des aliénistes et neurologistes se tiendra à Nancy, du 1[er] au 6 août 1896, dans un amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois, 23, où le secrétariat se trouvera également transporté pendant la durée du Congrès.

Le programme est ainsi composé :

Samedi 1[er] août : dix heures du matin, séance solennelle d'ouverture, dans une galerie de la salle Poirel, rue Victor-Poirel. — Deux heures du soir, première question du programme. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. (Rapporteur, M. le docteur Séglas.) Discussion.

Dimanche 2 août : Excursion à Maréville, visite de l'Asile. Banquet offert aux congressistes par l'administration de l'Asile.

Lundi 3 août : neuf heures du matin, discussion du premier rapport (suite). — Deux heures, deuxième question du programme. De la séméiologie des tremblements. (Rapporteur, M. le docteur Lamacq.) Discussion.

Mardi 4 août : neuf heures du matin, troisième question du programme. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation. (Rapporteur, M. le docteur Paul Garnier.) Discussion. — Deux heures, suite de la discussion des rapports. Communications diverses. — Sept heures du soir, banquet par souscription du Congrès.

Mercredi 5 août : neuf heures du matin, communications diverses. — Soir, excursion aux environs de Nancy.

Jeudi 6 août : neuf heures du matin, communications diverses. — Deux heures du soir, communications diverses. — Neuf heures du soir, réception à l'Hôtel de Ville par la municipalité. — Clôture du Congrès.

Les membres du Congrès de médecine mentale et nerveuse, qui voudraient prolonger leur séjour à Nancy, pourront également, s'ils sont adhérents, participer aux travaux et aux excursions du Congrès de médecine interne, qui s'ouvre à Nancy le 6 août, sous la présidence de M. le professeur Pitres. (Pour le programme spécial, s'adresser à M. le docteur Simon, professeur à la Faculté de médecine, 15, rue de la Ravinelle, Nancy.)

Du chloro-brightisme, toxicité urinaire et oxydations dans la chlorose, par le docteur P. Chatin, chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon. Gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Examen du doctorat en médecine, programmes et questionnaires d'anatomie et d'histologie, comprenant les questions posées au deuxième examen, recueillies par le docteur G. Hamonaide. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

1re contraction à 110 millimètres. — Excitabilité voltaïque bonne en quantité : 1re contraction de 3 à 4 m. A, mais NFC $\geqslant$PFC et contractions un peu traînantes (traces de R. D. partielle).

Vaste externe de la cuisse : Excitabilité faradique bonne ; 1re contraction à 115 millimètres. — Excitabilité voltaïque également bonne, 1re NFC à 3 m. A $>$ PFC, vives.

Vaste interne de la cuisse : Excitabilité faradique un peu affaiblie, 1re contraction à 105 millimètres. — Excitabilité voltaïque également affaiblie, 1re NFC vers 5 m. A, mais $>$ PFC et vive.

Membre inférieur droit : Réactions électriques à peu près identiquement semblables à celles du côté gauche.

Membres supérieurs : Excitabilité faradique et voltaïque des divers muscles sensiblement normale, sans trace de R. D. 1re contraction faradique de 110 à 120 millimètres, suivant les muscles ; 1re contraction voltaïque de 3 à 5 m. A, partout NFC $>$ PFC, vives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1896. — Présidence de M. Hervieux.

PRÉSENTATION

Actinomycose. — M. Duguet présente de nouveau un malade qu'il a déjà présenté en décembre 1895 et qui était atteint d'actinomycose diagnostiquée bactériologiquement. Malade depuis le mois de septembre, il avait subi divers traitements sans succès. M. Duguet le soumit à l'iodure de potassium à hautes doses et l'amélioration fut rapide ; il y ajouta ensuite les badigeonnages à la glycérine iodée et les injections de teinture d'iode.

En avril, toutes les fistules étaient fermées et la guérison s'est maintenue depuis ce temps.

RAPPORT

Le sarcome en Algérie. — M. Reclus fait un rapport sur un travail de M. Legrain (de Bougie), relatif à la fréquence du sarcome en Algérie.

On peut se demander si la rareté de l'épithélioma en Algérie n'est pas en rapport avec la sobriété des individus, leur alimentation surtout végétarienne et l'exclusion notamment de la viande de porc. Verneuil avait constaté qu'à quarante ans de distance, la clientèle hospitalière de la Pitié fournissait 6 fois plus de cancéreux dans ces dernières années. Or, cette augmentation était en rapport avec une consommation beaucoup plus élevée de la viande dans la classe ouvrière.

L'alimentation azotée est donc un facteur important dans l'étiologie du cancer.

Voici les observations de sarcome rapportées par M. Legrain :

1° Un indigène présentait une tumeur de la paupière gauche. La tumeur enlevée fut reconnue histologiquement de nature sarcomateuse ; récidive trois semaines après ; le malade fut alors traité par un sorcier indigène avec une pommade au goudron. La guérison fut complète et définitive. Ce goudron est un produit complexe préparé dans une région du Sahara avec des arbustes du pays, notamment le genévrier. C'est donc une mixture très impure, nullement comparable au goudron de Norwège, qui est d'ailleurs sans efficacité en pareil cas.

2° Un instituteur indigène présentait deux tumeurs du cuir chevelu. M. Legrain extirpe une de ces tumeurs en partie et reconnaît, à l'examen microscopique, qu'il s'agit d'un sarcome à petites cellules. On applique alors, sur les deux tumeurs, la pommade au goudron du pays. La guérison fut rapide et persista.

3° Une jeune juive de dix-huit ans présentait un sarcome de la région de l'apophyse mastoïde. La tumeur enlevée était un sarcome globo-cellulaire. Deux récidives furent traitées par l'intervention chirurgicale ; enfin, en présence de ces insuccès, la malade s'adressa à un sorcier indigène qui appliqua une pommade à base de goudron. La guérison fut parfaite.

M. Reclus fait quelques réserves au sujet de ces cas de guérison du sarcome. Le diagnostic de sarcome, même sous le microscope, est difficile et on pourrait citer bien des faits où des histologistes distingués, ayant déclaré la nature sarcomateuse de certaines tumeurs, revinrent, après un nouvel examen, sur leur premier diagnostic et affirmèrent l'existence d'une tuberculose. M. Reclus se demande donc si les cas précédents ne sont pas relatifs à des tuberculoses cutanées plus ou moins atypiques, car la tuberculose de la peau et de la face surtout est très polymorphe ; elle est fréquente dans les pays chauds et l'action favorable du goudron sur ces affections est bien connue.

COMMUNICATIONS

Des paralysies arsenicales. — M. Lancereaux fait une communication sur ce sujet.

Mécanismes producteurs des hypertensions réflexes et de la chute de la pression ; leur correction automatique. — M. François-Franck fait sur ce sujet une communication. (Sera publiée.)

LECTURE

Toxhémie des gastro-entéropathes. — M. Clozier (de Beauvais) soutient que la toxhémie des gastro-entéropathes n'est pas une entité, mais seulement un complexus pathologique défini, dont les symptômes essentiels sont constants.

Intoxication de l'organisme par un poison autochtone ; ralentissement de la circulation ; refroidissement consécutif du corps, plus accusé à la périphérie qu'au centre ; impotence fonctionnelle des muscles à fibres striées et à fibres lisses ; absence totale ou tout au moins diminution notable des sécrétions sudorale et urinaire, des excrétions intestinales, des transformations hépatiques, enfin adynamie du système cérébro-spinal.

Sous ces deux formes, latente et paroxystique, cette toxhémie se montre chez les sujets seuls qui, en l'absence de toute lésion organique de l'estomac ou de l'intestin, éprouvent habituellement des digestions laborieuses.

En résumé, les complexus toxhémiques des gastro-entéropathes, dans toutes les phases de leur évolution, sont l'expression d'une intoxication générale de l'organisme par des produits anormaux élaborés dans ou par le tube digestif asthénique et que ne peuvent éliminer des organes excréteurs impuissants ou insuffisants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Lesage, de Gennes et Courtois-Suffit.

M. Méry est arrivé *ex æquo* avec M. Courtois-Suffit.

— Par décision ministérielle, en date du 13 juillet 1896, M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses, inspecteur général, en 1896, du VIIIe arrondissement du service de santé, est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger, en

remplacement de M. le médecin-inspecteur Chauvel, précédemment appelé à un autre emploi. M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses ne prendra possession de son poste qu'après la clôture de ses travaux d'inspection générale en 1896.

— Sont admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire de Lyon, les candidats dont les noms suivent :

MM. Aerts, Anthony, Antoine, Armeilla, Arrault, Aujaleu, Aversenq; Bablon, Badie, Baisset, Bargy, Benoit, Bobard, Borie, Boulin, Boyer, de Brianson, Brunetière ; Cahuzac, Carsignol, Casaux, Casse, Castagné, Chambras, Champeaux, Coste, Crosmarie; Degris, Delacourt, Delarras, Delmard, Derycker, Do, Domage, Dugast, Duguet, Dupla, Dupuich, Durand; Erlanger, Eysseric ; Fabre, Fau, Fontagné, Fontanilles, Forget, Fradier, Frécus, Frémont ; Gariel, Garnaud, Gaubert, Gaussin, Gimazanc, Grillat, Gruié, Guericolas, Guillaume; Henry, Houpert, Hurel, Huriez ; Izard ; Jacquot, Jeandidier, Jullien; Lacomme, Lacoste, Lajoanio, Lantieri, Laporte, Laurens de Lacenne, Léard, Leclerc-Montmoyen, Legendre, Léothaud, Lévy, Lionnard, Loewel, Loubet, Loüet; Magnoux, Mailhetard, Mallet, Mansion, Marcailhou, Marcombes, Massip, May, Meistermann, Menier, Moisseney, Molard, Montané, Morvan, Muller; Niéger, Nurdin; Page, Pallut, Pelloux, Périé, Perrin, Perrot, Picqué, Pierre, Poirée, Pons, Randon, Reny, Ribis, Rinckenbach, Romieu, Roques ; Saint-Martin, Santini, Schmeltz, Schnaebelé, Senat, Ser, Spick, Sylvestre ; Taillade, Talabère, Talon, Tellier ; Vaissade, de Vésian, Villa ; Weitzel ; Zerlaut.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils auront choisie au moment de leur inscription.

— *Faculté de médecine de l'Université de Paris.* — M. Sevestre, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie), à l'hôpital des Enfants-Malades.

— *Avis.* — Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Dans le cas où l'étudiant, ou sa famille, n'accepterait pas la suite donnée à la demande, il en serait référé à l'administration.

— Les aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe devront, à dater du 1er octobre 1896, produire, entre autres pièces, pour se faire inscrire dans une Faculté, dans une Ecole de médecine ou dans une maternité, soit le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études secondaires, institué par l'article 5 du décret du 14 janvier 1882, relatif à l'enseignement secondaire des jeunes filles.

Quant aux aspirantes au diplôme de sage-femme de deuxième classe, elles devront justifier, avant d'entreprendre leurs études, du certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Ballier, licencié ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie. — M. Bonnabeaud, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— Le concours pour l'emploi de médecin adjoint au Dispensaire de salubrité de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Lebon, Gresset, Tournier, de la Nièce et Bernard.

— Un concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 15 octobre 1896. Les épreuves commenceront à trois heures précises à l'Hospice-Général, salle des séances.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire-directeur des hospices.

— La Société d'encouragement pour l'Industrie nationale a décerné le prix Melsens, d'une valeur de 500 francs, à M. le docteur Castaing, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital mixte de Poitiers, pour « ses travaux sur la ventilation ».

— M. Guibal, étudiant à la Faculté libre de médecine de Lille, est nommé interne de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

— M. Wintrebert est nommé aide d'anatomie à la Faculté libre de médecine de Lille.

— D'après le relevé officiel, le chiffre des étudiants de l'Université de Strasbourg, inscrits pour le semestre d'été de 1896, s'élève à 938, contre 1004, pendant le semestre d'hiver dernier, et 986 pendant le semestre d'été de 1895. Ces 938 étudiants se répartissent comme suit sur les différentes Facultés :

Faculté de théologie, 93; Faculté de droit, 272 ; Faculté de médecine, 295; Faculté des lettres, 119 ; Faculté des sciences, 159. Sous le rapport de la nationalité, l'Université compte 506 étudiants d'Alsace-Lorraine (Basse-Alsace, 393 ; Haute-Alsace, 55 ; Lorraine, 58).

Sur les 80 étudiants étrangers, 17 sont originaires de la Russie ; 12 de la Suisse ; 10 du Luxembourg; 7 de l'Autriche; 4 de l'Angleterre; 8 de l'Italie; 2 de la Bulgarie; 2 de la Roumanie; 1 de la Norvège et 1 de la Turquie ; 15 de l'Amérique ; 4 de l'Asie et 2 de l'Afrique du Sud. On compte, en outre, 33 auditeurs bénévoles, de sorte que le chiffre des étudiants admis à suivre les cours pendant le semestre d'été s'élève à 971.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort, à Montiers-sur-Saulx, du docteur Hippolyte Gonsienski, né le 4 juin 1806, à Uniaouzt du Palatinat de Cracovie (Pologne).

Le docteur Gonsienski avait quitté son pays après l'insurrection polonaise qui éclata le 29 novembre 1830, et dont le but était de rendre à la Pologne son indépendance nationale.

L'insurrection ayant été vaincue, et la Pologne annexée à la Russie, les jeunes hommes, épris de liberté, qui y avaient été mêlés, durent s'expatrier, et la plupart vinrent chercher un asile en France. Le docteur Gonsienski était du nombre de cette jeunesse d'élite.

Depuis cette époque, il a exercé la médecine à Montiers-sur-Saulx jusque dans ces dernières années. C'était un esprit libéral supérieurement trempé. Il était depuis longtemps naturalisé Français.

— L'Institut international de bibliographie a été fondé, en septembre 1895, dans le but de coordonner les travaux bibliographiques qui se poursuivent dans le monde entier, sans connexion les uns avec les autres, et de réunir, dans un répertoire bibliographique universel, les inventaires partiels et épars de la production intellectuelle, scientifique, artistique et littéraire. Le siège de l'Institut est à Bruxelles ; les membres se réuniront en Congrès pour discuter les questions intéressant la bibliographie, et un *Bulletin* les tient au courant des faits qui se produisent dans cet ordre d'idées dans l'intervalle des Congrès.

C'est grâce à l'initiative des fondateurs de cet Institut, MM. Lafontaine et Otlet, que la question de la classification décimale de Melvil Dewey, qui est employée en Amérique depuis vingt ans, a été soulevée et discutée dans un grand nombre de sociétés savantes, dont quelques-unes l'appliquent déjà.

Afin de constituer dans notre pays un centre où ces questions puissent être étudiées en un des congrès futurs, une section française de l'Institut international de bibliographie vient d'être fondée. Elle a choisi comme président M. le professeur C.-M. Gariel et comme secrétaire M. le docteur Marcel Baudouin. Les demandes de renseignements relatifs à cette section peuvent

être adressées à M. Gariel, 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes), à Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Michel Émery, médecin de l'hôpital Saint-Luc, à Lyon et Anatole Flous, conseiller général du canton de Villandrant.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 85. — SAMEDI 25 JUILLET 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 25 JUILLET 1896. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Bactériologie des angines.

Par G.-H. LEMOINE,
Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'étude bactériologique des angines est relativement de date récente, et son histoire cependant compte déjà un nombre assez considérable de documents.

Aux données et aux classifications cliniques, on tend aujourd'hui à vouloir faire succéder presque uniquement les données étiologiques. La belle découverte de la sérothérapie dans l'angine diphtérique, mettant entre nos mains un remède spécifique contre cette redoutable affection, nous fait voir, en effet, toute l'importance de ces dernières.

Dans son mémoire sur les angines, après avoir placé dans une catégorie à part les angines toxiques, Chauffard (1) émet la pensée que, pour les autres espèces, une classification basée sur la bactériologie doit nécessairement remplacer la classification en quelque sorte objective d'autrefois.

« Ce n'est plus symptomatologiquement, disait dernièrement Landouzy (2), ce n'est plus anatomo-pathologiquement que nous avons le droit de juger et de prononcer en matière d'angines : tout en ne négligeant rien de la vieille analyse clinique, il nous faut juger étiologiquement et le moyen nous est offert par l'examen microbiologique. » Malheureusement cette recherche de l'élément étiologique, quand il s'agit d'un organe constamment en contact avec la bouche, c'est-à-dire avec une cavité riche en germes les plus divers, sera toujours pleine de difficultés, et peut-être ne pourra-t-on d'ici quelque temps opérer une classification reposant sur cet examen. L'angine pseudo-membraneuse à bacilles de Lœffler est jusqu'ici la seule qui ait un caractère assez précis, pour nous aider à remplir une indication thérapeutique.

Encore, même pour elle, le rôle des associations microbiennes, le rôle du terrain, laissent encore bien des points à élucider.

(1) CHAUFFARD. *Union méd.*, 1892.
(2) LANDOUZY. Acad. de méd., 1895, p. 163.

Avant les recherches bactériologiques, de nombreux travaux avaient déjà établi que toutes les angines étaient infectieuses et qu'il n'y avait plus lieu de faire une distinction entre l'angine banale dite *a frigore* et ces angines dont on jugeait le caractère infectieux, parce qu'elles s'accompagnaient ou étaient suivies d'albuminurie, d'arthrites suppurées, d'endocardite ulcéreuse, de pleurésie purulente, de broncho-pneumonie, etc.

Lasègue (1) avait déjà émis l'idée que l'angine phlegmoneuse qui s'accompagne de symptômes nerveux intenses, pourrait bien ne pas être une simple phlegmasie locale, mais c'est en 1881 que Bouchard (2) plaça définitivement l'amygdalite aiguë dans le cadre des maladies infectieuses.

Kannenberg (3), l'année suivante, se rallia à cette opinion. Les travaux de Landouzy (4), puis ceux de Milsonneau (5), Rousseau (6), Descoings (7), Dubousquet-Laborderie (8), Dauchez (9), Cartaz (10), Jeanselme (11), Le Gendre (12), Richardière (13), contribuèrent enfin à faire adopter d'une façon définitive cette manière de voir consacrée par Sallard (14) dans sa récente monographie.

Considérée comme maladie infectieuse et contagieuse, l'angine a été, depuis, l'objet d'études bactériologiques. Mais il faut bien dire que, lorsqu'on a éliminé celles qui se rapportent aux angines pseudo-membraneuses, on s'aperçoit que les documents relatifs aux autres formes des infections pharyngées et surtout les travaux d'ensemble sont des plus réduits.

Encore doit-on ajouter que les angines pseudo-membraneuses ont surtout été étudiées au point de vue de la diphtérie et que le plus grand nombre des observateurs, étudiant cette dernière affection, n'ont fait mention des angines

(1) LASÈGUE. *Traité des angines*, p. 1220.
(2) BOUCHARD. *Rev. de méd.*, 1881.
(3) KANNENBERG. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1880.
(4) LANDOUZY. *Progrès méd.*, 1883, et *Gaz. des hôpit.*, 1885.
(5) MILSONNEAU. Th. de Paris, 1885.
(6) ROUSSEAU. Th. de Paris, 1888.
(7) DESCOINGS. Th. de Paris, 1890.
(8) DUBOUSQUET-LABORDERIE. *Gaz. des hôpit.*, 1886.
(9) DAUCHEZ. *France méd.*, 1889.
(10) CARTAZ. *France méd.*, 1890.
(11) JEANSELME. *Gaz. des hôpit.*, 1890.
(12) LE GENDRE. *Concours méd.*, 1891.
(13) RICHARDIÈRE. *Semaine méd.*, 1891.
(14) SALLARD. *Amygdalites aiguës* (Bibl. Charcot-Debove), 1892.

pseudo-diphtériques que pour les comparer à la diphtérie et non pour en élucider la véritable nature.

Le rôle du bacille de Lœffler, dans la production des angines diphtériques, est aujourd'hui trop bien connu pour que nous rapportions les recherches auxquelles il a donné lieu, et nous nous bornerons à exposer ici le résultat des travaux entrepris dans le but d'élucider le rôle joué par les micro-organismes étrangers au bacille diphtérique dans les infections pharyngées.

Envisagée ainsi, la question comprend encore non seulement l'étude de la nature des angines non diphtériques, mais encore celle des associations microbiennes dans la diphtérie.

I

Associations microbiennes dans la diphtérie. — Ordinairement le bacille de Lœffler est mélangé à un grand nombre d'autres microbes dans la membrane diphtérique. Le fait a été relevé notamment par Roux et Yersin (1), dans leur mémoire de 1890. On y rencontre des coccus variés, des streptocoques, des bacilles grêles ou épais. Il serait intéressant, ajoutaient alors ces observateurs, d'isoler toutes ces espèces et d'étudier leur action sur le bacille spécifique.

Ces microbes sont parfois peu nombreux, plus souvent ils forment dans la partie superficielle de l'exsudat une couche continue, et c'est un peu au-dessous d'eux que siègent les amas caractéristiques du bacille spécifique.

Parfois encore, ces micro-organismes forment d'énormes amas dans toute l'épaisseur de la fausse membrane, puis on les voit envahir la muqueuse et y déterminer des points de nécrose; une fois là, ils peuvent pénétrer dans les capillaires des tissus sous-jacents, s'étendre dans les ganglions et enfin dans la circulation générale, produisant une infection de tous les organes. Girode (2) a bien exposé la marche de ce processus microbien aboutissant à ces gangrènes plus ou moins étendues qu'on observe quelquefois dans la diphtérie au niveau du pharynx. C'est dans le sphacèle étendu qu'interviennent les microbes de la putréfaction et de la gangrène vraie, c'est-à-dire le ramollissement éliminatoire des parties nécrosées, la teinte noire, le dégagement de gaz fétides, etc.

Roux et Yersin, d'autre part, avaient déjà fait la remarque qu'on pouvait prédire une issue favorable, si on constatait qu'il y avait peu de bacilles spécifiques et beaucoup d'autres microbes, notamment certains *coccus*. Pour eux, il n'était pas douteux que certains microbes gênaient le développement du bacille diphtérique.

Revenant sur la présence de certains coccus, connus sous le nom de Brisou, Martin (3) émet la même opinion que Roux et Yersin : « L'existence de colonies de coccus est d'un pronostic favorable : plus elles sont nombreuses en comparaison des colonies diphtériques, plus sont grandes les chances de guérison. »

Ruault (4) et Barbier (5) ont tenté de distinguer deux variétés d'angine diphtérique suivant que les microbes associés étaient des coccus ou des streptocoques. Les premiers seraient un signe de bénignité, et les seconds donneraient lieu à cette forme de la diphtérie, dite infectieuse par Grancher.

(1) Roux et Yersin. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1890.
(2) Girode. *Revue de méd.*, 1891.
(3) Martin. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892.
(4) Ruault. *Traité de médecine.*
(5) Barbier. *Arch. de méd. expérim.*, 1891-92.

Peu connu serait le rôle des *staphylocoques* aureus et albus, d'après Bourges (1); cependant, Martin attribue à ces organismes, et au staphylocoque albus en particulier, une influence qui rendrait la maladie plus sévère que lorsqu'on ne constate que des coccus Brisou.

Le pneumocoque a été étudié surtout au point de vue des complications de la diphtérie, et notamment dans les broncho-pneumonies consécutives à cette affection.

Mais la plupart des auteurs n'en signalent la présence dans les poumons que comme secondaire, car on l'a toujours trouvé associé au streptocoque pyogène.

Ce dernier agent pathogène est celui dont l'action a été le plus étudiée dans ses rapports avec la diphtérie.

D'après Roux et Yersin, le *streptocoque* serait toujours présent dans les fausses membranes diphtériques. Widal (2) et nous-même l'avons rappelé dernièrement à la Société médicale des hôpitaux. Mais s'il est facile d'en constater la présence constante sur des milieux de culture appropriés, il n'en est pas de même lorsqu'on cherche à élucider son rôle dans la diphtérie.

Babès (3) croit que le streptocoque qui accompagne presque toujours le bacille diphtérique joue un rôle dans la production des fausses membranes.

Prudden (4) attribue même uniquement au streptocoque le pouvoir de former la fausse membrane, affirmation formellement contredite d'ailleurs par les expériences de Lœffler, Roux et Yersin.

Le streptocoque semble d'ailleurs devoir être regardé comme le point de départ des complications de cette maladie. La constance du streptocoque dans la broncho-pneumonie diphtérique peut être érigée à l'état de règle, d'après Netter (5). Cet observateur en rapporte 7 cas dans lesquels le streptocoque a été trouvé à l'état pur 1 fois, puis, dans 3 cas, il était associé au staphylocoque aureus, 1 fois au pneumocoque, 1 fois au bacille encapsulé de Friedländer, 1 fois en même temps au pneumocoque et au staphylocoque doré. Nous retrouvons les mêmes constatations dans 5 observations de Mosny (6) et dans 18 cas de Prudden et Northrup. Lœffler et Frænkel en avaient déjà constaté la présence dans le poumon et Darier (7) avait établi cette constance par les cultures comme par l'examen microscopique.

Il en est de même dans les observations de Morel (8). Frænkel (9) a vu, dans le cours d'une pharyngite et d'une laryngite diphtérique, se produire un abcès rétro-pharyngien, qui fusa dans le médiastin et détermina une pleurésie double ainsi qu'une péricardite purulente. On isola à l'autopsie le streptocoque de l'abcès rétro-pharyngien et de l'exsudat péricardique. On a retrouvé le même micro-organisme dans les adénites suppurées (Morel, Barbier), dans les arthrites [Lyonnet (10), Heubner et Bahrdt (11)], les otites

(1) Bourges. *La diphtérie* (Bibl. Charcot-Debove).
(2) Widal et G.-H. Lemoine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896.
(3) Babès. *Virchow's Arch.*, 1890.
(4) Prudden. *Journ. offic. med. sc.*, 1889.
(5) Netter. *Arch. de méd. expérim.*, 1892, p. 54.
(6) Mosny. Th. de Paris, 1891.
(7) Darier. Th. de Paris, 1885.
(8) Morel. Th. de Paris, 1891.
(9) Frænkel. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1887.
(10) Lyonnet. *Lyon méd.*, 1891.
(11) Heubner et Bahrdt. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884.

[Moos (1)] consécutives à la diphtérie. C'est encore au streptocoque, dont la virulence dans certaines circonstances augmenterait sous l'influence des injections de sérum antidiphtéritique, que Sevestre (2) attribuait dernièrement un certain nombre d'érythèmes consécutifs à ces injections.

Le streptocoque jouerait donc le rôle le plus important dans la pathogénie des infections secondaires qui peuvent se montrer dans les angines diphtéritiques. Parfois même, soit par suite d'une virulence plus grande, soit qu'il pénètre en plus grande quantité dans la circulation générale, il pourrait donner naissance à une véritable septicémie.

On a voulu même regarder la présence du streptocoque dans les fausses membranes à bacille de Lœffler comme le signe d'une forme grave de la diphtérie. Lœffler, dans son premier mémoire, rapporte des observations de diphtérie maligne, dans lesquelles, à l'autopsie, le streptocoque fut trouvé dans tous les organes. Beck (3), étudiant au point de vue de la virulence les microbes contenus dans les fausses membranes diphtéritiques provoquées sur les muqueuses des animaux, les trouva tous dénués de virulence, à l'exception du streptocoque. Roux et Yersin ont fait remonter la virulence d'un bacille diphtéritique atténué en l'associant à un streptocoque virulent provenant d'une plaque érysipélateuse.

Au point de vue clinique, nous voyons Martin attribuer à cette association la mort de 8 malades sur 10. Troje (4), dans 29 autopsies de diphtéritiques, constate que 29 fois le streptocoque existait dans la gorge, 20 fois dans le poumon, 13 fois dans le sang et dans la rate. Il s'agit, dans tous ces cas, de diphtérie présentant cet aspect caractéristique si bien décrit par Trousseau : fausses membranes grisâtres adhérentes, haleine fétide, visage pâle, cyanosé et bouffi, adénites volumineuses et douloureuses (cou proconsulaire), envahissement des fosses nasales se traduisant par un jetage séro-sanguinolent, albuminurie, diarrhée, la mort arrive rapidement dans le collapsus.

Barbier (5), dans deux importants mémoires consacrés à l'étude expérimentale de l'association streptococcienne dans la diphtérie, a isolé deux streptocoques d'angines diphtériques.

L'un, qu'il désigne sous le nom de streptocoque B, provenait d'une diphtérie maligne, l'autre avait été retiré d'une fausse membrane de diphtérie bénigne.

D'expériences poursuivies avec le premier, Barbier est enclin à penser que le streptocoque joue dans ces cas le premier rôle ; la prédominance de l'action des propriétés pathogènes du streptocoque est ici tellement grande, qu'il est difficile d'apprécier justement la part qui revient au bacille diphtéritique dans la genèse des accidents. En fait, le malade est bien un diphtéritique, si l'on s'en tient à la constatation de fausses membranes et du bacille, du bacille surtout. Mais si l'on réfléchit qu'on retrouve le streptocoque non seulement dans la gorge, mais dans le sang et dans les viscères, que les complications sont d'origine streptococcique démontrée ou probable, que ce streptocoque est probablement celui des affections pyoseptiques, on est amené

(1) Moos. Otites diphtériques à streptocoques, *Centralbl. f. Bakt.*, 1891.

(2) Sevestre. Soc. méd. des hôpit., 1896.

(3) Beck. *Zeits. f. Hyg.*, 1891.

(4) Troje. *Berl. Med. Gesellschaft*, 1892.

(5) Barbier. *Arch. de méd. expérim.*, 1891 et 1892.

à se demander si la maladie n'a pas changé d'étiquette et si on n'a pas affaire plus à un septicémique qu'à un diphtérique. Aussi propose-t-il de donner le nom de diphtérie streptococcique à ces diphtéries malignes.

Martin (1), nous l'avons dit, regarde aussi ces angines diphtéritiques à streptocoques comme fort graves, mais sans attribuer la gravité de la maladie à une virulence spéciale des streptocoques ou du bacille diphtéritique. L'union des deux microbes serait surtout à accuser.

Bien plus, les deux infections, pour s'influencer, ne devraient pas nécessairement être contemporaines, l'infection diphtéritique semblant donner une virulence nouvelle au streptocoque, hôte de la muqueuse. « De là, ajoute Barbier, à entrevoir l'importance des angines dites simples ou *a frigore*, souvent dues au streptocoque, il n'y a qu'un pas ; celles-ci ne se bornant pas à préparer un terrain favorable au développement du bacille, mais prédisposant, de par leur nature, à des formes graves de la maladie. » Et suivant que le streptocoque a prédisposé le terrain, ou se trouve associé au moment de l'infection diphtéritique, ou se greffe ultérieurement sur le pharynx infecté, l'auteur conçoit trois formes de cette infection mixte : forme infectieuse primitive — forme infectieuse d'emblée — forme infectieuse secondaire.

D'Espine et Marignac (2) envisagent aussi l'action du streptocoque dans ce sens et pensent qu'il peut jouer un rôle préparateur vis-à-vis de la diphtérie.

Le second streptocoque isolé par Barbier d'une angine diphtéritique bénigne ne semble pas d'une malignité aussi grande et son association au bacille diphtérique n'a pas donné lieu aux infections graves et mortelles produites par le premier. Il est vrai que Barbier le considère comme étant d'une espèce différente et c'est à cette particularité qu'il attribue son absence d'activité.

En résumé, l'action du streptocoque dans la diphtérie semble à l'heure actuelle encore enveloppée d'obscurité.

La présence constante dans les fausses membranes diphtéritiques, relevée par Roux et Yersin, par Barbier, Prudden, Widal, et par nous-même, cadre mal, il faut bien le dire, avec le terme usité : association streptococcienne, regardé comme synonyme de diphtérie maligne ; il cadre mal avec ce fait reconnu aujourd'hui, depuis les travaux de Widal et Bezançon, que le streptocoque existe à l'état constant dans la salive des sujets sains et malades. La diversité des espèces streptococciennes, si elle était constatée, viendrait expliquer ces faits contradictoires. Mais les caractères de forme, de coloration, de cultures, sur lesquelles on a voulu, jusqu'ici, reposer la différenciation de ces espèces, ont été démontrés absolument insuffisants ; les récentes recherches de Méry (3), poursuivies dans un autre sens, paraissent devoir faire trancher la question en faveur de la pluralité des espèces. Mais on ne saurait, pour le moment, se prononcer d'une façon définitive.

D'ailleurs, des streptocoques d'une espèce identique ne pourraient-ils pas agir, d'une façon différente, selon leur degré de virulence? Leur action ne serait-elle pas, jusqu'à un certain point, une affaire de quantité, comme l'a avancé Martin et comme le pensait encore dernièrement Sevestre?

Certains travaux de Pasteur, Hauser, Chauveau, Arloing,

(1) Martin. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892.

(2) D'Espine et Marignac. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890.

(3) Méry. Soc. de biol., 1896.

Cornevin et Thomas, Wattson Cheyne, ne nous ont-ils pas fait voir l'influence exercée par la dose sur les effets des inoculations virulentes, la gravité de la maladie étant, dans une certaine mesure, en proportion directe avec la *quantité des microbes* introduits dans l'organisme?

II

Angines non diphtéritiques. — Les angines non diphtéritiques peuvent se diviser au point de vue clinique en angines pseudo-membraneuses et angines sans fausses membranes. Mais cette division ne saurait convenir à l'étude bactériologique des angines, les organismes trouvés dans l'un et l'autre cas ayant été souvent les mêmes, et cela surtout si l'on considère l'action du micro-organisme dont la présence a été le plus souvent décelée, le streptocoque. On sait, en effet, que cet agent pathogène peut expérimentalement donner naissance à des lésions variées, lorsqu'il a été inoculé à l'oreille du lapin par exemple, lésions qui se traduisent soit par une simple rougeur, soit par un érysipèle typique, soit par des abcès, soit par une septicémie rapidement mortelle. Chantemesse et Widal, à qui nous devons une grande partie de ces notions expérimentales, ont fait voir de plus que le streptocoque pourrait produire des fausses membranes.

La variabilité des lésions produites par une même espèce microbienne est d'ailleurs une notion courante aujourd'hui.

Aussi passerons-nous en revue les travaux bactériologiques relatifs aux angines suivant les organismes trouvés, soit dans les fausses membranes, soit dans le mucus tapissant les amygdales ou quelque autre région du pharynx.

Les espèces retirées du pharynx des malades atteints d'angines sont des plus variées, ce qui faisait penser à Sallard que, probablement, la multiplicité des espèces parasitaires dominait la genèse des amygdalites.

Parmi celles-ci cependant, il en est de plus importantes les unes que les autres. Certains organismes ont été trouvés d'une façon exceptionnelle.

D'autres ont été trouvés avec une fréquence remarquable.

D'autres enfin ont semblé en rapport avec des formes cliniques déterminées.

1. Nous ne ferons que citer l'*oïdium albicans* dont les caractères biologiques ont été bien fixés par Laurent (1), G. Roux et Linossier (2), qui donne lieu d'ailleurs à des angines d'aspect clinique bien déterminé.

Cependant il y a lieu de faire des réserves même sur la nature de ces angines. C'est ainsi que Teissier a observé une angine diphtéroïde chez une syphilitique dans laquelle il constata la présence exclusive du muguet. Le type désigné sous le nom de muguet primitif de la gorge par Damaschino (3) et Duguet (4), pourrait être dû aussi au développement d'un organisme absolument différent. Troisier et Achalme (5), en effet, ont rapporté une observation d'angine présentant tous les signes d'une angine à muguet, et dans laquelle on retira des exsudats un organisme absolument différent qui n'était autre qu'une levure banale, absolument comparable aux levures industrielles.

(1) Laurent. *Bull. de la Soc. belge de microscopie*, 1890.
(2) Roux et Yersin. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.
(3) Damaschino. Soc. méd. des hôpit., 1880.
(4) Duguet. Soc. méd. des hôpit., 1882-1883.
(5) Troisier et Achalme. *Arch. de méd. expérim.*, 1893.

Parmi les autres infections du pharynx qui n'ont donné lieu encore qu'à un petit nombre de travaux, nous devons faire mention des angines à bacterium coli et des fausses membranes amygdaliennes contenant des bacilles pseudo-diphtéritiques.

2. Il semble jusqu'à présent que le *bacterium coli* n'ait été trouvé à l'état pur que dans les amygdalites chroniques. MM. Lermoyez, Helm et Barbier dans une note présentée à la Société médicale des hôpitaux en 1894, ont décelé à la surface de l'amygdale la présence d'un bacille coliforme qui faisait coaguler le lait, mais ne donnait pas la réaction de l'indol. Ayant eu l'occasion d'étudier trois cas de la même espèce (1) par la méthode de la ponction, j'ai pu recueillir ainsi trois fois à l'état pur des bacilles ayant des caractères se rapprochant de ceux du bactérium coli; bacilles peu mobiles, donnant sur gélatine et sur pomme de terre des cultures typiques, l'un faisant coaguler le lait et ne donnant pas la réaction de l'indol comme dans l'espèce isolée par Barbier; un autre donnant tous les caractères complets du bacterium coli, à part cependant la mobilité qui a été toujours peu appréciable, enfin le troisième faisant seulement rougir le lait teinté avec le tournesol, sans qu'au bout d'un mois le lait fût coagulé.

Le liquide de ponction examiné directement a permis d'y constater la présence d'un grand nombre de ces bacilles, inclus dans les nombreuses cellules lymphatiques qui forment la plus grande partie de l'exsudat.

3. Dans ces derniers temps Lichwitz (2) a rapporté des observations où le *bacille pseudo-diphtéritique* se trouvait dans l'eschare consécutive à l'ablation des amygdales. M. Chantemesse (3) avait déjà relaté un fait analogue en 1891, et avait trouvé le bacille pseudo-diphtéritique dans la fausse membrane qui tapisse la surface mise à nu par l'opération. Les colonies développées sur sérum étaient peu abondantes et les cultures n'étaient pas virulentes pour le cobaye.

Enfin, le bacille pseudo-diphtéritique se trouve dans les angines diphtéritiques à côté des bacilles de Lœffler virulents.

Nous devons citer encore un cas d'angine pseudo-membraneuse observé par Loir et Duclaux (4), dans lequel ces auteurs ont signalé la présence d'un bacille considéré par eux comme l'agent spécifique de la diphtérie aviaire.

Les organismes microbiens les plus communément trouvés dans les angines ont été des cocci, des staphylocoques, le pneumocoque, et surtout le streptocoque.

4. *Angines à coccus.* — Martin (5) a décrit des angines à fausses membranes dans lesquelles il a isolé trois espèces de coccus. L'espèce la plus fréquente a été un petit coccus, le plus souvent disposé en diplocoque et déjà décrit par Roux et Yersin.

Cet organisme est connu sous la dénomination de *coccus Brisou* du nom de l'enfant sur lequel il a été étudié la première fois. Il présente comme particularité un développement sur sérum à peu près semblable à celui du bacille de Lœffler, ce caractère peut donc prêter à la confusion. Il pousse sur le milieu en moins de vingt-quatre heures, sous forme de petites colonies ponctiformes blanchâtres non

(1) G.-H. Lemoine. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1895.
(2) Lichwitz. *Journ. des sc. méd. de Bordeaux*, 1896.
(3) Chantemesse. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1891, p. 332.
(4) Loir et Duclaux. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1894.
(5) Martin. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892.

liquéfiantes, analogues à celles du bacille de Lœffler, mais elles sont plus humides et plus transparentes.

Ces diplocoques se colorent par le bleu de Lœffler, le bleu de Roux, et restent teints, traités par la méthode de Gram. Les angines produites par ce coccus sont en général bénignes, mais la fausse membrane qu'il forme peut absolument faire croire à une angine diphtérique ; même constitution, même adhérence aux tissus sous-jacents, même reproduction rapide après qu'on l'a enlevée. Elle présente cependant un aspect plus blanc.

Les ganglions du cou peuvent être pris. Parfois, on a observé des formes sévères dans lesquelles la température est montée à 40 degrés et au-dessus. Malgré cela, Martin a toujours vu ces angines guérir et ne laisser après elles aucun signe d'intoxication. Elles seraient sujettes à récidive.

Barbier semble avoir décrit le même organisme sous le nom de micrococcus γ.

On lui retrouve les mêmes caractères de culture sur sérum, la même forme, cependant celui-ci formerait quelques courtes chaînettes de trois à cinq éléments. Non pathogène pour le cobaye, il jouirait de propriétés pathogènes pour les muqueuses, et déterminerait chez le cobaye une vaginite muco-purulente durant de cinq à six jours.

Un autre coccus plus gros que le précédent et liquéfiant le sérum a été encore trouvé par Martin dans une angine à fausses membranes, qui semble avoir été accompagnée d'une réaction générale assez intense. La guérison cependant était complète le douzième jour.

5. *Angines à staphylocoques.* — Signalées par Cornil et Babès les angines à staphylocoques ont été l'objet de travaux peu nombreux.

Organismes très communément retirés du pharynx, et le plus souvent associés à d'autres éléments pathogènes, on s'est trouvé rarement amené à leur attribuer un rôle unique dans la genèse des angines. Dans des cas d'arthropathies rhumatismales chroniques consécutives à des amygdalites aiguës Bouchard et Charrin ont attribué au staphylocoque le principal rôle. Martin, dans deux observations d'angines ayant l'aspect pultacé a vu ces organismes se développer en telle quantité sur les milieux de culture ensemencés qu'il les regarde comme la cause de la maladie. Dans un cas, en effet, le staphylocoque albus avait poussé en grande abondance et dans l'autre le staphylocoque aureus avait été trouvé à l'état pur.

Ces angines furent beaucoup plus graves que les angines à coccus, la première se termina par la mort le septième jour de la maladie avec des symptômes infectieux, la seconde au contraire guérit en peu de temps, mais l'enfant, devenue diphtérique près de deux mois après, succomba avec des signes d'infection ; de sorte qu'on peut se demander si la première angine n'a pas été pour quelque chose dans cette terminaison fatale. D'une gravité moyenne fut le cas relaté par Netter (1). Il s'agit encore d'une angine pseudo-membraneuse, présentant l'aspect des diphtéroïdes de Lasègue. Les cultures faites à plusieurs reprises décelèrent presque exclusivement des colonies nombreuses de staphylocoque pyogène aureus. Il y eut simultanément le développement de quelques colonies de streptocoques. Mais étant donné la rareté de ces dernières, Netter n'hésite pas à attribuer aux seuls staphylocoques la production des fausses membranes. Il en serait de même pour certaines laryngites

(1) NETTER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1891, p. 329.

pseudo-membraneuses des varioleux, dans lesquelles le même observateur aurait rencontré le staphylocoque d'une façon prédominante.

Dans cette même séance de la société d'ailleurs, il était rappelé les faits d'Engel Frænkel (1) confirmés par les observations de Sevestre et Gastou, prouvant que les staphylocoques peuvent encore être rencontrés presque exclusivement dans certaines fausses membranes de la bouche et des lèvres.

En résumé, les angines à staphylocoques semblent être le plus souvent des angines pseudo-membraneuses moins bénignes que les angines à coccus. Leur diagnostic s'est reposé jusqu'ici sur la prédominance du nombre des colonies staphylococciennes sur les milieux de culture ensemencés avec ces fausses membranes.

6. *Angines à pneumocoque.* — Le rôle étiologique du pneumocoque dans certains accidents pharyngés a été établi pour la première fois par Cornil (2), qui en constata la présence dans les abcès de l'amygdale.

Gabbi (3) soutint ensuite l'origine pneumococcique des amygdalites folliculaires, opinion exclusive sur laquelle Netter formule des réserves, se reposant sur ce fait que le pneumocoque existe normalement une fois sur cinq au fond des cryptes amygdaliennes.

Rendu et Boulloche (4) ont cru devoir rapporter au pneumocoque l'origine d'un cas d'angine herpétique. Si la recherche du pneumocoque qui fut faite alors dans la salive est passible d'une objection, il faut bien dire cependant que les circonstances dans lesquelles s'est produite cette angine sont bien de nature à confirmer l'opinion de ces observateurs. Il s'agit, en effet, d'une infirmière venant d'un dortoir où trois infirmières avaient été antérieurement atteintes de pneumonie. De plus, le tableau clinique qu'a dressé Rendu de l'évolution de la maladie, son début brusque avec frisson, ses symptômes d'affection grave, en face d'une lésion locale relativement bénigne est en faveur d'une semblable genèse. Il en est de même pour l'angine herpétique dont Netter a rapporté brièvement les origines.

La présence du pneumocoque a encore été constatée dans des fausses membranes localisées sur les cordes vocales et la trachée (Netter).

Mais sa localisation exclusive sur le pharynx a été surtout bien mise en évidence dans l'observation de Jaccoud et Ménétrier (5).

Le soin avec lequel elle a été étudiée fait de cette observation la première qui ait prouvé l'action de ce micro-organisme dans une angine pseudo-membraneuse.

Au point de vue clinique, le début brusque par des frissons et des signes d'accablement général très prononcé, a été bien mis en relief. Ici, l'accident local a présenté lui-même une certaine intensité.

Les fausses membranes recouvrent les deux amygdales et la luette, elles étaient blanches, très adhérentes et s'accompagnaient d'un engorgement ganglionnaire douloureux et d'œdème du cou. Le pneumocoque existait dans les fausses membranes en quantité considérable, et jamais on n'y observa de bacille de Lœffler.

(1) E. FRÆNKEL. *Arch. f. pathol. Anat.*, 1888.
(2) CORNIL. *Journ. des conn. méd.*, 1886.
(3) GABBI. *Lo Sperimentale*, 1889.
(4) BOULLOCHE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1891, p. 221.
(5) JACCOUD et MÉNÉTRIER. *Journ. de méd. et doct. prat.*, 1891.

En face de ces manifestations pharyngées, d'aspect clinique différent, causées par le pneumocoque, Netter pense qu'il y a lieu de distinguer, dans l'angine à pneumocoque, plusieurs formes : formes inflammatoires — herpétiques — folliculaires — suppurées et pseudo-membraneuses.

Comme on a pu s'en rendre compte, nous n'avons pu rapporter jusqu'à présent, que des observations isolées établissant, pour chacune d'elles en particulier, la présence prédominante d'un organisme microbien donné à la surface du pharynx enflammé.

7. *Angines à streptocoques.* — Les angines à streptocoques ont été l'objet de travaux d'ensemble dans lesquels le nombre considérable des observations permet de mieux apprécier le rôle de cet agent microbien.

Les premières constatations dans lesquelles on a soupçonné l'action du streptocoque dans les angines, se rapportent à des cas où ce microbe a été trouvé dans des localisations extra-pharingées consécutives à des amygdalites infectieuses.

Tels sont les faits de Bourcy (1883), de Milsonneau qui trouvèrent le streptocoque, le premier dans une arthrite, le second dans un adéno-phlegmon du cou, accidents consécutifs à une angine dite alors infectieuse.

Vinrent ensuite les recherches plus précises de Frænkel (1), Fuerbringer (2), Gutmann (3), Kurth (4), Metzner (5), Hanot (6) qui ont trait pour la plupart à des observations de véritable septicémie dont le pus amygdalien avait été sans nul doute le point de départ.

Dans le cas de Hanot, il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital pour un violent mal de gorge, et chez laquelle il se produisit ultérieurement une pleurésie purulente et des phénomènes d'infection généralisée qui aboutirent à la mort. On trouva presque exclusivement du streptocoque dans les petits abcès amygdaliens, dans le liquide d'une fusée rétro-pharyngo-œsophagienne et du liquide pleural.

C'est encore au streptocoque isolé du fond de cryptes amygdaliennes que Le Gendre et Claisse (7) attribuent des accidents érythémateux et purpuriques survenus chez un de leurs malades.

Cornil et Babès (8) relevèrent à la même époque la présence du streptocoque dans le pus des petits abcès superficiels chroniques, situés au-dessous de la muqueuse de l'amygdale.

Considérées comme bénignes par Baginsky (9), les angines à streptocoques ont été regardées par d'autres auteurs comme excessivement graves, suivant les cas observés.

Boulloche (10), au point de vue clinique, décrit deux types distincts d'angines à streptocoques, l'un bénin, l'autre grave.

Le type bénin serait le plus commun et se caractériserait par l'apparition de fausses membranes blanches ou blanc grisâtre, adhérentes à la muqueuse et n'ayant pas grande tendance à se propager, par de la rougeur du pharynx, par de l'adénite sous-maxillaire souvent assez marquée, mais peu douloureuse à la pression. Malgré ces signes locaux qui ressemblent beaucoup à la diphtérie, l'état général reste excellent.

Dans le type grave, l'exsudat est sanieux, grisâtre ; il y a du coryza couenneux avec jetage séro-sanguinolent, bouffissure de la face, gonflement considérable du cou provoqué par l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire péri-ganglionnaire ; l'haleine est fétide, la prostration rapidement croissante, la température dépasse 39 degrés, l'albuminurie est constante. La mort peut survenir au bout de quatre ou cinq jours.

Jamais on n'observerait de croup dans les cas de ce genre. Les observations de Martin viennent faire voir que la diphtérie streptococcienne peut cependant gagner le larynx. En somme, le tableau clinique est celui de la diphtérie grave. La seule différence, d'après Boulloche, consisterait en ce que la diphtérie à streptocoques purs entraînerait bien moins fréquemment la mort que la diphtérie vraie.

M. Boulloche s'étant cantonné dans l'étude des angines à fausses membranes ne s'est pas arrêté à décrire le tableau clinique de l'angine simple à streptocoque.

Celui-ci, d'ailleurs, est fort variable, puisque le streptocoque a été retrouvé dans presque toutes les angines aiguës. Aussi est-il inutile d'y insister, ayant surtout en vue le côté étiologique de la question.

En 1890, Roux et Yersin, analysant dix-neuf cas d'angine pseudo-membraneuse où la présence du bacille diphtérique n'avait pas été décelée, avaient trouvé des streptocoques dans la plupart de ces observations.

Prudden, étudiant ces angines à streptocoque, les confondit d'abord avec les angines diphtéritiques vraies.

Würtz et Bourges (1), dans une étude spéciale consacrée aux angines pseudo-diphtériques de la scarlatine, ont fait l'analyse bactériologique de 11 cas.

Dans 9 de ces angines coïncidant avec le début de la scarlatine, ces auteurs isolèrent le streptocoque. Dans 5 cas, ce microbe était associé au staphylocoque aureus, et dans un cas au staphylocoque albus.

Déjà, différents auteurs avaient publié des observations isolées dans lesquelles ils attribuaient au streptocoque la production des fausses membranes, dans la gorge des scarlatineux [Heubner et Bahrdt (2), Frænkel et Freudenberg (3), Marie Raskin (4), Lenhartz (5)].

G.-H. Lemoine (6) et Josias (7) ont confirmé ces résultats en ce qui concerne l'angine du début de la scarlatine dans laquelle l'un a constaté 84 fois sur 100 la présence du streptocoque seul ou associé à des coccus divers, et l'autre, dans tous les cas soumis à l'analyse.

Martin a trouvé le streptocoque dans 7 cas d'angines pseudo-membraneuses entrées par erreur au pavillon de la diphtérie et dans trois angines au début de la scarlatine.

Dans un certain nombre de ces observations, l'exsudat présenta les caractères cliniques observés par Wurtz et Bourges et se rapportant à la description de Boulloche, mais

(1) Frænkel. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1887.
(2) Fuerbringer. Soc. méd. mil. de Berlin, 1887.
(3) Gutmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887.
(4) Kurth. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889.
(5) Metzner. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889.
(6) Hanot. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1891.
(7) Legendre et Claisse. *Union méd.*, 1892.
(8) Cornil et Babès. *Les bactéries*, 3e édit.
(9) Baginsky. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1892. p. 418.
(10) Boulloche. *Les angines à fausses membranes* (Bibl. Charcot-Debove).

(1) Wurtz et Bourges. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.
(2) Heubner et Bahrdt. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884.
(3) Frænkel et Freudenberg. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1885.
(4) Marie Raskin. *Wratch*, 1888.
(5) Lenhartz. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, t. XXVIII.
(6) G.-H. Lemoine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895.
(7) Josias. Soc. de thérap., 10 mai 1896.

dans d'autres l'enduit était pultacé, peu adhérent. Ces angines ne seraient pas ordinairement mortelles, bien que les signes infectieux soient souvent assez prononcés.

Observations analogues de Morel, Mussy (1), William Hallock (2), qui retrouvent dans un grand nombre d'angines pseudo-diphtériques un streptocoque ayant les caractères morphologiques et biologiques du streptocoque pyogène et de l'érysipélocoque.

Barbier (3), dans quatre observations d'angines à fausses membranes bénignes, ne trouva que le streptocoque seul. C'est aussi à l'état de culture pure, qu'Aviragnet l'a obtenu d'une angine pseudo-membraneuse consécutive à une varicelle (4). C'est encore un streptocoque qui a été retrouvé dans les fausses membranes de trois cas d'angines diphtéroïdes de la syphilis [Bourges (5), Boulloche, Hudelo et Bourges (6)].

Veillon (7), dans un remarquable mémoire, reprit la question des angines en 1894, et après avoir fait une critique des travaux antérieurs au point de vue de la technique employée jusqu'alors pour le prélèvement de la matière d'ensemencement, perfectionna les méthodes de recherche et s'adressa non plus seulement aux angines pseudo-membraneuses, mais à des angines d'aspect clinique différent. Son étude porte sur 22 cas, se répartissant de la façon suivante : 10 angines catarrhales, 7 angines pseudo-membraneuses, 5 angines phlegmoneuses. Veillon se mit dans les meilleures conditions pour recueillir aussi purement que possible les parcelles d'exsudat ou de fausses membranes destinées à l'ensemencement, procédant à ce prélèvement avec des tampons d'ouate stérilisée et après avoir fait laver la gorge du malade avec l'eau bouillie. De plus, il se servit comme milieu d'ensemencement surtout de la gélose qui peut être mise à l'étuve à 37 degrés.

Dans les 22 cas soumis à l'analyse, il obtint *toujours* des cultures de streptocoques. Celui-ci était le plus souvent associé au pneumocoque plus ou moins virulent et quelquefois au staphylocoque. Dans 5 cas, le streptocoque existait à l'*exclusion d'autres microbes pathogènes*; pour lui, c'est cet organisme qui paraît jouer le *principal rôle* dans les angines. Les différences cliniques et anatomiques tiendraient, d'une part, à la localisation du microbe pathogène qui peut évoluer sur la muqueuse ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, et, d'autre part, à la virulence du microbe et à la réceptivité du sujet. Le même microbe pourrait causer une inflammation superficielle, purement catarrhale, ou bien une exsudation fibrineuse, la formation de fausses membranes ou bien un phlegmon; il pourrait enfin se généraliser, causer des arthrites, des éruptions et amener la mort par septicémie. Enfin, confirmant en cela l'opinion de William Hallock, Veillon trouve une identité absolue entre le streptocoque qui produit les angines et le streptocoque pyogène ou de l'érysipèle. Mais cet auteur admet une différence de nature entre ce streptocoque et le streptocoque de la salive qui, dit-il, habite normalement toutes les gorges et n'est pas pathogène. Cette dernière affirmation ne saurait être acceptée qu'avec réserves, en face des faits relatés par Widal, qui trouva ce streptocoque salivaire pathogène pour le lapin, chez les érysipélateux.

On ne saurait, en tous cas, faire de ce caractère de virulence, considéré en général, un caractère différentiel du streptocoque.

Quant au rôle du pneumocoque et des autres organismes dans la production des angines, Veillon semble penser qu'ils n'ont qu'une action de seconde ligne.

En tous cas, les angines à pneumocoque, à staphylocoque, etc., doivent être plus rares puisque, dit-il, sur 22 cas nous n'en avons pas trouvé un seul qui puisse être rapporté à ces micro-organismes seuls.

Dans toutes ces recherches, malgré les réels perfectionnements apportés par Veillon, la technique suivie a consisté toujours à ensemencer, soit des parcelles de fausses membranes lorsqu'il s'agissait d'angines pseudo-membraneuses, soit du mucus amygdalien pris à la surface de l'organe enflammé.

Aussi, la plupart du temps, a-t-on conclu à la nature de l'infection d'après la *prédominance* de tel ou tel agent pathogène dans les milieux de culture, ceux-ci donnant lieu à la production de colonies de différentes espèces.

On comprend facilement que, malgré toutes les précautions prises pour ne retirer de l'exsudat que l'agent essentiel, les divers expérimentateurs se soient heurtés à un obstacle : c'est que cet exsudat est constamment en contact avec la salive, qui contient normalement, chez un grand nombre de sujets, du streptocoque, du pneumocoque, du staphylocoque, etc..., d'où la difficulté de savoir quelle part attribuer à ces agents dans l'origine du processus morbide.

G.-H. Lemoine (1), dans un mémoire récent, a cherché à se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, en utilisant, sur le conseil de M. Vaillard, un procédé nouveau.

La technique suivie consiste essentiellement à prélever la matière virulente au sein même de l'amygdale.

Après que le malade s'est gargarisé avec de l'eau bouillie, on essuie la surface de l'amygdale avec un tampon d'ouate stérilisée, puis on la cautérise avec l'extrémité d'une pipette fortement chauffée. Il se produit alors une petite eschare arrondie, blanchâtre, de la largeur d'une petite lentille, et c'est au milieu de cette surface qu'on introduit l'extrémité d'une pipette terminée par un tube capillaire.

La matière recueillie est toujours très minime et se présente, le plus souvent, sous forme d'une masse blanchâtre, épaisse, mêlée d'un peu de sang; parfois, cette masse est tout entière colorée en rouge par le sang.

Cette prise faite, on la projette dans un tube de bouillon stérilisé; une partie de ce bouillon est répartie dans des tubes de gélose qui sont mis à l'étuve à 37 degrés. Une autre partie est versée dans un tube de sérum liquide, pour la recherche du pneumocoque. Enfin, on ensemence encore un tube de sérum solidifié.

Ce procédé a été appliqué, soit seul, soit associé au procédé consistant à ensemencer comparativement l'exsudat étalé à la surface de l'organe.

Comme dans les recherches de Veillon, un grand nombre de types cliniques ont été l'objet de l'étude bactériologique. On a pratiqué des ensemencements sur 112 angines scarlatineuses, dont 74 pseudo-membraneuses et 38 érythémateuses, 6 angines simples chez des rougeoleux au début de l'affection, 3 chez des malades atteints d'oreillons; puis

(1) Mussy. Th. de Paris, 188J.
(2) William Hallock. *New-York Med. Rec.*, 1892.
(3) Barbier. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1892.
(4) Boulloche. Loc. cit.
(5) Bourges. *Gaz. hebd.*, 1892, et *Semaine méd.*, 1895, p. 294.
(6) Hudelo et Bourges. *Semaine méd.*, 1895, p. 52.
(7) Veillon. *Arch. de méd. expérim.*, 1894.

(1) G.-H. Lemoine. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1895.

29 angines pseudo-membraneuses primitives et 14 angines simples, plus 1 abcès de l'amygdale. Comme on le voit, angines primitives, angines secondaires, ont été mises à contribution.

Un premier point ressortant de cette étude est que le procédé employé a semblé jouer un rôle prépondérant sur les résultats, car d'une façon générale, les cultures pures de streptocoque étaient obtenues chaque fois que, pour l'ensemencement, on avait pris le liquide de ponction de l'amygdale, tandis que les autres procédés employés, soit seuls, soit concurremment avec la ponction, donnaient un plus ou moins grand nombre de colonies d'espèces microbiennes différentes. En effet, sur 144 angines étudiées par la méthode de la ponction, 128 fois le streptocoque a été trouvé à l'état pur, 11 fois le streptocoque était associé avec le staphylocoque et 5 fois au bacterium coli, tandis que sur 23 angines, dans lesquelles l'ensemencement a été pratiqué avec l'exsudat seul, 12 fois le streptocoque était seul, 6 fois il fut trouvé associé avec le staphylocoque, 3 fois au bacterium coli, 2 fois au pneumocoque et au bacterium coli.

Mais cette influence du mode opératoire est encore plus évidente si on envisage le chiffre des associations microbiennes trouvées dans les cas où on a ensemencé l'exsudat pharyngé, en même temps qu'on prélevait le liquide de ponction. Chez ceux-ci, au nombre de 78, on a relevé 59 fois la présence d'agents microbiens associés au streptocoque et 19 fois seulement le streptocoque seul. Les micro-organismes trouvés ont été le staphylocoque et le bacterium coli d'une façon prédominante, puis des coccus (Brisou), le pneumocoque, le bacterium termo, enfin un gros bacille liquéfiant la gélatine et se décolorant par le Gram.

De tous ces faits, il résulte que le streptocoque se trouve présent dans presque toutes les formes d'angines.

La présence constante du streptocoque au sein même de l'amygdale est une notion nouvelle qui, venant confirmer le résultat des travaux antérieurs, apporte une preuve de plus que cet agent n'est pas seulement présent, mais encore qu'il doit avoir une action.

Bourges (1) avait déjà montré qu'à l'examen microscopique d'une amygdale scarlatineuse, on pouvait voir le tissu de celle-ci profondément infiltré de streptocoques.

Il paraît certain que, dans un grand nombre de cas, cette action est effective, surtout dans les observations où le streptocoque a été isolé en culture pure; mais dans quelle mesure?

MM. Widal et Bezançon (2), se reposant sur les faits précédents et sur leurs observations personnelles, ont exprimé l'avis qu'il y avait lieu de reviser le cadre des angines dites à streptocoques.

Pour ces auteurs, une classification qui reposerait sur une différenciation des espèces streptococciques se heurterait à ce fait que, jusqu'ici, les divers caractères de formes ou de cultures assignées à certains streptocoques ont été retrouvés chez le streptocoque de l'érysipèle pris comme type.

Le degré de virulence de ces micro-organismes ne peut être un meilleur élément de différenciation, puisqu'une même espèce peut se trouver douée ou dénuée de virulence, suivant des conditions encore mal déterminées.

La confluence des colonies développées sur les tubes ensemencés pourrait-elle donner un meilleur appui pour classer telle ou telle angine dans les angines à streptocoques? Ce serait là, pour Widal et Bezançon, une indication possible pour les diphtéries à streptocoques, mais encore est-il, ajoutent ces observateurs, que souvent la limite qui caractérise cette confluence est souvent difficile à préciser. Aussi, sans nier le rôle que le streptocoque doit souvent jouer dans la genèse des angines, et tout en reconnaissant son rôle capital dans leurs complications, MM. Widal et Bezançon émettent l'avis qu'à l'heure présente les angines aiguës non diphtériques doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution clinique.

Les conclusions du mémoire de Widal et Bezançon ont semblé devoir remettre presque complètement à l'étude la question de nature des angines aiguës non diphtéritiques. La présence banale du streptocoque dans la salive, démontrée par Widal, venait en apparence donner gain de cause à cette opinion que, dans la prise des exsudats à la surface du pharynx, on avait prélevé tout simplement le streptocoque salivaire.

Quand à la constatation du streptocoque au sein même de l'amygdale normale, peut-être s'est-on trop hâté de regarder cette présence comme constante, et par conséquent d'assimiler le résultat des recherches entreprises sur les exsudats à celles poursuivies sur le contenu de l'amygdale. Quelques fais personnels, observés depuis, me permettent d'affirmer que le streptocoque ne se trouve pas d'une façon constante à l'intérieur de cet organe, et qu'en tous cas le nombre de ces agents diminue à mesure que la maladie évolue vers la guérison; peut-être en est-il de même à la surface du pharynx, le fait est même probable. Quoi qu'il en soit, ce serait exagérer la pensée de ces auteurs que de conclure de leurs observations que le streptocoque ne joue aucun rôle dans la genèse des angines, car ils sont les premiers à reconnaître que ce microbe « doit souvent jouer un rôle dans la genèse des angines et dans leurs complications ». Widal et Bezançon ont voulu surtout s'élever, et avec raison, contre le terme « angine à streptocoque » employé pour désigner les angines dans lesquelles la présence de cet organisme est simplement constatée. Compris dans ce sens, en effet, ce terme n'a plus aucune signification, puisque le streptocoque est toujours présent; cette expression ne peut plus surtout faire naître la pensée qu'on se trouve en face d'une affection grave par le seul tait de la présence de ce micro-organisme seul ou associé à d'autres éléments microbiens.

Mais il nous semble cependant qu'il y a place dès maintenant, dans la classification des angines aiguës non diphtéritiques, pour toute une catégorie de ces affections sous la désignation d'*angine à streptocoque*. Le cadre doit être restreint, mieux appliqué qu'il n'a été jusqu'ici, mais il ne doit pas être supprimé.

Les recherches bactériologiques, en effet, permettent d'établir des distinctions entre les diverses circonstances dans lesquelles on a trouvé le streptocoque, soit à la surface du pharynx, soit au sein de l'amygdale.

En un mot, le streptocoque a été trouvé à l'état pur ou associé.

Lorsqu'il est associé à d'autres éléments, nous n'avons guère de donnée pour nous permettre d'apprécier la mesure de l'action du streptocoque par rapport aux éléments étrangers trouvés à côté de lui; nous possédons cependant un certain nombre de faits, bien mis en évidence par les auteurs, dans lesquels la prédominance de colonies de

(1) Bourges. Th. de Paris, 1891.

(2) Widal et Bezançon. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896.

telle ou telle espèce ont paru devoir dicter un diagnostic étiologique ou un pronostic clinique plus sévère. Cette manière de voir, émise par Martin, par Sevestre, et adoptée quoique avec réserves par Widal et Bezançon pour la diphtérie, paraît logiquement pouvoir être acceptée pour les autres angines. Si la prédominance du nombre de colonies streptococciennes entraîne une aggravation du pronostic et permet, comme dans le cas de Barbier, d'attribuer même les accidents plutôt au streptocoque qu'au bacille diphtérique, cette même prédominance du streptocoque ou d'autres micro-organismes peut bien permettre de penser qu'il y a là une indication étiologique. Mais, de ce côté, les études antérieures doivent être complétées en se servant d'une technique uniforme.

Si, dans le cas où le streptocoque est associé à d'autres micro-organismes, il est impossible actuellement de bien se rendre compte de son action, il n'en est pas de même pour les observations où cet organisme a été trouvé à l'état pur. C'est à ces dernières que doit être réservée l'expression d'« angines à streptocoques ».

La banalité d'un germe ne peut en aucun cas être un argument propre à rejeter la nature d'une affection dans laquelle ce germe est retrouvé à l'état pur.

Des faits chaque jour plus nombreux démontrent le rôle pathogène des agents les plus communément répandus autour de nous, et les derniers faits qui viennent d'être relatés par Chauffard et Ramon (1), relativement au rôle du micrococcus tetragenus, est une preuve nouvelle de l'action pathogène d'un microbe banal.

Aussi le streptocoque, retiré à l'état de pureté de la gorge des angineux, autorise-t-il à penser que dans ces conditions il y est l'agent d'infection, surtout lorsque le prélèvement a été fait au sein même de l'amygdale.

Il reste à déterminer, cependant, l'importance du rôle secondaire joué par les microbes trouvés dans les prises faites simultanément à la surface de cet organe.

En résumé, les travaux concernant la question de nature microbienne des angines aiguës non diphtériques semblent établir que jusqu'à présent la prédominance des espèces trouvées dans les exsudats amygdaliens est un des caractères sur lequel on a établi un diagnostic bactériologique.

Parmi les organismes dont la présence a été décelée dans les angines aiguës, le streptocoque se place au premier rang; il a été trouvé dans l'exsudat de presque toutes les angines, et les recherches faites sur le contenu de l'amygdale viennent contrôler et confirmer cette prépondérance du streptocoque; dans ces conditions nouvelles, il a été même trouvé d'une façon constante. Il est donc vraisemblable qu'il joue un rôle dans la pathogénie des accidents angineux.

Ce rôle doit être prédominant lorsque cette espèce microbienne est elle-même prédominante.

On est autorisé à regarder comme « angines à streptocoques » celles où le streptocoque se trouve isolé à l'état pur.

L'espèce microbienne quelle qu'elle soit, regardée comme cause de l'angine, ne semble pas déterminer dans l'organisme humain un ensemble symptomatique particulier à chacune de ces espèces, semblables en cela au bacille de Lœffler, qui a été retrouvé dans les angines simples herpétiques et surtout pseudo-membraneuses, mais avec un aspect clinique variable, le streptocoque, de son côté, pouvant causer une angine simple, suppurée ou à fausses membranes.

Aussi ne semble-t-il pas qu'on puisse jamais remplacer, à proprement parler, la classification clinique par une classification bactériologique, chacune d'elles ayant un but différent, la première jugeant les modes de réaction de l'organisme humain, appréciant leur degré de gravité et devant poser les indications d'une intervention thérapeutique, la seconde ayant pour but d'en diriger le mode d'exécution.

(1) Chauffard et Ramon. *Arch. de méd. expérim.*, 1896.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de neurologie chirurgicale (1), par le docteur A. Chipault.

C'est un fort curieux et très intéressant volume que celui présenté aujourd'hui, au public médical, par M. Chipault. Très compact, très documenté, imprimé en caractères fins, à lignes serrées, il est d'une richesse de détails extraordinaire.

Nos lecteurs connaissent, d'ailleurs, les travaux de M. Chipault, qui nous a fourni d'excellentes Revues générales sur ces questions de neurologie chirurgicale qui lui sont particulièrement chères.

Sa compétence spéciale est aujourd'hui indiscutable, et l'auteur a su se créer chez nous une situation scientifique toute personnelle.

L'ouvrage actuel n'est que le premier d'une série où chaque volume gardera son indépendance. Sorte de périodique annuel, consacré à la neurologie chirurgicale, cette publication suivra les progrès de la chirurgie sur ce terrain tout spécial de la neuropathologie.

Le tome actuel comprend trois grandes divisions, dont la première traite du crâne et du cerveau. A signaler le premier chapitre, des plus curieux et des plus originaux, orné de reproductions de gravures et de tableaux anciens, c'est l'histoire de la chirurgie cranienne au XVIe siècle; l'auteur étudie ensuite, au point de vue graphique, les fractures indirectes de la base, les lipomes péricraniens; le traitement opératoire des tumeurs de l'encéphale, la chirurgie de la capsule interne.

La deuxième partie s'adresse à la chirurgie de la moelle et du rachis; elle débute par des notes anatomiques sur le canal sacré, étudie les paraplégies du mal de Pott, à début brusque et sans symptômes rachidien, la résection intra-durale des racines postérieures, la ponction vertébrale.

Dans la troisième et dernière partie qui a trait à la chirurgie des nerfs, M. Chipault discute le traitement de la paralysie faciale d'origine otitique, mentionne les méfaits de l'incision de Wilde, étudie les compressions du plexus brachial dans certaines fractures de la clavicule et termine par cinq observations personnelles, très intéressantes, d'élongation des nerfs plantaires en vue de guérir le mal perforant. L'auteur donne les points de repère nécessaires pour la découverte des troncs nerveux, décrit la technique opératoire, qui est des plus simples, et fait ainsi connaître un nouveau mode de traitement qui paraît donner des succès durables, pour une affection qui, jusqu'ici, faisait le désespoir des chirurgiens.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Battaille et Cie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

320. M. Bertrand. Contribution à l'étude de quelques fausses tumeurs abdominales. — 321. M. Blanc. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie paroxystique essentielle. — 322. M. L. Mayer. Essai de classification des sérums. Étude expérimentale de leur action sur l'infection pyocyanique. — 323. M. Joguet. De l'action du tellurate de soude contre les sueurs des phtisiques. — 324. M. Lissac. Traitement des troubles consécutifs à la castration. — 325. M. Charvilhat. Contribution à l'étude de la grenouillette sushyoïdienne. — 326. M. Lairé. Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus. — 327. M. Koutnik. Des tumeurs gazeuses du cou. — 328. M. Houzé. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë par perforation spontanée. — 329. M. Zuber. Localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie. — 330. M. Henry. Du délire des négations dans la paralysie générale. — 331. M. Doucy. Du traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure par la résection triangulaire du tarse. — 332. M. Langle. Exposé des théories actuelles et des méthodes de traitement du strabisme. — 333. M. Fays. Traitement du testicule tuberculeux. — 334. M. Rabbe. Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona. — 335. M. Schweisguth. De l'emphysème chez les tuberculeux. — 336. M. Beunat. Étude sur l'empoisonnement par l'acide phénique. — 337. M. Hardouin. Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. — 338. M. Béclu. Du rôle et de l'importance des sels minéraux dans l'organisme. Thérapeutique minérale. — 339. M. Perdriat. Des érythèmes infectieux prolongés. (Érythèmes scarlatiniformes.) — 340. M. Bechkolm. Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique. 341. M. J. Durand. Les auras dans l'épilepsie. — 342. M. Barbier. De l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur. — 343. M. Vallée. La ponction sacro-lombaire. — 344. M. Beninson. Contribution à l'étude des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — 345. M. Chancerel. Influence hygiénique des végétaux sur le climat et leur action spéciale sur la malaria et la tuberculose. — 346. M. Flammarion. Étude sur la maladie hydatique et kystes hydatiques du cerveau. — 347. M. Perdereau. Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur chez l'homme. — 348. M. Hugenschmidt. Étude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes. — 349. M. Loquel. Traitement du pied bot congénital chez l'enfant. — 350. M. Laborde. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Recherches personnelles de bactériologie clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 juillet 1896, M. le docteur Delarue, médecin sanitaire maritime, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 29 juillet.

1° Suite de la discussion sur le traitement du cancer du rectum (M. Th. Anger).

2° Rapport sur un cas de contusion du foie, par M. Faure. Rapport par M. Walther.

3° Communication sur l'anastomose intestinale par le procédé de M. Souligoux, par M. Picqué.

— Voici les sujets de prix proposés par la Société de chirurgie pour l'année 1897 :

Prix Gerdy : « Des névrites périphériques au point de vue chirurgical. »

Prix Demarquay : « De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires. »

Les mémoires manuscrits doivent être envoyés au secrétariat de la Société de chirurgie avant le 1er novembre 1897.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Chavannaz.

— Un concours est ouvert pour l'admissibilité à deux emplois de chefs de clinique à la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton.

La première séance aura lieu dans une des salles de la clinique, le vendredi matin 7 août 1896, à neuf heures.

Pièces à produire : 1° acte de naissance; 2° diplôme de docteur ou le titre officiel d'aide de clinique des Quinze-Vingts; 3° titres et travaux scientifiques ; 4° certificat de bonnes vie et mœurs.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire, tous les jours non fériés, de une heure à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur seront imposées et sur les avantages qui leur sont réservés.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 31 juillet 1896.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de 1896.* — **TRAINS DE PLAISIR.** — 1° *Paris-Clermont.* — Aller : départ de Paris, le 8 août, à 11 h. soir ; arrivée à Clermont, le 9 août, à 9 h. matin. — Retour : au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 11 août jusqu'au dernier train du 22 du même mois.

Prix (aller et retour) : 2e classe, **32** fr. ; 3e classe, **21** fr.

2° *Paris-Genève.* — Aller : départ de Paris, le 8 août, à 10 h. 5 soir; arrivée à Genève, le 9 août, à 11 h. 45 matin. — Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 11 août jusqu'au dernier train du 22 du même mois. Toutefois les voyageurs pourront utiliser le train express n° 14 entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, **50** fr.; 3e classe, **34** fr.

3° *Paris-Berne-Zermatt.* — Aller : départ de Paris, le 13 août, à 3 h. 30 soir ; arrivée à Berne, le 14 août, à 8 h. 25 matin ; arrivée à Zermatt, le 14 août, à 3 h. 25 soir. — Retour : au gré des voyageurs, du 16 au 31 août inclus, par tous les trains (sauf les express).

Les voyageurs peuvent s'arrêter dans toutes les gares d'arrêt comprises entre Pontarlier, Berne et Zermatt, tant à l'aller qu'au retour.

Prix (aller et retour) : pour Berne, 2e classe **45** fr., 3e classe **30** fr. ; pour Zermatt, 2e classe **63** fr., 3e classe **42** fr.

4° *Paris-Aix-les-Bains-Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 22 août, à 10 h. 10 soir ; arrivée à Aix-les-Bains, le 23 août, à 11 h. 3 matin; arrivée à Chambéry, le 23 août, à 11 h. 45 matin. — Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express) à partir du 24 août jusqu'au dernier train du 5 septembre. Toutefois, les voyageurs pourront utiliser le train express n° 14 entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, **48** fr.; 3e classe, **32** fr.

On pourra se procurer des billets pour les trains de plaisir de Paris à Clermont, de Paris à Genève, de Paris à Berne et à Zermatt, de Paris à Chambéry, à dater du 25 juillet : à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot; dans les bureaux-succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 86. — MARDI 28 JUILLET 1896. 69e ANNÉE MARDI 28 JUILLET 1896. — N° 86

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 juillet 1896.

La *Gazette médicale de Nantes*, dans l'un de ses derniers numéros, émet une proposition des plus originales. Voici d'ailleurs les principales réflexions qui expliquent et motivent sa requête :

« L'un des moyens les plus efficaces pour maintenir à son rang dans le monde un pays, une région, une ville, c'est d'y développer les hautes études. L'exemple de l'Allemagne est là pour nous le montrer.

Or, dans notre France, les principaux organes de la haute culture, c'est-à-dire les Facultés et les établissements d'enseignement supérieur sont complètement à la charge de l'État, des départements ou des villes.

Ces établissements n'ont pas de fortune propre ; ils disposent d'un mince budget qui leur suffit à peine pour se maintenir au niveau de la science et ne leur permet presque jamais d'aller de l'avant.

En Amérique, pays de grande richesse et d'initiative personnelle, les millionnaires fondent dans leurs villes des Universités et les dotent richement.

En France, les millionnaires n'abondent pas, mais l'aisance est générale.

Eh bien ! ce que peut faire en Amérique une seule personne, pourquoi, en France, une Association ne le ferait-elle pas? »

Puis la *Gazette* énumère les grands sacrifices consentis par la ville de Nantes pour développer son enseignement supérieur et en particulier son école de médecine. C'est grâce à des efforts constants de la part de la ville et de la part des professeurs, que l'École de médecine a acquis la légitime réputation dont elle jouit et qu'elle a vu tripler le nombre de ses élèves.

« Tout le monde sait, continue la *Gazette de Nantes*, que s'il est possible d'installer où l'on veut une Faculté de droit, une Faculté des sciences et même une Faculté des lettres, une École de médecine ne peut prospérer que dans un grand centre, parce que là seulement se trouvent des ressources pour les études cliniques qui font les bons médecins.

Notre devoir est d'assurer nous-mêmes, par l'initiative privée, la prospérité de notre École de médecine, en lui constituant peu à peu, avec les années, une fortune personnelle, qui non seulement la mette à l'abri de toute déchéance, mais lui permette de rester toujours un établissement modèle et cela sans que le budget, soit de l'État, soit du département, soit de la ville, supporte en totalité le fardeau de ces améliorations.

Ce but peut être atteint par l'accumulation patiente d'un capital minime d'abord, mais accru chaque année par ses fruits et par les cotisations des membres de la Société. Ce capital s'accroîtra aussi par des dons et même par des legs le jour où l'Association que nous voulons fonder sera reconnue d'utilité publique.

Il s'agit là d'une entreprise à longue portée, et il est probable qu'aucun des participants actuels ne pourra profiter lui-même des résultats. Mais si cette entreprise toute désintéressée réussit, c'est avec une légitime fierté que nous lèguerons à nos continuateurs une École de médecine capable de briller au premier rang et de s'y maintenir, grâce à notre prévoyance, sans être exposée à subir le contre-coup de nécessités budgétaires toujours possibles. »

Mais l'École de médecine n'a pas le droit de posséder, ni de s'administrer elle-même et, en attendant que cette personnalité civile soit obtenue un jour, notre confrère demande l'établissement d'une association indépendante et constituée sur des bases légales.

Que fera cette association?

« Son premier soin sera, après avoir accumulé un capital suffisant pour montrer que l'entreprise est sérieuse, de chercher à se faire déclarer d'utilité publique pour pouvoir posséder des immeubles, recevoir des legs, etc.

Jusqu'à ce que son capital soit suffisamment grossi, elle s'abstiendra de toute dépense, et lorsque, possesseur d'un capital suffisant, elle pourra venir en aide à l'École de médecine, elle n'y consacrera d'abord qu'une faible partie de son revenu.

Dans l'esprit des fondateurs, l'accroissement du capital doit être recherché jusqu'à ce que les revenus de l'Association suffisent pour garantir l'existence de l'École de médecine contre toute éventualité.

Quand ce but sera atteint, l'Association aidera au perfectionnement de l'École de médecine, soit en créant de nouveaux laboratoires, soit en installant des cliniques spéciales dans les hôpitaux ou à l'École même, soit en faisant les frais d'instruments coûteux ou d'expériences nécessitant un ma-

tériel spécial, soit enfin en attribuant à certains professeurs des allocations supplémentaires et en leur permettant ainsi de se consacrer tout entiers à l'enseignement et aux recherches scientifiques sans être détournés de leurs travaux par les soucis de la clientèle.

Ni le zèle ni l'intelligence ne manquent. Lorsque les professeurs pourront se vouer tout entiers à leur tâche ; lorsqu'ils auront conquis l'indépendance vis-à-vis des nécessités matérielles de la vie, on verra l'enseignement se perfectionner et les progrès devenir de jour en jour plus rapides au grand profit de la science française et de l'humanité tout entière.

L'utilité de l'Association que nous proposons de fonder paraît donc évidente. Sans doute, les services qu'elle pourra rendre sont encore bien lointains ; mais qui sait si notre persévérance n'attirera pas vers notre œuvre de généreux donateurs? »

Et notre confrère continue, avec juste raison :

« N'arrive-t-il pas tous les jours que des hommes riches et bienfaisants fondent des prix ou des récompenses académiques dont l'utilité n'est pas contestable, mais est cependant bien moins évidente que l'utilité de la création de laboratoires ou de nouveaux moyens de travail?

Peut-être intéresserons-nous à notre œuvre ces personnes de bonne volonté et verrons-nous nos désirs marcher vers leur réalisation bien plus rapidement que nous n'aurions osé l'espérer. »

Suit immédiatement le projet de statuts de la future association, projet bien étudié, dès maintenant mûri, mais que la *Gazette* soumet encore au jugement de ses futurs adhérents.

L'article 9 des statuts donne une idée précise du fonctionnement éventuel de l'Association :

« Lorsque les revenus annuels de la Société atteindront 10000 francs, le Conseil d'administration pourra décider que ces revenus, jusqu'à concurrence d'un quart, seront employés chaque année dans l'intérêt de l'École de médecine et de pharmacie de Nantes ; les trois autres quarts seront capitalisés.

Lorsque les ressources de la Société seront suffisantes pour, avec les revenus, assurer l'équilibre du budget de l'École, les quatre cinquièmes de ces revenus pourront être employés au perfectionnement de l'École, en s'inspirant des motifs qui ont guidé les fondateurs de la Société dans la création de leur œuvre.

Enfin, si l'École acquérait la personnalité civile, la Société pourrait lui abandonner tout ou partie de son capital, mais sous cette condition que le capital abandonné serait frappé d'inaliénabilité et que les revenus seuls seraient employés chaque année dans l'intérêt de l'École.

L'abandon partiel ou total du capital devrait être autorisé par un vote de l'Assemblée générale et à la majorité des deux tiers des membres titulaires prenant part au vote. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à ces efforts de l'initiative privée, qui font merveille en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. Chez nous, où tout est englobé sous l'unique direction de l'État, l'enseignement médical est trop soumis aux caprices des puissants du jour et surtout aux vicissitudes budgétaires, particulièrement pour les petits centres. Il suffit que l'élan soit une fois donné, pour que la générosité publique se tourne de ce côté. Pour notre part, c'est avec plaisir que nous verrions se fonder de telles associations, nous les encourageons de tous nos vœux, en souhaitant qu'elles puissent donner à l'enseignement médical une vitalité et une indépendance dont il a besoin.

Malgré l'approche des vacances, la séance de la Société médicale des hôpitaux a été bien remplie. M. Lemoine a présenté un jeune soldat, entré au Val-de-Grâce pour des accidents d'impaludisme dont il souffre depuis plusieurs années. Au moment où M. Lemoine explorait la rate et le foie, le malade fut pris d'une crise hystérique violente, caractérisée par du hoquet, des éructations, des spasmes de la région épigastrique et un ballonnement assez considérable de tout l'abdomen, avec sensation d'étouffement. La crise se reproduit à chaque exploration du foie, son intensité est proportionnée à celle de la pression exercée par la main. Ce malade n'avait jamais présenté d'accidents hystériques, il ne paraît avoir aucune tare héréditaire.

M. Hayem a vu, il y a quelques années, une jeune fille qui, à l'occasion d'un premier tubage de l'estomac, fut prise d'hystérie convulsive des mieux caractérisées, avec mouvements du bassin, des membres, etc. Cette malade n'avait jamais eu, jusque-là, aucun accident de ce genre. Elle ne présentait aucun stigmate d'hystérie, mais plus tard elle fut atteinte d'anorexie hystérique, dont elle guérit par le gavage systématique.

Il peut donc exister des zones hystérogènes latentes, et qui sont mises en activité dans des circonstances spéciales, quelquefois accidentelles.

M. Achard apporte de nouvelles observations à l'appui du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Six cas de dothiénentérie ont donné la réaction caractéristique. Plusieurs cas de simple embarras gastrique n'ont fourni que des résultats négatifs. Pour un des malades de cette dernière catégorie, cette recherche fut d'autant plus intéressante et significative, qu'il s'agissait d'un jeune homme qui semblait présenter tous les symptômes d'une fièvre typhoïde y compris la marche de la température ; sa sœur était entrée le même jour, dans le service de M. Widal, pour des accidents analogues. Les examens faits, séparément chez le frère par M. Achard, et chez la sœur par M. Widal, firent, de part et d'autre, rejeter la fièvre typhoïde. L'évolution de la maladie confirma le diagnostic bactériologique.

M. Achard a essayé d'obtenir les mêmes réactions avec la salive des typhoïdiques et avec leur urine, mais ses tentatives ont échoué.

M. Widal a cherché à préciser le moment où apparaît la réaction. Il l'a trouvée quelquefois dès le cinquième jour.

Chez un malade, il n'avait obtenu aucune réaction le sixième jour, par l'examen direct comme par les cultures. Le septième jour, l'examen extemporané ne donna aucun résultat, mais la réaction se produisit à l'étuve au bout de quelques heures. Le huitième jour, elle était très nette à l'examen direct.

Jusqu'ici, M. Widal n'a rencontré aucune observation discordante. Chez un de ses malades qui présentait un état typhoïde assez accusé, il poursuivit ses recherches pendant treize jours sans obtenir jamais la réaction caractéristique.

L'examen du sang de la rate n'y révéla pas la présence

du bacille d'Eberth. L'évolution clinique donna raison à la bactériologie.

En mélangeant une goutte de l'urine d'un typhoïdique à x gouttes d'une culture de bacille d'Eberth, M. Widal a obtenu quelquefois l'immobilisation et l'agglutination des microbes, mais cette réaction manque souvent, d'un jour à l'autre, chez le même sujet. Elle a fait défaut chez des malades dont le sang avait donné des résultats très concluants. En filtrant sur porcelaine, par la méthode de d'Arsonval, de l'urine qui avait donné la réaction caractéristique, tout changea : de nouveaux ensemencements furent négatifs.

Il faut donc s'en tenir à l'examen du sang ou du sérum.

M. Ménétrier, M. A. Siredey citent l'un et l'autre des faits qui confirment également cette réaction.

Il semble donc bien que l'on soit en possession d'une nouvelle et bonne méthode de diagnostic.

M. Hayem rappelle qu'en dehors du séro-diagnostic, il a depuis longtemps recours à l'examen du sang pour en tirer de bons éléments de diagnostic. Contrairement à ce qui se passe dans presque toutes les maladies infectieuses, le sang des typhoïdiques est pauvre en fibrine, et loin de présenter de la leucocytose, il renferme moins de globules blancs qu'à l'état normal. Or, ce phénomène ne se rencontre guère, en dehors de la fièvre typhoïde, que dans certaines formes de granulie, et, en particulier, dans la méningite tuberculeuse, dont la courbe thermique est généralement très différente.

M. Le Gendre a observé un cas de mort rapide par congestion pulmonaire et hypersécrétion bronchique à la suite de l'incision d'un kyste hydatique du poumon.

M. A. Siredey signale un accident d'un autre genre, également suivi d'une catastrophe. Un malade, après une ponction, qui avait retiré, d'un kyste hydatique du poumon gauche, 2 litres et demi de liquide caractéristique, fut pris de quintes de toux répétées, bientôt suivies du rejet par la bouche de liquide hydatique et de débris d'hydatides. En raison de cette communication du kyste avec les bronches, l'opération, proposée par un chirurgien, fut acceptée par le malade. Dès que celui-ci fut endormi, comme on le couchait sur le côté sain pour aseptiser le champ opératoire, il se cyanosa instantanément et cessa de respirer. Le liquide avait pénétré dans la trachée et, refluant dans la bronche droite, avait déterminé l'asphyxie immédiate.

M. Hayem vient de terminer le travail de classification des gastrites qu'il a entrepris depuis plusieurs années.

Il s'est efforcé de fixer l'anatomie pathologique des gastrites et de rattacher les divers types cliniques à des formes anatomiques distinctes.

Voici d'ailleurs le tableau qui résume les conclusions de son important travail :

I. Gastrite parenchymateuse et glandulaire.

A. Gastrite parenchymateuse hyperplasique . .	Multiplication des cellules principales et raréfaction des cellules de bordure.
	Multiplication ou hypertrophie des cellules de bordure, raréfaction des cellules principales.
	Multiplication des cellules des deux espèces.

B. Gastrite parenchymateuse dégénérative.

II. Gastrite interstitielle . .	Aiguë.
	Subaiguë.
III. Gastrites mixtes.	
IV. Processus terminaux . .	Transformation muqueuse.
	Atrophie.

M. Marfan présente une intéressante photographie obtenue par les rayons X chez un malade atteint depuis longtemps d'arthrite sèche de la hanche. A travers 6 centimètres environ de parties molles, on distingue les deux trochanters manifestement augmentés de volume par la présence de végétations osseuses.

M. Marfan signale une faute qui est très souvent commise dans la préparation du lait qu'on donne aux enfants. On stérilise avec soin, dans les familles, du lait pris chez le crémier, et qui, arrivé à Paris le matin, a été trait la veille au soir et a voyagé plus ou moins longtemps en chemin de fer. Or ce lait est déjà très souvent altéré à son arrivée dans la maison. Mauvais avant la stérilisation, il reste mauvais après et donne facilement de la diarrhée aux enfants et c'est là la cause fréquente des entérites observées chez les enfants nourris au lait stérilisé.

M. Marfan insiste avec raison sur l'obligation de stériliser le lait à une époque très rapprochée du moment de la traite. C'est assurément ce qu'il y a de mieux... en théorie. Mais à Paris, il se passe assurément beaucoup de temps et beaucoup de choses entre le moment où le lait sort du pis de la vache et celui où il est mis dans l'appareil stérilisateur des familles.

M. Marfan pense qu'il est souvent préférable de recourir au lait stérilisé du commerce, qui *peut et doit* être stérilisé aussitôt après la traite. Voilà encore qui est parfait... en théorie. Mais faut-il avoir une confiance absolue dans les procédés... industriels ?

Il y a longtemps qu'on raille, en province, la foi robuste qui préside à l'alimentation des Parisiens, et je n'ose guère penser que, sous ce rapport, les enfants sont beaucoup plus favorisés que les adultes.

MÉCANISMES PRODUCTEURS DE L'HYPERTENSION RÉFLEXE ET DE LA CHUTE DE LA PRESSION ; LEUR CORRECTION AUTOMATIQUE

Par M. le docteur François-Franck,
Membre de l'Académie de médecine.

1° La pression du sang dans les artères peut s'élever accidentellement à un niveau anormal, qui constitue un danger tant pour les artères elles-mêmes que pour le cœur et pour les éléments des tissus.

Cette hypertension artérielle est provoquée, en général, par une stimulation dont le point de départ est dans les surfaces sensibles ou dans le cerveau (influences psychiques émotives) ; elle peut aussi résulter d'une excitation directe des centres nerveux par le contact d'un sang insuffisamment oxygéné ou transportant certaines substances toxiques. On la dit d'origine *réflexe* dans le premier cas, d'origine *centrale* dans le second.

Elle résulte essentiellement d'un spasme des artérioles contractiles se produisant dans des territoires étendus du domaine aortique et d'un renforcement de l'action du cœur, double réaction sollicitée par l'excitation exagérée des appareils nerveux vaso-constricteurs et excito-cardiaques : l'as-

sociation de ces deux influences, dont l'une retient le sang dans les artères et l'autre l'y projette plus activement, explique très clairement le résultat mécanique de la stimulation sensitive ou centrale, l'excès de la tension artérielle.

Mais cet effet ne se maintient normalement qu'un temps ordinairement très court : après avoir atteint un niveau plus ou moins élevé, la courbe de pression artérielle redescend vers sa moyenne normale, tombe souvent au-dessous et n'y revient que graduellement.

Ce défaut de persistance de l'effet initial n'est pas dû au relâchement rapide des vaisseaux dont le resserrement exagéré a, en grande partie, provoqué l'élévation de la pression : on voit, en effet, dans les expériences volumétriques comparatives telles que nous les pratiquons, les vaisseaux primitivement reserrés conserver leur constriction alors que la pression est déjà redescendue.

Des influences correctrices autres que le simple relâchement des vaisseaux interviennent donc, et c'est ailleurs que dans les territoires aortiques ayant subi le spasme réflexe qu'il faut chercher la raison du défaut de persistance de l'hypertension. Notre but a été de préciser, autant qu'il est actuellement possible de le faire, le mécanisme de cette réparation s'opérant spontanément chez les sujets sains.

Nous avons vu que cette correction automatique s'opère grâce à l'association de plusieurs réactions dont les unes sont provoquées immédiatement par l'excitation sensitive elle-même (*procédés préventifs*) et les autres, plus tardivement, par l'excès de la pression artérielle sollicitant le centre nerveux à la réaction *correctrice*.

Le cœur en se ralentissant envoie moins de sang dans le système aortique surchargé; les vaisseaux superficiels musculo-cutanés se relâchent activement, ouvrant ainsi une large voie de déversement au sang sous pression dans l'aorte; les vaisseaux pulmonaires en se contractant diminuent l'apport sanguin au cœur gauche; les vaisseaux portes hépatiques se resserrant également, l'afflux sanguin cardio-pulmonaire est restreint et le cœur droit ne souffre pas de la surcharge que lui imposait l'excès de résistance dans l'artère pulmonaire.

Grâce à cet ensemble de réactions qui se combinent automatiquement de la façon la plus avantageuse, l'hypertension est prévenue ou réparée et son danger écarté.

2° Les influences nerveuses qui provoquent la chute de la pression artérielle sont de deux ordres très différents et qu'il importe absolument de distinguer ; à l'état normal, l'excitation physiologique, fonctionnelle, de certaines surfaces sensibles, surtout viscérales et musculaires, provoque une réaction vaso-dilatatrice active et une diminution d'action du cœur dont l'association a pour effet une dépression artérielle modérée, transitoire, se réparant d'elle-même grâce à des mécanismes correcteurs faciles à déterminer. Si la vaso-dilatation qui s'opère en particulier dans les viscères abdominaux, sollicitée par une irritation exagérée, dépasse la mesure physiologique, elle entraîne des troubles de congestion active que j'ai vu souvent survenir, en particulier dans le rein et dans le foie : ici la réparation est favorisée par l'intervention thérapeutique qui peut aisément provoquer le resserrement des vaisseaux, trop fortement et trop longtemps dilatés.

Cette première série de réactions cardio-vasculaires est active et relève de la mise en jeu d'organes nerveux préposés au fonctionnement du cœur et des vaisseaux : toute différente est la série des dépressions causées par les irritations, intenses, soudaines, soit des surfaces sensibles, soit du cerveau ; ici ce sont des phénomènes d'inhibition qui se produisent, ce sont des troubles circulatoires par inertie des éléments nerveux brutalement impressionnés.

La dépression artérielle qui résulte de cette suspension d'activité centrale peut être avantageusement combattue, sauf les cas de choc irréparable, tant par les moyens mécaniques en usage pour relever la pression artérielle, que par les procédés de stimulation nerveuse rationnelle capables de tirer les centres de leur engourdissement. En tête des procédés mécaniques appliqués à la réparation de la pression, il faut mentionner les injections salines que nous avons vues tout à l'heure employées dans les dépressions d'origine infectieuse : il est possible qu'elles agissent en vertu de mécanismes plus complexes que ceux qu'on leur reconnaît et que, dans les cas de choc prolongé où l'auto-infection secondaire est vraisemblable, ces injections fassent pour ainsi dire coup double en s'adressant aux deux éléments mécanique et toxique de la situation.

En outre de ces procédés directs, il en est d'autres dont l'efficacité est établie par le long usage qu'on en a fait, mais qui peuvent être aujourd'hui plus scientifiquement interprétés : je veux parler de l'innombrable série des révulsions tant internes qu'externes. Tous ces moyens semblent agir, avec une activité et une appropriation variée, comme des stimulants modérés du système nerveux central qu'ils tendent à tirer de son inertie plus ou moins profonde : la connaissance actuellement assez complète du mode d'action de ces stimulants sensitifs permet de comprendre comment ils peuvent agir pour provoquer par voie réflexe le réveil du cœur plus ou moins inhibé et la contraction des vaisseaux dont le tonus est supprimé à un degré variable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1896. — Présidence de M. MONOD.

COMMUNICATION

Traitement du cancer du rectum. — M. QUÉNU ne veut pas traiter à fond la question du traitement du cancer du rectum. Il veut insister seulement sur quelques points.

Il croit que l'opération de Kraske est grave. Ses statistiques montrent que la mortalité par cette opération est élevée. Ces opérations ont été faites à l'hôpital ou en ville; les cancers étaient très étendus. Sur 13 opérations, il a eu 5 morts, soit une mortalité de 38 p. 100. Une fois la mort est survenue par gangrène du bout supérieur. Dans les autres cas, la mort est survenue par septicémie sans péritonite.

D'ailleurs, la statistique de M. Chaput ne lui permet pas de dire que l'opération de Kraske est bénigne. Sa mortalité monte à 25 p. 100. Quelques statistiques allemandes sont plus favorables; elles oscillent entre 20 et 25 p. 100.

Donc, l'opération du cancer du rectum est une opération grave.

Le devoir de tout médecin est de faire le plus tôt possible le toucher rectal, afin de saisir sur le fait tout début de cancer. Le diagnostic précoce nous permettra d'améliorer nos statistiques.

L'état général des malades doit influer sur les indications opératoires. Quand l'état général est mauvais, le pronostic est mauvais ; les malades alors succombent à des accidents de shock, à des phénomènes d'infection, sans réaction inflam-

matoire. Tout récemment, M. Quénu a perdu un malade de ce genre atteint d'un cancer peu étendu, mais avec un état général mauvais, une grande dépression morale; or, malgré une intervention très simple, ce malade est mort sans complication locale ni générale, mais avec un pouls petit.

La dépression des malades est provoquée par les hémorragies, et peut-être aussi par des intoxications dues à des résorptions au niveau de la plaie.

Au point de vue opératoire, il faut enlever le segment rectal malade sans l'ouvrir; il faut l'enlever comme une tumeur. Il faut établir au préalable un anus iliaque; envelopper, après résection du segment malade, les deux bouts supérieur et inférieur avec de la gaze iodoformée; laisser la plaie opératoire ouverte.

L'établissement d'un anus iliaque est absolument indispensable; il faut le pratiquer dix ou douze jours avant l'opération radicale. Cet anus iliaque nous semble présenter un avantage sur lequel on n'a jamais appelé l'attention.

Par l'ouverture abdominale faite pour l'anus iliaque, on peut examiner l'intestin ainsi que les ganglions pelviens. Quand ces ganglions sont indurés, on les sent très facilement; ils indiquent l'envahissement profond du rectum. On peut explorer de plus les parois du petit bassin.

M. Chaput indique une proportion de guérison de 50 p. 100. Cette proportion semble trop forte. On peut voir des survies plus ou moins longues, mais on peut voir survenir des récidives au bout de quatre, cinq ans. Le cancer du rectum récidive tout comme les autres cancers; l'envahissement est surtout subordonné à l'envahissement ganglionnaire.

DISCUSSION

M. CHAPUT répond à M. Quénu; celui-ci pense que le terme de deux jours que M. Chaput propose entre l'anus l'anus iliaque et l'ablation du cancer rectal n'est pas suffisant. M. Chaput maintient qu'il n'est pas nécessaire d'attendre davantage, que le malade ne ferait que s'affaiblir de plus en plus. Deux jours suffisent parfaitement pour obtenir une parfaite désinfection de l'intestin.

M. BAZY partage l'opinion de M. Quénu sur la possibilité et la facilité d'explorer le bassin par l'incision faite pour l'établissement de l'anus iliaque. Il a eu recours lui-même à ce procédé; il a pu ainsi reconnaître l'existence de ganglions qui l'ont fixé sur l'inutilité de tenter l'ablation du cancer du rectum.

M. ROUTIER estime que c'est une erreur de croire que l'anus iliaque affaiblit les malades atteints de cancer du rectum. Bien au contraire. C'est une méthode palliative, mais qui donne des résultats très satisfaisants. Les malades se trouvent toujours soulagés et améliorés après l'anus iliaque. M. Routier, après plusieurs insuccès, est complètement revenu de l'opération de Kraske.

M. RECLUS croyait que tout le monde était d'accord, à la Société de chirurgie, sur les bons effets de l'anus iliaque. C'est une bonne opération et qui rend service aux malades. La désinfection du rectum demande, selon M. Reclus, plus de huit jours. Quant à l'opération de Kraske, il n'a obtenu qu'un seul succès, mais qui date actuellement de sept ans.

M. TUFFIER se rallie aux opinions de MM. Routier et Reclus au sujet de l'opération de Kraske, qu'il a également abandonnée après plusieurs désastres, pour revenir à l'anus iliaque. Mais il croit qu'il faut établir deux catégories de malades suivant qu'il s'agit d'obstruction ou de cancer, ou bien de rétention chronique, douloureuse.

L'anus iliaque procure certainement une certaine survie aux malades, atteints de cancer rectal.

Quant à l'exploration iliaque dont a parlé M. Quénu, c'est une excellente méthode à laquelle M. Tuffier a eu plusieurs fois recours.

Pour ce qui est du délire post-opératoire, qu'on observe parfois chez ces malades, c'est un délire spécial à ces malades.

M. BERGER a eu à déplorer une mort rapide à la suite d'une opération de Kraske; il a cru devoir, dans ce cas, attribuer la mort à l'intoxication iodoformée.

RAPPORTS

Pied bot varus équin. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation de pied bot varus équin congénital invétéré corrigé par une large tarsectomie, observation communiquée par M. Rochard.

Fractures mal consolidées; ostéotomie. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation adressée par M. Rochard. Ce travail a surtout pour but de fixer la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les fractures vicieusement consolidées de la jambe.

Dans l'observation de M. Rochard, il s'agit d'un journalier âgé de cinquante ans qui se fit une fracture compliquée des deux os de la jambe. Malgré tous les soins qui lui furent donnés, il se fit une consolidation vicieuse, angulaire, formant un angle à sommet antérieur. En même temps, il s'était fait une rotation latérale de l'extrémité inférieure du membre supérieur, rotation telle que le blessé se trouvait dans l'impossibilité de marcher sur la plante du pied. La station debout était très pénible. Six ans après l'accident, des douleurs violentes survinrent dans le cal et la déformation s'accentua encore; l'impotence devint absolue. Cet homme se trouvait dans un état lamentable. M. Rochard pratiqua l'ostéotomie le 2 novembre 1895. Il fit un grand lambeau antérieur, arriva sur le col, fit l'ablation d'un coin osseux. Mais il ne put réduire, le péroné constituant un obstacle à la réduction. Il fit alors l'ostéotomie du péroné et la réduction devint possible. On appliqua un appareil plâtré. On ne fit pas de suture osseuse. Pendant quelque temps, il resta une mobilité anormale. Ce ne fut que six mois après que la consolidation fut complète. Dans des cas analogues, M. Rochard conseille de commencer par faire l'ostéotomie du péroné.

M. Schwartz relève deux points dans cette observation. Il signale à l'attention de ses collègues ce premier fait que six ans après la fracture, et alors que la consolidation était complète bien que vicieuse, il est survenu des complications aboutissant à l'impotence absolue du membre. Le second point a trait à la conduite à tenir à l'égard du péroné. M. Schwartz estime qu'il vaut mieux faire d'emblée l'ostéotomie du péroné sans essayer de réduire.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

351. M. MULÉ. La sérothérapie dans la syphilis. — 352. M. DELARRAT. Rhumatisme articulaire chronique déformant dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu. — 353. M. IHLER. De la mort subite dans la maladie d'Addison. — 354. M. CANU. Résultat thérapeutique de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette opération. — 355. M. POIX. Recherches critiques et expérimentales sur le sérum antidiphtérique. — 356. M. TATHÉOSSIAN. Substitution de la désinfection directe aux quarantaines. — 357. M. BEAULAVON. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose. — 358. M. THOYER-ROYAT. Des abcès rétro-pharyngiens idiopatiques des enfants. Leur fréquence. Leur terminaison par la mort subite. Leur traitement. — 359. Mlle PRZEDNIEWICZ. Infection et symétrie. — 360. M. DELBÈS. Résorption spontanée intra-capsulaire de la cataracte sénile. — 362. M. LIN-

DEGGER. Contribution à l'étude du gros rein polykystique et son opération. — 362. M. CARACOTCHIAN. De la péricardite à pneumocoques. — 363. M. PRIVAT. Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale. (Traitement par un procédé de cure radicale.) — 364. M. BAREAU. Essai sur le traitement immédiat des déchirures recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement. — 365. M. DIMITRESCU. Étude des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical. — 366. M. DEMONCHY. Du tympanisme dans la pneumonie. — 367. M. SORTAIS. Le purpura. Considérations étiologiques et pathogéniques. — 368. M. FANEY. Du traitement des hémorragies par le sérum salé. — 369. M. GUILLERMIN. Diagnostic du travail de l'accouchement. — 370. M. MICHEL. Sur quelques applications de la digestion artificielle du lait. — 371. M. DROUARD. Luxation et subluxation du nerf cubital. — 372. M. CHONNAUX-DUBISSON. L'alcoolisme en Normandie. — 373. M. PORTE. Contribution à l'étude de la méthode sclérogène dans la pratique à la campagne. — 374. M. SERRÉ. Des crimes et délits dans le délire alcoolique aigu. — 375. M. LEFEBVRE. De l'ecchymose; sa pathogénie, ses variétés au point de vue médico-légal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juillet 1896, M. le docteur Davril, médecin de première classe de la marine en retraite, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juillet 1896, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Alban de Lagarde, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Forgue, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Hue, professeur à l'École de médecine de Rouen; Jouën, professeur à l'École de médecine de Nantes; Nepveu, professeur à l'École de médecine de Marseille; Piéchaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Truc, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lemaire, secrétaire de la Faculté de médecine de Bordeaux; Berthollet, médecin-adjoint du lycée de Grenoble; Letulle, médecin du lycée Henri IV.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abelous, agrégé près la Faculté de médecine de Toulouse; Alezais, suppléant à l'École de médecine de Marseille; Barthe, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Bolot, professeur à l'École de médecine de Besançon : Chatellier, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Chévy, professeur à l'École de médecine de Reims; Courmont, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Delaunay, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Delotte, suppléant à l'École de médecine de Limoges; Deschamps, suppléant à l'École de médecine de Grenoble; Desq, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lafont, professeur à l'École de médecine de Clermont; Laguesse, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Lenormand, professeur à l'École de médecine de Tours; Monlonguet, professeur à l'École de médecine d'Amiens; Moure, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux; Princeteau, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Ricard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Roque, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Terson, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse; Vallois, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Vielleton, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Zipfel, chef de travaux à l'École de médecine de Dijon; Godinat, médecin du lycée de Châteauroux; Mme Groussard (sœur Justine), infirmière au lycée du Mans; Lagarde, médecin du lycée de Montauban; Mme Perrin (sœur Cléophas), infirmière au lycée de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 juillet 1896, M. le professeur Berlioz est nommé professeur de bactériologie théorique et pratique à l'École de médecine de Grenoble (chaire nouvelle); M. Douillet, suppléant, est nommé professeur d'histologie.

— Par application du décret du 15 avril 1892, le Ministre a décerné à la date du 6 juillet 1896, les médailles d'honneur ci-après :

Médailles d'argent.— Mmes Dutour (sœur Antoinette), supérieure des religieuses de Saint-Vincent-de-Paul, à l'hospice mixte de Cahors : 45 ans de services, dont 36 comme supérieure; atachée successivement à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à l'hospice mixte de Melun, à celui de Cahors depuis 15 ans; s'est toujours distinguée par son zèle et son dévouement, principalement pendant des épidémies graves de fièvre typhoïde, diphtérie, scarlatine, rougeole et méningite cérébro-spinale. — Brugous (sœur Madeleine) de l'ordre de Saint Vincent-de-Paul, en service depuis 11 ans dans les salles militaires de l'hospice mixte de Cahors, s'est particulièrement distinguée, lors d'épidémies graves de diphtérie, par les soins assidus et intelligents qu'elle a prodigués aux malades militaires. — MM. Dumas, soldat à la 13e section d'infirmiers, a fait preuve d'un dévouement exceptionnel pendant l'épidémie de diphtérie qui a sévi à Clermont-Ferrand (février-mai 1896); pendant ces quatre mois, il a prodigué de jour et de nuit les soins les plus assidus aux malades militaires. — Perretti, sergent à la 2e section d'infirmiers; s'est montré plein de dévouement dans les soins à donner aux malades militaires rapatriés de Madagascar par le paquebot « l'Amazone ».

— M. Dieulafoy, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est, sur sa demande, nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés : chefs de clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Charrier; chef adjoint, M. Rénon. — (Saint-Antoine) : M. Tissier; chef adjoint, M. Thiercelin. — Chef de clinique chirurgicale (Necker) : M. Mauclaire. — Chef de clinique des maladies des enfants : M. Renault; chef adjoint, M. Zuber. — Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Gastou; chef adjoint, M. Émery.

— Le ministre de l'instruction publique a été saisi de diverses demandes émanants d'étudiants en médecine inscrits dans les Écoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans ces Écoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la première partie du deuxième examen du doctorat.

La session permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, à laquelle il a soumis cette question, a reconnu qu'en présence des modifications apportées par les articles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire du 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les Écoles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de continuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 1883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il convenait de donner suite aux demandes précitées.

Le ministre vient d'informer les recteurs d'académie qu'il a adopté cet avis, et il les prie de porter cette décision à la connaissance de M. le doyen de la Faculté de médecine et de l'inviter à donner avis de ces dispositions au professeur chargé de présider la deuxième partie du deuxième examen du doctorat pendant la prochaine session, ainsi qu'aux directeurs des Écoles préparatoires réorganisées de leur ressort.

— La Commission instituée, près l'Assistance publique, pour étudier la question de l'isolement des tuberculeux, demande : 1° la création de quartiers spéciaux pour les tuberculeux, ou tout au moins de salles spéciales aménagées suivant les dernières améliorations hygiéniques; 2° la décentralisation des tuberculeux à la première période, par la création de sanatoria.

M. Letulle demande la création de colonies de tuberculeux curables en Algérie, en Tunisie et en Corse.

quée de lèpre. M. Zambaco considère de même la sclérodermie comme une forme spéciale de lèpre.

PRÉSENTATION

Pseudo-hermaphrodite. — M. POZZI présente un individu qui offre tous les caractères extérieurs de la femme, et qui, de par les organes sexuels, est un homme. Il rappelle le cas inverse présenté l'année dernière par M. Péan, et qui, en effet, contrairement à celui-ci, présentait toutes les apparences extérieures d'un homme, et qui était, sexuellement, une femme. M. Pozzi propose de désigner cette dernière variété de pseudo-hermaphrodite sous le nom gynandroïde, et la première, sous celui d'androgynoïde. Cette variété d'androgynoïde est très rare. Le plus souvent, ce sont des hypospades qu'on rencontre, c'est-à-dire des hommes à développement incomplet, mais ayant des testicules. Tandis que l'individu présenté par M. Pozzi, et qui avait des testicules, présente tous les caractères extérieurs de la femme. On le voit, il s'agit, dans ces cas, de pseudo-hermaphrodites.

M. Pozzi se demande s'il existe de vrais hermaphrodites. Oui, certainement, si l'on s'en rapporte aux descriptions des auteurs.

Mais plus on examine de près, plus on épluche les cas, plus on arrive à trouver toujours la prédominance d'un sexe et presque jamais l'association des deux sexes.

On trouve de prétendues femmes qui sont des hommes et, réciproquement, des prétendus hommes qui sont des femmes. Mais il est bien rare de trouver les deux sexes réunis sur le même individu, et on est en droit de se demander si les observations présentées comme hermaphrodites ont été bien rigoureusement prises.

Voici le résumé de l'observation présentée par M. Pozzi.

Il s'agit d'une malade qui, en mai dernier, se présentait avec une hernie inguino-labiale gauche douloureuse, récidivante. Elle avait, en effet, été opérée un an auparavant à Lariboisière, d'une hernie inguino-labiale double qu'on avait supposée une hernie des annexes. A gauche, on avait enlevé une poche kystique suppurée, un hydro-salpinx, et on avait réduit un organe glandulaire et un autre musculaire qui paraissaient bien n'être qu'un ovaire et un utérus rudimentaires. A droite, deux organes supposés l'ovaire et une trompe également kystiques étaient compris dans un sac extra-péritonéal et avaient été réséqués.

La hernie inguinale gauche ayant récidivé, M. Pozzi a pensé tout naturellement qu'elle était formée par l'utérus et l'ovaire respectés lors de la première intervention. Comme, d'autre part, elle était très douloureuse, il en fit la cure radicale après résection des deux organes. Mais l'examen histologique montra que l'organe glandulaire n'était autre qu'un testicule et que ce testicule était seulement arrêté dans son développement, ainsi qu'en témoigne la quantité considérable de cellules interstitielles vers la périphérie.

L'autre organe enlevé était constitué par des fibres lisses entrecroisées et qu'on doit supposer être une corne d'utérus bipartitus rudimentaire, quoi qu'il n'y eût pas de cavité ni de muqueuses utérines.

L'examen histologique de l'organe glandulaire enlevé lors de la première opération montra également qu'il s'agissait d'un testicule.

On ne trouva ni spermatozoïde, ni épididyme. Ce fait de l'absence de l'épididyme n'a point lieu de surprendre, car c'est assurément aux dépens de ces épididymes que s'étaient développées les deux poches kystiques précédemment extirpées et prises pour des hydro-salpinx. Quant à la malade, à part un développement un peu rudimentaire des organes génitaux externes (y compris le clitoris) et une respiration à type abdominal, elle présente l'aspect extérieur d'une femme bien constituée. Elle a été déflorée à huit ans. Depuis, elle n'a jamais eu aucun rapport sexuel. Elle n'a jamais eu de règles, mais tous les mois, depuis l'âge de douze ans, elle éprouve, pendant deux jours, tous les phénomènes sympathiques habituels de la menstruation. En outre, pendant dix ans, elle a eu des épistaxis mensuelles supplémentaires. Elle n'avait jamais eu aucun désir sexuel avant sa première opération. Elle en a eu de très violents depuis et s'est sentie attirée très fortement vers le sexe masculin.

RAPPORT

L'élongation des nerfs comme traitement des névrites. — M. PERIER fait un rapport sur trois observations de guérison de névrite par élongation du nerf, présentées récemment par M. Mouchet (de Sens). [Voy. *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 712.]

Il s'agit de névrites traumatiques, qui, plusieurs mois après l'accident, n'avaient pas cédé au traitement par le massage, les frictions, l'électricité; la mobilité et la sensibilité sont revenues intégralement peu de temps après l'opération.

M. Perier se demande si la simple dissection du nerf, et son dégagement de cals vicieux ou de tissus de sclérose, n'auraient pas produit le même effet. Toutefois, dans deux des trois observations, M. Mouchet avait noté qu'il n'y avait pas trace de compression du nerf, ni d'altération des tissus voisins. Il semble donc qu'une élongation modérée du nerf produit de bons effets et doit être employée systématiquement dans les cas semblables à ceux de M. Mouchet.

M. RECLUS fait observer que ces opérations d'élongation des nerfs peuvent être faites, sans aucune douleur, par la simple anesthésie par la cocaïne, si l'on a soin d'insensibiliser spécialement le nerf avant de l'étirer.

M. MONOD appuie ce qu'a dit M. Perier à propos de la valeur de l'élongation. Toutefois, la simple dissection du nerf produit parfois de bons résultats. Dans un cas de traumatisme du nerf cubital suivi de paralysie complète des quatre doigts, si gênante que le malade réclamait l'amputation de la main, il a pratiqué la simple dissection du nerf, et la paralysie a intégralement guéri.

LECTURE

Maladie de Fauchard. — M. MOTY fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

Cette affection, qui entraîne la chute prématurée de dents saines en apparence, est due à l'oblitération progressive de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine.

La compression de la pulpe amène son atrophie et secondairement celle de l'alvéole.

La maladie de Fauchard serait ainsi la conséquence d'un excès de sels de chaux dans l'économie; on doit donc la classer dans les scléroses et abandonner l'hypothèse de « pathogénie microbienne ».

La trépanation de la cavité pulpaire, proposée par M. Poinsot au Congrès dentaire de Chicago (1893), est parfaitement rationnelle, mais se trouve ordinairement contre-indiquée par l'état trop avancé des lésions au moment où les malades viennent consulter.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

376. M. SOUVESTRE. Contribution à l'étude des rapports de la diphtérie animale avec la diphtérie humaine. — 377. M. LEBLOND. Des agents hémostatiques en rhinologie. — 378. ROCHEBOIS. Les cardiopathies au Mont-Dore. — 379. M. LAMANDÉ. Traitement de

la diphtérie à l'Hôtel-Dieu de Rennes. — 380. M. Jeanopoulos. Influences de l'impaludisme sur la tuberculose. — 381 M. Petit (Victor). Étude sur les tumeurs primitives du cœur. Des myxomes du cœur. — 382. M. Leclerc. Des épanchements sanguins situés entre la dure-mère et le cerveau. Épanchements sanguins dure-mériens. — 383. M. Brioude. Scléroses de l'utérus. — 384. M. Meunier. Les bases de la biologie. — 385. M. Jeannulatos. Recherches embryologiques sur la formation de la chambre antérieure chez les mammifères et chez l'homme. Part que la membrane pupillaire prend dans la formation de l'iris. — 386. M. Maury. Contribution à l'étude des ruptures spontanées du cœur. — 387. M. Kourilsky. De la polyurie hystérique. — 388. Naggar. Folie et tabès. — 389. M. Valot. Contribution à l'étude de la paralysie faciale périphérique. — 390. M. Bobier. Le volvulus de l'anse oméga, son traitement. — 391. M. Lafont. Technique de la thoracentèse par le trocart-siphon dans les épanchements et les collections liquides. — 392. M. Dupouy. Pathogénie des hémorragies para-utérines extra-péritonéales. — 393. M. Servin. Essai sur le rôle de l'hérédité dans le traitement mitral pur (hérédité homœomorphe). — 394. M. Callais. Essai sur la phlébite précoce des tuberculeux. — 395. M. Bousquet. Contribution à l'étude du chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac. Sa valeur dans le diagnostic et ses indications thérapeutiques. — 396. M. Thouvenin. Contribution à l'étude du pyopneumothorax sous-phrénique (d'origine tuberculeuse). — 397. M. Marmarian. Contribution à l'étude des abcès froids de la paroi thoracique latérale. Des abcès d'origine pleurale. — 398. M. Legrand. De la cystocèle crurale. — 399. M. Nimier. De la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses. — 400. M. Gamulin. L'allaitement chez les albuminuriques. — 401. M. Magne. Réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme. — 402. M. Roche. Contribution à l'étude du salicylate de soude, envisagé comme cholagogue et antiseptique biliaire. — 403. M. Le Goff. Étude sur le traitement de la coqueluche par l'antipyrine. — 404. M. Castaing. Essai sur les eaux minérales de la Roche-Posay (Vienne). — 405. M. Delage. Des lésions gastro-intestinales dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — 406. M. Gascon. De la mort subite et des erreurs médico-légales auxquelles elle peut donner lieu. — 407. M. Néret. La prophylaxie de la lèpre au moyen âge. — 408. M. Livet. De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie dans le traitement du cancer de l'utérus. — 409. M. Vincent-Georges. Étude sur le cancer de l'ampoule de Vater. — 410. Mlle Goldé. L'incinération. — 411. M. Goupil. Des accidents immédiats qui succèdent aux opérations sur le scrotum. Procédé de suture qui tend à les prévenir (suture capitonnée). — 412. M. F. Pierre. De l'alcoolisme en Basse-Normandie. — 413. M. Helfond. Contribution à l'étude de la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Rieffel et Villemin.

— Par décrets, en date des 5 mars et 26 juin 1896, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Livon, directeur de l'École de médecine de Marseille, et Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par application du décret du 15 avril 1892, le ministre a décerné, à la date du 6 juillet 1896, les médailles d'honneur ci-après :

Médailles de bronze. — MM. Pablou, soldat à la 13e section d'infirmiers, a donné l'exemple d'un grand dévouement pendant une épidémie de scarlatine, qui a sévi à Clermont-Ferrand (décembre 1895, mai 1896); a contracté lui-même dans son service une scarlatine grave. — Maraget, soldat à la 7e section d'infirmiers; s'est montré plein de dévouement dans les soins à donner aux militaires rapatriés de Madagascar par le paquebot « l'Amazone ». — Laisné, caporal à la 21e section d'infirmiers; Lenne, soldat à la 22e section d'infirmiers, ont fait preuve d'une activité et d'un zèle remarquables, en prodiguant leurs soins aux malades militaires rapatriés de Madagascar par le paquebot « Chéribon ». — Delmas, infirmier régimentaire au 7e d'infanterie, détaché à l'hospice mixte de Cahors : s'est fait remarquer par son zèle infatigable et son dévouement sans borne auprès de camarades atteints de maladies graves et contagieuses.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Mandereau, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'anatomie.

M. Prieur, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'histologie.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Louis Guitteau, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Un concours, pour deux places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire, s'ouvrira le mardi 15 décembre prochain, à deux heures et demie. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices de Rouen.

— La commission définitive d'organisation de la fête commémorative du Cinquantenaire de l'anesthésie se compose de MM. le professeur Cornil, président (Académie de médecine); le docteur Lucas-Championnière (Association de la Presse médicale); les docteurs Picqué (Association française de chirurgie); Reclus (Société de chirurgie de Paris); le professeur Lannelongue (Association générale des médecins de France); M. A. Petit (Association générale des pharmaciens de France); M. de Marion (Syndicat des dentistes français); M. Marcel Baudouin, secrétaire général.

La commission, pensant qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de chirurgie, qui s'ouvrira à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, attendra les propositions du bureau du Congrès de chirurgie.

— Le monument élevé, sur l'initiative des « Bretons de Paris », à Alphonse Guérin, sera inauguré à Ploërmel (Morbihan), le 14 septembre prochain. Le comité médical sera représenté par M. le professeur Guyon, membre de l'Institut; M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et M. le docteur Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Girard (de Corme-Royal), et Pajot, professeur honoraire d'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris, décédé à Souppes, dans sa quatre-vingtième année.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 9 août 1896).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 10 soir; arrivée à Paris, 11 h. 31 soir.

Prix : 1re classe, **18 fr.** ; 2e classe, **16 fr.** ; 3e classe, **15 fr.**

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de la fête de l'Assomption, les billets d'aller et retour, délivrés du 13 au 16 août 1896, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 août.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.





Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic, pronostic et traitement des tumeurs intra-oculaires.

Par le docteur ROCHON-DUVIGNEAUD,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin assistant du service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

Les tumeurs qui se développent *primitivement* dans l'intérieur de l'œil proviennent soit de la choroïde (en y comprenant l'iris et le corps ciliaire), soit de la rétine. La première membrane donne nécessairement naissance à des tumeurs purement conjonctives, affectant constamment la structure du *sarcome* ou du *myosarcome;* elles sont généralement pigmentées : il y a 88 p. 100 de *mélanosarcomes* contre 12 p. 100 de *leucosarcomes* [Fuchs (1)]. Dans la rétine se développent des tumeurs molles, non pigmentées, appelées *gliomes*, dont l'origine n'est sans doute pas toujours exclusivement nerveuse ou névroglique (gliosarcomes, glio-angiosarcomes) et qui sont spéciales à l'enfance.

Les tumeurs *secondaires*, *métatastiques* de la choroïde (carcinomes, sarcomes) sont beaucoup plus rares que les primitives; enfin, il semble exceptionnel qu'une *tumeur épibulbaire* (cancroïde) perfore les membranes pour pénétrer dans l'intérieur du globe.

Au point de vue de la pratique médicale, le côté important et délicat, en ce qui concerne les tumeurs intra-oculaires, c'est avant tout leur diagnostic. En effet, dès que la tumeur cesse d'être directement visible, qu'elle est masquée par un décollement de la rétine, un épanchement sanguin, une cataracte, etc., le diagnostic en est généralement plus difficile encore que celui de la plupart des autres tumeurs profondes de l'organisme. C'est que, pour les tumeurs oculaires, les signes fournis par la palpation font constamment défaut; la tension de l'œil ne permettant pas de juger de la présence d'un corps solide dans sa cavité. Il en résulte que, d'une part, l'existence même de la tumeur peut être longtemps méconnue; que, d'autre part, on peut parfaitement croire à une tumeur qui n'existe pas.

Et cependant, autant il est nécessaire d'énucléer sans retard un œil contenant un néoplasme, autant il serait fâcheux d'en arriver par erreur à la même mutilation, pour un œil non dangereux à conserver et quelquefois même relativement guérissable (pseudo-tumeurs, gommes, etc.).

Aucun âge n'est exempt de tumeurs intra-oculaires. Si le *gliome de la rétine* est exclusif aux enfants en bas âge, le *sarcome de la choroïde* peut s'observer à toute période de l'existence, bien que cependant il atteigne son maximum de fréquence entre quarante et soixante ans.

Mais quelle que soit la nature histologique de la tumeur, les *symptômes* qu'elle détermine dans l'œil sont cependant essentiellement les mêmes et, dans nombre de cas, surtout chez l'enfant, l'examen anatomique seul fait reconnaître la véritable origine du néoplasme (1).

I

Symptômes et marche des tumeurs intra-oculaires. — Prenons pour exemple le *sarcome choroïdien*, moins rare que le gliome.

Le développement d'une tumeur dans l'intérieur de l'œil est d'abord tout à fait *latent* et passe inaperçu jusqu'au jour où, suivant son volume et sa situation, le néoplasme détermine des troubles visuels variables, dont le plus fréquent, qui n'a du reste rien de caractéristique en lui-même, est l'apparition d'une ombre de l'un des côtés du champ visuel.

A cette période, l'examen de l'œil à l'ophtalmoscope ou à l'éclairage latéral peut faire voir la tumeur sous forme d'une saillie soulevant la rétine en un point variable. Dans les cas relativement rares où le néoplasme occupe le corps ciliaire, un mamelon noirâtre apparaît dans le champ pupillaire.

L'aspect extérieur de l'œil reste jusqu'ici parfaitement normal. Mais l'accroissement de la tumeur dans l'intérieur du globe finit par entraîner des phénomènes de trop plein, soit que le néoplasme arrive rapidement à remplir toute la cavité oculaire comme dans le gliome de la rétine, soit qu'il détermine des exsudations séreuses qui, tout d'abord, *décollent la rétine*, puis font éclater des *signes de glaucome.*

Rien ne distingue le glaucome déterminé par une tumeur d'un glaucome primitif, rien si ce n'est les phénomènes qui ont précédé, c'est-à-dire avant tout le décollement de la rétine, souvent difficile à reconnaître pendant la période glaucomateuse (matité cornéenne, etc.), mais qui peut avoir été

(1) FUCHS. *Das Sarcom des Uvealtractus*, Wien 1882.

(1) Le diagnostic anatomique des tumeurs intra-oculaires doit toujours être basé sur l'origine choroïdienne ou rétinienne de la tumeur (quelquefois très difficile à reconnaître quand la dégénérescence de l'œil est très avancée) et non sur l'aspect histologique. On ne peut, en effet, établir de différences essentielles entre les cellules des gliomes et celles de certains sarcomes embryonnaires. De plus, les éléments conjonctifs (vasculaires) de la rétine peuvent intervenir dans la formation des gliomes et donner lieu à des tumeurs mixtes. Jusqu'à nouvel ordre, et au point de vue pratique, il est donc prudent d'adopter, comme base de la classification, l'origine des tumeurs et non leur structure.

constaté auparavant et même soigné comme décollement simple.

Les douleurs violentes d'un tel glaucome, qui ne cède pas spontanément et n'est pas calmé par les myotiques, font presque toujours réclamer par les malades une intervention chirurgicale. Si les douleurs sont supportables ou que, pour toute autre raison, cette intervention n'ait pas lieu, de nouveaux symptômes arrivent à se manifester : des bosselures noirâtres soulèvent la sclérotique au point d'implantation de la tumeur. Elles sont facilement visibles sur le segment antérieur, cachées au contraire, mais alors ne tardant pas à déterminer de l'*exophtalmie*, si elles se développent en arrière de l'équateur du globe.

En cet état, le néoplasme perfore bientôt la sclérotique et généralement les douleurs, dues à la distension glaucomateuse, cessent avec leur cause déterminante. La tumeur croissant alors rapidement envahit l'orbite, distend les paupières, fait saillie sous forme de fongus noirâtre, ulcéré et saignant. La mort peut être le résultat de l'épuisement causé par la tumeur oculo-orbitaire ulcérée, ou bien de l'envahissement des tissus et du crâne. Mais bien plus fréquemment, elle est due à des métastases viscérales et le malade succombe après plusieurs années, avec des signes de cancer hépatique ou gastrique, ou même une généralisation du néoplasme.

Ces métastases font la gravité extrême du sarcome choroïdien. On les voit très fréquemment se développer et entraîner une terminaison fatale, alors même que l'intervention opératoire a eu lieu dès le début, que l'œil énucléé contenait un simple nodule sarcomateux opéré à la période des troubles visuels et qu'il n'y a eu aucune récidive orbitaire.

La raison de ces métastases tardives est évidemment que, dès l'origine de la tumeur oculaire, des cellules néoplasiques, entraînées par le courant sanguin, s'arrêtent dans le foie, siège de prédilection des tumeurs secondaires, ou dans tout autre organe s'y multiplient tout d'abord très lentement et ne donnent naissance que beaucoup plus tard à des symptômes appréciables et graves.

Ainsi, de son apparition à la terminaison fatale qu'il entraîne nécessairement si on l'abandonne à lui-même, un sarcome de la choroïde passe par une série de stades bien définis (Knapp) et dont nous venons de résumer la succession logique. L'évolution est essentiellement la même, qu'il s'agisse d'un sarcome *mélanique* ou d'un *leucosarcome*, beaucoup plus rare du reste.

La *lenteur d'évolution* et la *persistance des symptômes* sont les caractères les plus généraux des néoplasies choroïdiennes.

Le *premier stade*, celui des troubles visuels initiaux et du décollement rétinien précédant le glaucome, a une durée variable, le plus souvent de un à deux ans, fréquemment de six à huit mois seulement, rarement de trois à quatre ans et plus (Fuchs).

Le *deuxième stade*, celui du glaucome, est presque toujours plus court. Exceptionnellement, on a vu des yeux contenant une tumeur rester à l'état de glaucome absolu pendant quatre à cinq ans. En moyenne, la période de glaucome ne dure pas plus d'un an et souvent beaucoup moins.

Au *troisième stade*, apparaissent les nodules épiscléraux et la perforation de la sclérotique. Le *quatrième* est celui de la généralisation par envahissement des organes internes.

Il peut y avoir une *guérison apparente*, une *trève* après la suppression de l'organe malade et ce n'est guère que *trois ou quatre ans* après l'énucléation d'un œil sarcomateux que l'on peut être assuré qu'il n'y aura pas de métastases.

Tumeurs métastatiques de la choroïde. — Si les métastases abdominales des tumeurs choroïdiennes sont si fréquentes, l'infection secondaire, métastatique, de la choroïde par des néoplasmes d'autres parties du corps, paraît infiniment plus rare. On n'en a signalé encore qu'une vingtaine de cas et la question est surtout connue en France par la thèse que le professeur Panas a inspirée à Bouquet (Paris, 1893). Presque toujours il s'agit d'opérées de cancer du sein dont l'un des yeux s'affaiblit. On trouve, au niveau du pôle postérieur, une tumeur grisâtre, aplatie, qui soulève ou décolle la rétine. Le tonus serait généralement *diminué*. L'œil reste extérieurement sain. Le pronostic est fatal à bref délai, vu la coexistence très fréquente de tumeurs métastatiques dans d'autres organes. L'intérêt pratique de ces faits est qu'ils nous engagent à rechercher, dans nombre de cas de tumeur de l'œil réputée primitive et suivie d'une généralisation rapide dans l'organisme, s'il ne serait pas plus rationnel d'admettre l'origine métastatique du néoplasme oculaire (Panas).

L'évolution du gliome de la rétine, la tumeur la plus fréquente chez les enfants en bas âge, bien qu'elle soit d'une façon absolue beaucoup plus rare que le sarcome choroïdien (1), ne diffère par rien d'essentiel de celle du sarcome des adultes. Elle est seulement beaucoup plus rapide. La plupart des opérés de sarcome choroïdien meurent de métastases viscérales après un ou deux ans, loin du chirurgien qui les a opérés et les considère comme guéris parce qu'il y a eu guérison locale. Les enfants opérés de gliome et aux parents desquels on n'a pas caché la gravité extrême de l'affection sont, au contraire, presque toujours ramenés au chirurgien qui les voit trop fréquemment mourir avec des récidives orbitaires ou craniennes, et cela dans un espace de moins d'une année après l'énucléation. On en a souvent conclu à la gravité plus grande du gliome, alors qu'il y a seulement ici les preuves que le gliome évolue plus rapidement quand il n'a pas été extirpé par une opération précoce et radicale.

II

Symptômes et marche du gliome rétinien. — Le plus grand nombre des gliomes de la rétine se développent entre un et cinq ans. Quelques-uns apparaissent d'une façon si précoce qu'il faut en placer le début dans la vie intra-utérine. De six à douze ans, on en observe encore quelques cas qui se font d'autant plus rares qu'il s'agit d'enfants plus âgés. Après douze ans, il semble que l'on n'en rencontre plus aucun.

Les troubles visuels du début sont presque toujours ignorés vu l'âge de l'enfant. Cependant on a pu quelquefois observer les altérations initiales de la rétine et nous y reviendrons à propos du diagnostic. Mais dans l'immense majorité des cas, cette période passe inaperçue, l'aspect extérieur de l'œil n'étant nullement modifié et l'enfant, qui ne souffre pas, n'accusant que bien rarement des troubles visuels.

La première chose observée par les parents, c'est un reflet jaunâtre, profond, analogue à celui de l'œil du chat dans la demi-obscurité. C'est presque toujours sur cet aspect *d'œil de chat amaurotique*, constant à une certaine période du gliome, mais non spécial à cette maladie, qu'il faut faire le diagnostic, en se rappelant que tout produit opaque envahissant le vitré et se rapprochant suffisamment du cristallin peut donner lieu au même symptôme.

Bientôt les phénomènes de glaucome se développent (deuxième stade) ; l'œil devient dur, la pupille se dilate, exagérant ainsi le reflet du fond de l'œil ; un réseau foncé de veines épisclérales se dessine autour de la cornée ; du chémosis, du gonflement des paupières peuvent même apparaître. Des douleurs violentes, déterminant des convulsions et des vomissements chez les jeunes enfants, sont la conséquence de l'état glaucomateux.

(1) On voit en moyenne 1 sarcome sur 15 à 1800 ophtalmiques et 1 gliome seulement sur 4 à 5000.

Plus tard, l'œil grossit, des staphylomes soulèvent la sclérotique (troisième stade), la cornée se trouble, la tumeur perfore la coque oculaire et se fait jour à travers les paupières ou dans l'orbite. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens s'engorgent, contrairement à ce qui arrive dans le sarcome choroïdien, *où ils ne sont jamais envahis* (Fuchs).

Enfin (quatrième stade), la tumeur pénètre dans le crâne, qu'elle déforme soit par *distension*, comme dans l'hydrocéphalie, soit par *envahissement des os*. Dans d'autres cas, elle pénètre tout d'abord dans les tissus péri-orbitaires et les fosses nasales, pouvant ainsi donner lieu à d'horribles déformations de la face.

La mort survient dans le coma, à la suite de paralysies diverses de la face et des membres, plus rarement par hémorragies ou par métastases dans les organes splanchniques.

Une année, deux au plus, suffisent en général pour l'évolution du gliome, dont la marche est donc beaucoup plus rapide que celle du sarcome choroïdien, tout au moins quand celui-ci se développe chez l'adulte.

Ainsi tout processus néoplasique intra-oculaire détermine une série de symptômes constituant un type morbide bien défini et caractérisé par la succession, dans un ordre constant, tout d'abord de troubles visuels variables, puis d'un soulèvement ou décollement de la rétine, puis d'une période de glaucome, enfin perforation de la coque oculaire, prolifération extra-oculaire et généralisation plus ou moins rapide.

Telle est l'évolution dans l'immense majorité des cas et si, dans l'étude du diagnostic, nous avons à tenir compte de certaines exceptions, rares du reste, à la règle générale, nous devions tout d'abord poser comme base cette marche habituelle des tumeurs intra-oculaires.

A ces signes classiques, il faut ajouter l'*absence de phénomènes inflammatoires*. Dans l'immense majorité des cas, les tumeurs oculaires ne s'accompagnent ni d'iritis, ni d'exsudats pupillaires ; signes les plus apparents et les plus caractéristiques des inflammations internes de l'œil. Elles déterminent, il est vrai, du glaucome et cela d'une façon constante. Mais nous devons rappeler ici que, malgré l'expression démodée de glaucome *inflammatoire*, le glaucome n'a aucun des caractères de l'inflammation proprement dite, mais uniquement ceux de la congestion d'origine mécanique. Dans le glaucome, en effet, la pupille est dilatée, nette sur ses bords, ne présente aucun exsudat, l'injection péri-kératique porte sur les grosses veines épisclérales, non sur les capillaires du limbe, et révèle seulement une gène de la circulation intra-oculaire. Quand l'humeur aqueuse et l'iris paraissent troubles, cela est dû à la matité cornéenne que quelques instillations d'ésérine feront rapidement disparaître, laissant alors constater la transparence et le brillant parfait des parties antérieures de l'œil (1).

Au contraire, dans les inflammations proprement dites, iritis, irido-cyclites, l'humeur aqueuse est trouble, l'iris terne, la pupille, toujours rétrécie, présente des exsudats ou tout au moins ses bords ne sont pas nets. Des synéchies ne tardent pas à s'établir et restent comme témoins de la maladie antérieure. Enfin les fortes inflammations entraînent l'hypotomie de l'œil, c'est-à-dire un état exactement contraire au glaucome. Pour plus de détails sur ce sujet, que l'on relise le remarquable chapitre clinique placé par M. de Wecker au début de l'article Glaucome de son Traité.

Rejetant donc absolument l'état glaucomateux comme processus inflammatoire au sens clinique du mot, nous sommes en droit d'insister sur ce fait que les néoplasmes proprement dits (sarcomes, gliomes) ne s'accompagnent pas d'inflammation (iritis), qui est, au contraire, de règle dans les *pseudo-tumeurs* (tumeurs infectieuses), telles que les syphilomes et les tuberculomes ; différence essentielle qui fournit, dans la plupart des cas, un appoint sérieux au diagnostic.

Si, dans certains cas exceptionnels, on a pu constater la coïncidence de pareils phénomènes inflammatoires avec de vrais néoplasmes (sarcomes), nous croyons pouvoir considérer ici l'inflammation comme résultant d'une *infection secondaire* et représentant un élément surajouté au processus néoplasique, non une partie intégrante de ce processus lui-même.

De fait, la réalité d'une telle infection secondaire a pu être positivement démontrée, tout au moins dans un cas de Gama Pinto (*Intra-ocul. Tum. Netzhautgliome*, Wiesbaden 1886), où un gliome était compliqué de tuberculose.

Pour les cas très rares, où une irido-cyclite caractérisée se manifeste sur un œil atteint de tumeur, nous n'avons pas encore le moyen de démontrer, comme pour la tuberculose, reconnaissable à son bacille, qu'il s'agit là d'une iritis de cause générale éclatant sur un œil à néoplasme. La chose ne serait possible que pour l'iritis spécifique, dont la guérison rapide par le traitement antisyphilitique révélerait la nature. Mais il nous paraît très probable que c'est à de telles associations morbides que se réduirait la question des *sarcomes inflammatoires* (sarcomes avec irido-cyclite). On a déjà fait justice des cas ainsi désignés *autrefois* par Knapp et que l'on a reconnu être des inflammations plastiques ou purulentes, d'origine traumatique, n'ayant d'une tumeur que la saillie intra-oculaire et contenant encore quelquefois le corps étranger qui leur avait donné naissance.

III

Technique du diagnostic des tumeurs intra-oculaires. — *Procédés d'exploration.* — 1° Pour les tumeurs de l'iris, l'éclairage oblique et l'examen à l'œil nu ou à la loupe, renseigneront autant que possible sur l'aspect du néoplasme ;

2° Une tumeur du corps ciliaire, faisant saillie dans la pupille, peut être vue à l'œil nu si l'on place le malade devant une fenêtre bien éclairée.

L'*éclairage latéral* fera bien voir les détails de surface, la couleur d'une tumeur suffisamment rapprochée du cristallin ; d'autre part, le miroir ophtalmoscopique la montrera en *ombre chinoise*, sous la forme d'un profil noir, quelle que soit du reste sa couleur réelle.

Mais la meilleure exploration sera faite ici par l'*examen excentrique;* nous désignons ainsi ce procédé bien connu qui consiste à projeter à travers la pupille la lumière réfléchie par un miroir fortement éclairant (grand miroir concave de Follin), tenu non pas devant l'œil, mais *en dehors*, le bord du miroir appuyant sur le bord externe de l'orbite de l'observateur qui regarde ainsi à œil découvert. On reçoit alors des rayons réfléchis par la surface du néoplasme que l'on voit ainsi bien éclairé et avec sa couleur naturelle. Une lentille placée devant l'œil observé peut servir de loupe et donner une image agrandie de la tumeur.

Pour les tumeurs profondes, l'image renversée, l'image droite et quelquefois le puissant éclairage de la lumière électrique seront les procédés les plus utiles.

Un dernier procédé peu répandu encore et pouvant, dans certains cas, rendre de grands services, est l'*éclairage de contact*, pour la réalisation duquel nous avons fait construire le premier appareil pratique connu en France (1). On sait qu'une tige de verre, mise au contact d'une source lumineuse, transmet à son extrémité libre une lumière intense

(1) Parce que quelques synéchies avec *pupille dilatée* peuvent quelquefois se montrer avec des tumeurs intra-oculaires, il ne faut pas pour cela parler d'iritis. Ces mêmes synéchies se voient fréquemment avec l'iris atrophié des glaucomes les plus typiques et ne sont que l'une des conséquences de l'atrophie irienne.

(1) Rochon-Duvigneaud. Soc. franç. d'ophtalm., 1894, vol. XII. — L'appareil se trouve à Paris chez Major, rue Thénard.

sans chaleur aucune (Koch), de sorte qu'elle peut être appliquée à la sclérotique sans aucun danger pour l'œil examiné. On se rend ainsi compte, non pas de la transparence, mais de la *translucidité* des membranes et milieux oculaires. Ainsi, par exemple, quand la *lampe de contact* (1) est appliquée à la sclérotique, on voit la pupille s'éclairer comme dans l'examen ophtalmoscopique et cela d'une façon d'autant plus intense, que la lampe sera plus puissante, mais aussi que l'on se trouvera dans une plus profonde obscurité. La cataracte la plus complète, les exsudats pupillaires les plus épais, le vitré le plus trouble, n'empêchent nullement cet éclairage de la pupille, parce que ce sont là des objets, sinon transparents, du moins translucides. Un décollement simple de la rétine se laisse également traverser par l'éclairage de contact. Mais un néoplasme est chose absolument opaque et, quand la lampe de contact est appliquée au point correspondant de la sclérotique, *la pupille reste noire au lieu de s'éclairer*. Il y a donc là un signe particulier à utiliser pour le diagnostic des tumeurs intra-oculaires et cela, principalement, dans les cas de décollement de la rétine, que l'on soupçonne de masquer une tumeur.

La lampe de contact peut s'appliquer jusque sur l'équateur de l'œil et même plus loin pour les yeux très saillants. Elle sera donc utilisable pour tous les sarcomes développés entre l'équateur et la racine de l'iris, et le nombre en est grand.

IV

Diagnostic et traitement des sarcomes de l'iris. — Le sarcome irien est une rareté clinique. Une vingtaine de cas seulement ont été signalés. Presque toujours il s'agit de tumeurs pigmentées : un ou plusieurs nodules jaune brun ou noirâtres apparaissent sur l'iris, croissent lentement, ne déterminent guère de troubles visuels qu'autant qu'ils envahissent la pupille ; des phénomènes glaucomateux finissent par se manifester, puis des nodules péri-cornéens soulèvent la conjonctive. La généralisation et la mort ont été constatées dans les cas non opérés.

Le *diagnostic* doit être fait :

1° Avec les *mélanomes physiologiques*, qui sont ces taches noires donnant un aspect moucheté à l'iris de certains sujets bruns. Leur couleur est généralement beaucoup plus foncée que celle des sarcomes ; de plus, ils sont *stationnaires*, ils existent généralement dans les deux yeux, etc. ;

2° Avec les *néoplasies inflammatoires* (condylomes syphilitiques, gommes, tubercules, granulomes divers et indéterminés), dont la fréquence est du reste beaucoup plus grande que celle des sarcomes. Toutes ces néoplasies infectieuses sont des tissus à croissance rapide, mais caducs, peu vasculaires, de couleur rosâtre, grisâtre ou jaunâtre, présentant souvent des points de dégénérescence caséeuse ; les sarcomes, au contraire, sont des excroissances vivaces, vasculaires, presque toujours pigmentées (un leuco-sarcome de l'iris montrerait un riche réseau vasculaire carminé) et à croissance lente. De plus, avec les sarcomes, *il n'y a jamais d'iritis*, la pupille est libre et mobile ; au contraire, avec les gommes, tubercules, etc., il y a soit une iritis généralisée avec décoloration de l'iris, rétrécissement pupillaire, synéchies, etc., soit tout au moins une zone d'iritis autour de la masse morbide et souvent des dépôts sur la membrane de Descemet. On sait que, généralement, l'iritis précède l'apparition de la gomme.

Dans certains cas douteux, l'action efficace ou nulle des frictions mercurielles pourrait trancher la question.

Traitement. — Quand par une large *iridectomie* on peut enlever complètement le sarcome, l'excision de l'iris est l'opération de choix. Elle a donné des guérisons définitives avec conservation d'une bonne acuité visuelle. Dans tous les autres cas, il faut *énucléer*. Si le sarcome atteint l'angle irien, il peut arriver que les procès ciliaires soient envahis sans que l'on ait le moyen de le vérifier directement. On devra tenir compte de cette donnée dans le choix de l'opération.

(1) Petite lampe électrique enchâssée dans l'une des extrémités d'une gaine de corne opaque au contact d'une tige de verre dont l'autre extrémité libre peut être appliquée à la sclérotique.

V

Diagnostic et traitement des sarcomes du corps ciliaire et de la choroïde. — A. *Sarcomes du corps ciliaire.* — Quand un sarcome se développe dans le corps ciliaire, il ne tarde pas à envahir la chambre antérieure au niveau de la racine de l'iris en produisant une irido-dyalise et l'on voit alors l'angle irien comblé en un point quelconque par une masse rose, jaunâtre ou noirâtre, en forme de ménisque comme un hypopyon ou un hyphéma. L'iris, qui peut être plus ou moins refoulé en avant par la tumeur, conserve son brillant et sa motilité ; *il n'y a pas d'iritis*, et en dilatant, s'il le faut, la pupille (cocaïne, homatropine), on peut apercevoir la tumeur sous forme d'un mamelon arrondi, de coloration variable, et qui, généralement, déprime le cristallin et ne se laisse pas déformer par lui.

Il ne faut pas croire que l'on puisse toujours distinguer des vaisseaux néoformés à la surface du néoplasme. Sur la sclérotique, à son niveau, il existe fréquemment quelques veines épisclérales fortement congestionnées, contrastant avec la pâleur du reste de la fibreuse et qui peuvent être le premier symptôme révélateur du néoplasme. Souvent aussi, au point d'émergence de l'une de ces veines, on voit se dessiner une tache noire ou grise et l'on reconnaît qu'il s'agit là d'une infiltration néoplasique, ayant fusé le long d'un vaisseau perforant pour venir s'étaler sous la conjonctive.

En somme, les sarcomes ou myosarcomes du corps ciliaire deviennent, en général, rapidement visibles, sont reconnus de bonne heure, et par là même leur pronostic est meilleur que celui des sarcomes postérieurs, dont le diagnostic offre fréquemment de bien d'autres difficultés.

Des *gommes* ou des *tubercules*, développés dans le corps ciliaire, pourraient faire croire à des sarcomes, et c'est là cependant que se manifeste bien toute la différence entre les tumeurs proprement dites et les néoplasies infectieuses (1). Alors que les premières évoluent sans traces de phénomènes inflammatoires, l'iris restant brillant et mobile, etc., les autres, au contraire, sont toujours accompagnées d'injection périkératique profonde généralisée et surtout d'*iritis*, iritis aiguë avec les gommes, iritis torpide avec le tubercule, mais toujours décoloration de la membrane, rétrécissement pupillaire, synéchies, etc. Les gommes non soignées et les tubercules, soignés ou non, aboutissent, *sans avoir déterminé de glaucome* à une perforation par *ulcération* de la sclérotique ; une surface fongueuse, suintante ou purulente, à bords décollés, montre alors un aspect caractéristique et tout à fait différent des bourgeons vivaces et pullulents des vrais néoplasmes.

Quant à la coloration de la masse morbide, rappelons seulement que la couleur rosée ou blanche ne doit pas faire exclure l'idée du sarcome, bien que les mélaniques soient toujours beaucoup plus fréquents que les leuco-sarcomes.

B. *Sarcomes de la choroïde.* — Dans l'immense majorité des cas, le sarcome choroïdien est une tumeur circonscrite en forme de mamelon ou de champignon, ayant alors une large base et une tête arrondie que sépare un étranglement circulaire ou col. La situation en arrière de l'ora terrata est va-

(1) V. Rochon-Duvigneaud. Diagnostic entre les sarcomes et les gommes du corps ciliaire, *Journ. des pratic.*, 13 avril 1895.

riable : il y a des sarcomes équatoriaux, juxta-papillaires, maculaires, etc.

Dans des cas exceptionnels, la transformation sarcomateuse de la choroïde est *diffuse*, détermine un épaississement généralisé ou très étendu de la membrane, sans tumeur proprement dite. Cette forme anatomique serait mieux nommée *sarcome en nappe*. Sa marche clinique est essentiellement la même que celle des sarcomes ordinaires.

Un malade atteint de sarcome de la choroïde peut se présenter *avec des symptômes très différents*, suivant les périodes du mal.

C'est ainsi qu'il peut accuser simplement des troubles visuels, ou bien montrer un décollement de la rétine, ou un glaucome aigu, ou bien encore un œil depuis longtemps glaucomateux et devenu ensuite exophtalme. Dans certains cas même, une volumineuse tumeur orbitaire cache un petit œil atrophique qui a été le point de départ de la tumeur et s'est atrophié après perforation de ses membranes. Exceptionnellement, un œil phtisique ou atrophique peut contenir une tumeur; enfin, il n'est pas tout à fait sans exemple qu'une violente irido-cyclite (*infection secondaire*, croyons-nous) vienne masquer pour un temps les symptômes propres du néoplasme.

Diagnostic a la période des troubles visuels. — Les troubles visuels du début n'ayant rien d'absolument caractéristique sont simplement une indication de faire un examen complet de l'œil atteint. Dans le cas de tumeur choroïdienne la transparence des milieux n'étant généralement pas altérée, on constatera la présence soit d'un *soulèvement*, soit d'un *décollement de la rétine*. Il ne faut pas confondre ces deux états, dont la valeur diagnostique est très différente.

Dans le *soulèvement*, la rétine s'applique exactement à la tumeur choroïdienne, elle en moule la forme généralement arrondie, elle est donc fixée sur le néoplasme et ne flotte pas. C'est dans de tels cas que l'on peut voir, au-dessous des vaisseaux rétiniens, un *second réseau vasculaire* irrégulier, atypique, dessiné par les vaisseaux du néoplasme. Tant que la rétine est saine, ce signe peut être considéré comme pathognomonique, et il faut le rechercher à l'aide d'un excellent éclairage (lumière électrique ou lumière solaire vive).

Mais il faut se rappeler que, dans des cas, du reste très rares, une rétine malade, chroniquement enflammée, peut présenter des vaisseaux de nouvelle formation, qui seront, du reste, non pas *au-dessous* des vaisseaux rétiniens, mais dans le même plan.

Notons enfin que des néoformations vasculaires du vitré se rencontrent exceptionnellement; il s'agira du reste ici de vaisseaux situés au-devant de la rétine.

Les tubercules conglomérés de la choroïde, *excessivement rares*, peuvent former des tumeurs saillantes, soulevant la rétine et simulant plus ou moins un sarcome. Ils seront cependant distingués par le semis tuberculeux de nodules blanchâtres qui les environne ordinairement, et tout au moins par les phénomènes inflammatoires qu'ils déterminent, soit dans leur voisinage immédiat (choroïdite), soit à distance (papillite, iritis). C'est sur de tels caractères que Horner put baser le diagnostic de tuberculome choroïdien, dans le cas représenté par Haab (1).

Mais une tumeur ne détermine pas toujours un simple soulèvement de la rétine, permettant de voir plus ou moins nettement le néoplasme par transparence. Elle peut également, par la production d'exsudats liquides, *décoller* largement la rétine qui alors *flotte* devant la tumeur et la masque complètement. Ainsi, un décollement flottant n'est pas nécessairement un décollement simple et peut parfaitement cacher un néoplasme. Quels sont les signes qui permettent cependant au clinicien de se faire une opinion?

1° Dans certains cas, *l'aspect du décollement*. — L'étude doit en être faite après dilatation de la pupille par la cocaïne ou l'homatropine. Existe-t-il des parties fixes? La tumeur ne serait-elle pas visible à la limite du décollement? Il faut se méfier des décollements qualifiés d'hémorragiques qui paraissent en certains points soulevés ou infiltrés par une masse sanguine. Si leur origine traumatique n'est pas nettement établie, ils cachent probablement un sarcome hémorragique.

Le tassement extrême des plis de la rétine décollée, sur la face postérieure du cristallin, indique une forte pression de la part du liquide sous-rétinien, et constitue par là une présomption en faveur du néoplasme (Fuchs).

2° *L'étiologie du décollement*. — On sait que la plupart des décollements se produisent sur des yeux fortement myopes, ou bien sont la conséquence d'un choc direct. L'absence de ces deux causes, surtout chez un vieillard, devra faire songer à une tumeur, mais ne permettra, en elle-même, de rien affirmer, car enfin des décollements simples peuvent aussi se produire sans cause appréciable.

3° *La marche du décollement*. — Un décollement simple débute souvent en haut, mais quelques jours plus tard, le liquide sous-rétinien obéissant à la pesanteur, le décollement se déplace et vient occuper les parties déclives de l'œil, le siège primitif de la lésion reprenant alors son aspect normal.

Dans le cas de tumeur, le décollement peut avoir et conserver indéfiniment un siège anormal (en haut ou latéralement), ou bien, s'il se déplace, la rétine reste nécessairement soulevée au point d'implantation du néoplasme, dont la présence est ainsi révélée. D'où la nécessité d'étudier à quelques jours ou quelques semaines d'intervalle les décollements douteux.

Les décollements *maculaires* sont généralement symptomatiques de sarcomes de la même région.

4° *L'état de tension de l'œil*. — Les décollements simples s'accompagnent généralement d'hypotonie. Au contraire, si le décollement est dû à une tumeur, l'œil a tout d'abord une rénitence normale, puis il tend de plus en plus à devenir glaucomateux, de telle sorte que l'on devra toujours soupçonner un néoplasme dans un œil qui présente à la fois un décollement de la rétine et une tension glaucomateuse. Nous disons cependant *soupçonner* et non pas affirmer, parce que, d'une part, un décollement complet de la rétine refoulant le cristallin en avant, peut, dans certains cas, rares il est vrai, déterminer des accidents glaucomateux, et que, d'autre part, les lésions déterminantes du glaucome (l'occlusion de l'angle irien) peuvent quelquefois s'établir sur des yeux atteints d'un décollement même partiel de la rétine.

C'est ici que l'*éclairage de contact* pourra rendre des services si toutefois la partie décollée est accessible à l'application de la lampe. Dans un cas où il existait un vaste décollement de la rétine, et en même temps, dans la région ciliaire, un soulèvement foncé rappelant l'aspect d'un néoplasme, mais où le diagnostic de tumeur était fortement contesté à cause d'une notable *hypotonie* de l'œil, nous avons pu néanmoins affirmer qu'il s'agissait bien d'une tumeur, l'éclairage de contact révélant, par l'obscurité de la pupille, une opacité absolue de la paroi oculaire au niveau du soulèvement ciliaire. L'énucléation montra, en effet, un volumineux sarcome mélanique du segment antérieur.

Quand des *opacités cristalliniennes* masquent d'une façon plus ou moins complète un décollement de la rétine et ne permettent pas d'en reconnaître le caractère, l'éclairage de contact sera très utile en révélant la transparence de la coque oculaire ou, au contraire, une opacité causée par un néoplasme.

C'est ici le moment d'ajouter que des hémorragies sous-choroïdiennes ou sous-rétiniennes peuvent être complète-

(1) V. Haab. *Atlas-manuel d'ophtalmoscopie*, trad. Terson et Cuénod, Paris 1896.

ment opaques. Comment parviendra-t-on, en présence du *symptôme opacité* qui est, en somme, tout ce que révèle l'éclairage de contact, à se former une opinion ; à choisir entre tumeur et hémorragie? La tumeur se sera développée très lentement et surtout sans aucune réaction, l'hémorragie, au contraire, aura eu un début brusque, déterminant des phénomènes réactionnels (photophobie, photopsie, rougeur). Dans d'autres cas, elle sera due à une opération ou à un traumatisme, dont on retrouvera la trace ou le souvenir.

Nous devons enfin rappeler que de très petites tumeurs postérieures, et par conséquent inaccessibles à la lampe de contact, peuvent déterminer de grands décollements dont le caractère néoplasique ne pourra être soupçonné que par la tension glaucomateuse de l'œil, signe de probabilité, non de certitude absolue. C'est dans de tels cas que l'on pourra faire une *ponction exploratrice*, selon la *méthode de Hirschberg*. Le but de Hirschberg, en ponctionnant *au niveau du décollement*, est d'obtenir une réapplication de la rétine sur la tumeur supposée, qui devient ainsi directement appréciable (*transformation du décollement en soulèvement*). Frænkel a proposé une autre méthode de ponction. Il introduit une aiguille à cataracte *en face du décollement* et, examinant à l'image droite, il conduit la pointe de l'aiguille sur le sommet du décollement, qu'il traverse au besoin et derrière lequel il cherche la masse résistante de la tumeur, faisant ainsi une sorte de *toucher médiat*.

Décollement de l'hyaloïde. — Knapp a décrit un décollement de l'hyaloïde, à développement progressif, qui avait fini par former, au niveau du cercle ciliaire, une saillie jaunâtre, striée de rouge. Rien n'ayant pu faire éviter ici le diagnostic de tumeur, l'œil fut énucléé. Il est probable que dans ce cas l'éclairage de contact eût permis de constater la transparence de la pseudo-tumeur et d'éliminer l'idée de sarcome, Knapp ayant constaté à l'examen anatomique la limpidité du liquide qui soulevait l'hyaloïde épaissie, formant ainsi une poche translucide.

Le *décollement choroïdien*, accident rare, peut simuler tout à fait par sa couleur et son aspect une tumeur choroïdienne, mais généralement il succède à des traumatismes (chocs; extraction de cataractes *supra-mûres*) et, du reste, s'accompagne d'hypotonie.

Le *cysticerque sous-rétinien*, assez fréquent dans l'Allemagne du Nord, est en France d'une rareté qui rend bien peu probable une erreur de diagnostic à son sujet. « Un cysticerque sous-rétinien, même petit, est déjà un objet ophtalmoscopique volumineux, dont le diamètre est de plusieurs fois supérieur à celui de la papille optique et qui ne peut être confondu avec rien autre chose tant que la rétine conserve sa transparence. La vésicule du cysticerque est d'une couleur blanc bleuâtre, nettement limitée et entourée d'une zone claire, jaune brillant; au-devant d'elle, passent librement les vaisseaux de la rétine. La preuve la plus nette de la présence de l'entozoaire est donnée par les mouvements ondulatoires des contours de la vésicule.

Plus tard, la rétine devient opaque au-devant du cysticerque, il se produit des troubles membraniformes du vitré d'aspect tout spécial. La rétine se décolle rarement; enfin des symptômes inflammatoires se manifestent, jamais l'œil ne devient dur comme dans les tumeurs » (Leber. In Græfe-Sæmisch).

Diagnostic en présence du symptôme glaucome. — Aussi longtemps que des nodules épiscléraux ne sont pas venus révéler la cause d'un glaucome néoplasique, rien dans l'aspect de l'œil n'indique la cause particulière de l'hypertonie et l'on peut se croire en présence d'un glaucome primitif.

Malgré la rareté des sarcomes, relativement aux glaucomes spontanés, il est du devoir de l'ophtalmologiste, en présence de tout œil glaucomateux et inéclairable, de rechercher les antécédents du malade pour établir l'origine de l'affection. Le glaucome primitif a presque toujours été précédé d'alternatives de vision nette et de vision trouble, d'apparitions d'anneaux colorés autour des flammes. Dans le sarcome, au contraire, une échancrure du champ visuel, quelquefois une perte de la vision centrale, a tout d'abord frappé le malade, puis la vue s'est perdue sans douleurs (période du décollement rétinien) et les choses en sont restées là jusqu'au jour de l'attaque glaucomateuse. Le décollement de la rétine a souvent du reste été antérieurement constaté. Si les antécédents ne sont pas nets, une iridectomie pourra être faite. Avec une tumeur, et tout au moins si la tension est forte, la plaie restera béante, des liquides sanguinolents pourront s'écouler. Mais si l'œil est peu tendu, la guérison sera normale, malgré la présence du néoplasme, et la brèche irienne facilitera l'exploration des membranes profondes. Une ponction vitréenne donne issue à un vitré clair dans le cas de glaucome primitif, à un liquide sous-rétinien citrin ou roussâtre, s'il y a tumeur et décollement.

Glaucome et exophtalmie. — Si un œil, depuis longtemps glaucomateux, devient peu à peu exophtalme et fixe, c'est qu'il contient une tumeur s'étant fait jour aux environs du nerf optique et refoulant le globe oculaire (généralement en dedans). Car un néoplasme prend rapidement beaucoup plus d'extension dans l'orbite qu'il n'en a pris dans l'œil.

Tumeur orbitaire et œil atrophique. — Dans de telles conditions, l'œil longtemps glaucomateux, puis perforé, finit par se rétracter, se réduit à un moignon, la tumeur envahit l'orbite et il devient difficile de retrouver le globe oculaire refoulé et aplati. Le diagnostic de l'origine du néoplasme perd ici, du reste, beaucoup de son intérêt, puisque dans tous les cas, la seule opération efficace est le curage de l'orbite. Cependant la période de cécité indolore, puis la période glaucomateuse ayant précédé l'envahissement de l'orbite, la coloration mélanique habituelle du néoplasme, tout cela indiquera une origine oculaire. Au contraire, avec les tumeurs orbitaires primitives, l'œil reste longtemps relativement sain, malgré une exophtalmie souvent énorme et qui a été de bonne heure le phénomène principal.

Diagnostic avec les tumeurs extra-oculaires. — Des tumeurs, souvent mélaniques, peuvent prendre naissance, sur le limbe cornéen, acquérir des dimensions considérables, enchâsser ou recouvrir la cornée et en imposer pour des néoplasmes intra-oculaires ayant perforé les enveloppes. De pareilles productions peuvent généralement être extirpées en totalité sans avoir à énucléer le globe, aussi pour éviter une mutilation inutile, faut-il savoir reconnaître la nature extérieure, *épibulbaire* de ces tumeurs, même quand elles simulent un fongus d'origine intra-oculaire. Le diagnostic repose : 1° *sur les antécédents* ; les productions épibulbaires commencent par une papule mélanique ou sanguine, presque toujours au niveau du limbe et qui ne gêne nullement la vision; tandis que jamais une tumeur intra-oculaire ne forme de nodules épiscléraux sans avoir aboli la vision par une longue période glaucomateuse; 2° *sur la tension du globe*, qui reste normale avec les cancroïdes épibulbaires et se montre toujours augmentée au contraire à la période d'éruption extra-oculaire des sarcomes choroïdiens ; 3° *sur l'examen histologique*. Le professeur Panas a démontré que toutes les tumeurs épibulbaires étaient des épithéliomes ou tout au moins contenaient des éléments épithéliaux. L'étude microscopique d'un fragment excisé pourra donc renseigner sur l'origine du néoplasme, en montrant soit sa nature *cancroïdale* (épithéliale), caractéristique des tumeurs épibulbaires, ou, au contraire, *sarcomateuse*, révélant un point de départ choroïdien.

Ajoutons enfin que, dans des cas, sans doute fort rares,

des cancroïdes épibulbaires peuvent perforer les enveloppes au niveau du limbe, devenir intra-oculaires et réclamer l'énucléation. M. Lagrange en a publié récemment une observation bien démonstrative (*Arch. d'opht.*, 1895).

Sarcomes mélaniques dans des yeux phtisiques. — Exceptionnellement un œil atrophique peut contenir un sarcome. Dans certains cas, la tumeur s'est développée dans un œil déjà atrophié. Plus généralement la phtisie du bulbe est postérieure à l'apparition du néoplasme. Peut-être s'agit-il, dans certains cas, de la période atrophique par où peuvent se terminer à la longue les glaucomes à manifestations aiguës. Mais presque toujours on trouve une cause particulière à l'atrophie de l'œil : tantôt la tumeur a perforé les enveloppes, l'œil ratatiné, vidé, se trouve alors porté en *exophtalmie relative* (de Græfe) par la prolifération orbitaire de la tumeur ; tantôt une opération (iridectomie) a été faite, amenant soit une infection, soit une perte abondante des milieux liquides ; tantôt, enfin, une violente irido-cyclite a éclaté secondairement sur l'œil sarcomateux et déterminé par la rétraction de ses produits inflammatoires la phtisie du bulbe.

La question du diagnostic se pose pour les yeux atrophiques qui présentent des bosselures noires, qui paraissent grossir ou devenir plus saillants (exophtalmie relative) ou bien sont le siège de crises douloureuses, ou bien enfin chez des personnes atteintes de tumeur maligne abdominale et ayant en même temps un œil atrophique qui peut renfermer un sarcome mélanique, point de départ méconnu des métastases abdominales.

Irido-cyclite. — Il nous paraît très probable que nombre de tumeurs, considérées comme sarcomes et ayant présenté une phase d'irido-cyclite, ne sont que des *pseudo-tumeurs*, syphilomes ou tuberculomes.

Cependant il est hors de doute que dans, certains cas, paraissant du reste fort rares, des phénomènes d'irido-cyclite, parfaitement caractérisés, peuvent masquer pour un temps de vrais sarcomes choroïdiens. Dans le cas décrit par Fuchs (*Sarcom des uveals tractus*, p. 80, obs. XIV), le malade, qui se présenta tout d'abord avec une violente *irido-cyclite*, revint un mois plus tard avec un œil légèrement hypotone, mais dont la pupille était élargie par suite d'une atrophie de l'iris, réduisant celui-ci à une largeur de 2 millimètres. Il s'était donc produit une vraie dégénérescence glaucomateuse de l'iris et non l'occlusion pupillaire que détermine constamment l'irido-cyclite. Fuchs fait du reste remarquer lui-même que, lorsqu'un œil renfermant un sarcome est atteint d'irido-cyclite, la pupille reste toujours *relativement dilatée* au lieu de se contracter à fond comme dans les irido-cyclites ordinaires. Il y a là un élément de diagnostic que l'on aura du reste bien rarement à utiliser.

Pronostic. — Le sarcome choroïdien est par excellence la *tumeur à métastases*, et c'est là ce qui fait son exceptionnelle gravité. Rien de plus facile, tant que le néoplasme est resté intra-oculaire, que de faire une extirpation complète et en effet l'on évite ainsi, presque à coup sûr, les récidives orbitaires, tout au moins si l'on opère avant l'apparition des nodules épiscléraux. Cependant, même dans ces conditions, en apparence excellentes, on voit trop souvent le malade, guéri localement, être atteint de métastases abdominales plus ou moins longtemps après la suppression de l'organe envahi par la tumeur.

C'est que, ainsi que nous l'avons rappelé au début de ce travail, l'ensemencement des cellules néoplasiques, dans le foie ou d'autres organes, est réalisé par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, dès l'apparition de la tumeur oculaire, et l'extirpation de l'œil n'est opération radicale *qu'en apparence et localement*. Ceci est tellement vrai que Fuchs, dans son travail déjà souvent cité, a pu établir que la proportion des métastases est aussi considérable pour les cas opérés tout à fait au début, à la période des troubles visuels initiaux, que pour ceux opérés plus tard, aux deuxième (glaucome) et troisième périodes (apparition des nodules épiscléraux). La seule chose qui diffère, c'est l'espace de temps écoulé dans ces divers cas entre l'énucléation et les métastases : rien d'étonnant à ce qu'elles suivent de plus près une opération tardive qu'une opération précoce.

Les statistiques générales ne donnent que des renseignements très approximatifs sur la proportion des métastases, parce que beaucoup de malades sont perdus de vue et que l'observation s'arrête à la guérison opératoire. Pour en donner une idée, nous rappellerons que la statistique de Fuchs, portant sur 243 cas de sarcomes choroïdiens, signale 45 morts par métastases et 15 guérisons définitives. Toutes les autres observations sont incomplètes ; dans *cent* cas, il n'y a aucune nouvelle des opérés et, dans le reste des faits, les opérés ont été suivis trop peu de temps pour affirmer ou nier leur guérison.

Les statistiques faites avec de tels matériaux ne peuvent donner que des résultats très relatifs. Aussi Fuchs cherche-t-il à préciser les faits en rapportant sa statistique personnelle de 22 cas. Dans 17 cas seulement, il a pu avoir des renseignements sur ses opérés : 13 sont morts et les métastases sont certaines pour 11 cas. Des autres opérés, un seul l'est depuis assez longtemps pour être considéré comme guéri.

Il semble donc malheureusement hors de doute que la plupart des opérés de sarcome de la choroïde finissent par des métastases abdominales. Le nombre des guérisons définitives paraît inférieur à 1 p. 10 (6 p. 100 d'après la statistique de Fuchs).

L'examen histologique de la tumeur énucléée peut donner quelques renseignements, relativement au pronostic. Les sarcomes à cellules fusiformes, peu vasculaires, non mélaniques, sont généralement d'une malignité moins grande que ceux à vascularisation plus riche, à petites cellules, farcies de grains pigmentaires. Du reste, les sarcomes mélaniques sont de beaucoup les plus nombreux (88 p. 100).

Il faut noter ici que Fuchs a observé une guérison définitive chez un malade dont les vaisseaux choroïdiens renfermaient un grand nombre de cellules néoplasiques libres, ce qui est cependant la condition première de l'origine des métastases.

La plupart des métastases se manifestent dans les deux premières années. Si le malade est indemne de tout accident au bout de cette période, il commence donc à avoir des chances sérieuses de guérison. Mais c'est seulement après quatre ans écoulés qu'il peut être considéré comme définitivement guéri, car l'on a encore observé quelques rares cas de métastases dans ce laps de temps.

Malgré le nombre restreint des guérisons, il faut énucléer et cela dès que le néoplasme est reconnu comme tel et qu'il ne subsiste plus aucun doute relativement à une pseudo-tumeur. En effet, si l'opération précoce ne paraît guère augmenter les chances de survie, en revanche *elle assure contre les récidives locales*. Ces dernières ne s'observent *jamais* quand on a opéré dès le début, à la période des troubles visuels. Elles ne se développent que très rarement (dans 5 p. 100 des cas) après l'énucléation pendant le stade de glaucome (deuxième stade). Mais elles deviennent fréquentes quand l'œil enlevé présente déjà des nodules épiscléraux (troisième stade). De là résultent des indications opératoires différentes aux divers stades de l'affection.

Aux deux premiers stades, l'énucléation simple suffit. Il n'y a, en effet, aucune raison valable à faire, dans ces conditions, l'exentération de l'orbite, puisque l'opéré n'a pas à craindre une récidive locale et que la simple énucléation permet la prothèse, impossible si l'on vide l'orbite.

La résection d'un long segment du nerf optique est quelquefois utile (il y a quelques cas de propagation du sarcome par le nerf optique et de récidives dans le bout orbitaire du

nerf), n'est en tout cas jamais nuisible. Aussi peut-on remplacer l'usage des ciseaux de Warlomont ou de de Wecker qui pincent le bout orbitaire du nerf et permettent de le réséquer derrière eux s'il est malade, par l'extirpation systématique du nerf optique dans tous les cas de tumeur. Pour cela, après section des muscles droits, on luxe le globe hors des paupières et, le saisissant avec les doigts, on va couper profondément le nerf optique dans l'orbite à l'aide de ciseaux droits, pointus et forts.

S'il existe des nodules épiscléraux, surtout s'ils sont équatoriaux ou postérieurs, il devient prudent de faire l'exentération de l'orbite sous peine d'exposer le malade à une récidive locale.

Mais s'il y a tumeur orbitaire volumineuse, alors même qu'elle paraîtrait bien limitée et encapsulée, il n'est plus permis de s'en tenir à l'extirpation simple de la masse morbide. Il faut considérer le tissu orbitaire comme infecté et faire une *exentération* complète. Cette opération peut être exécutée après une simple canthotomie externe. Mais il est préférable toutes les fois que l'orbite est largement envahie de procéder autrement et de suivre la pratique du professeur Panas. Il détache les deux paupières par une incision en fer à cheval qui suit exactement le bord osseux de l'orbite, tout en ménageant un large pédicule nasal. Le grand lambeau ainsi obtenu est rabattu sur le nez, après incision de la conjonctive, au niveau du bord adhérent des tarses. Le contenu orbitaire est extirpé par décollement du périoste, le nettoyage exact du fond de la cavité exigeant l'emploi du bistouri à périoste et même du thermocautère. Puis les paupières sont remises en place et l'incision suturée. Ce procédé a le grand avantage de permettre une ablation exacte des parties molles situées à la base des paupières. Ces tissus sont quelquefois négligés dans l'opération avec canthotomie et nous les avons vus plusieurs fois devenir le siège de récidives.

Les *récidives orbitaires* doivent être opérées par évidement de l'orbite, et non par simple extirpation du nodule secondaire. On trouve encore quelques cas de guérisons définitives en pareille circonstance.

Il n'y a pas à s'occuper des ganglions lymphatiques, jamais envahis dans le sarcome choroïdien (Fuchs).

En théorie, on ne doit entreprendre une opération contre une tumeur que si l'extirpation radicale en paraît possible, et s'il n'y a pas de métastases apparentes. Mais en pratique, on se trouve amené, toutes réserves faites sur le pronostic, à intervenir dans des cas où la limitation d'une tumeur n'est pas évidente, où l'on craint un envahissement du crâne ou des sinus, mais où des douleurs, des hémorragies à répétition rendent l'existence insupportable au malade.

VI

Gliome de la rétine. — *Diagnostic.* — Il est fort rare que la question de ce diagnostic se pose à la période initiale, au début de la dégénérescence gliomateuse de la rétine. La néoplasie rétinienne a ceci de particulier qu'au lieu de débuter toujours par un noyau unique comme le sarcome et la choroïde, elle se présente généralement comme un semis de nodules ou de plaques d'un blanc brillant. Mais, rapidement, ces foyers isolés grossissent, quelques-uns deviennent confluents, font une saillie notable sur la rétine, se vascularisent, bref, prennent nettement le caractère d'une tumeur véritable.

Si nous voulons supposer la possibilité d'une confusion entre un gliome au début et une *rétinite brightique*, nous rappellerons seulement que, indépendamment de la présence d'albumine dans les urines et des autres symptômes de néphrite, le siège binoculaire de la rétinite, le nombre et la disposition péri-papillaire des hémorragies, la tendance régressive des plaques hémorragiques faisant contraste avec l'accroissement rapide des nodules gliomateux, ne permettraient guère d'hésiter dans une question de diagnostic différentiel à laquelle, du reste, sa rareté enlève presque toute importance pratique. Quant aux *tubercules disséminés* de la choroïde, ils ne se montrent guère que comme complication ultime d'une tuberculose miliaire avérée, et, du reste, leur aspect de petites taches grisâtres ou roses, siègeant dans la choroïde et soulevant légèrement une rétine intacte, ne permettent guère une confusion avec les plaques brillantes et *rétiniennes* du gliome.

La question du diagnostic du gliome se pose presque toujours quand les parents ont remarqué dans l'œil de l'enfant quelque chose de brillant, un reflet particulier qu'ils comparent parfois eux-mêmes, à celui de l'œil du chat.

Si cet *œil de chat amaurotique* présente en même temps une pupille un peu élargie, libre d'exsudats, une chambre antérieure diminuée de profondeur par suite d'une certaine propulsion de l'iris, *une tension plus ou moins exagérée*, il ne peut y avoir de doute, il s'agit d'un gliome (1).

Si, au contraire, avec ce même reflet profond, l'œil est *hypotone*, la chambre antérieure augmentée de profondeur, la pupille rétrécie ou irrégulière, on se trouve certainement en présence de tout autre chose qu'un gliome, et le chatoiement de l'œil est causé, soit par une infiltration purulente du vitré, soit par la rétine décollée, soit par des exsudats cyclitiques, etc. Il y a, en effet, à côté des vrais gliomes, une série d'affections qui se signalent également par un reflet brillant du fond de l'œil, pouvant faire croire à une tumeur rétinienne. Leur nature est cependant toute différente, et il est de première importance d'apprendre à distinguer entre ces *pseudo-gliomes* simplement graves pour la vue, et le vrai gliome, dont le pronostic *quoad vitam* est si sombre encore.

La catégorie purement clinique des pseudo-gliomes comprend principalement : l'*hyalite suppurée* que l'on a pu observer avec une certaine fréquence chez des enfants atteints de méningite cérébro-spinale épidémique, mais que l'on peut rencontrer aussi, indépendamment de cette dernière maladie, et sans cause toujours bien appréciable ; l'*organisation fibreuse du vitré*, avec décollement consécutif de la rétine affection voisine de la précédente, et qui peut évoler avec ou sans symptômes d'irido-cyclite ; le *cysticerque sous-rétinien*, du reste presque inconnu en France, surtout chez les enfants. Certaines formes de *cyclites hyperplasiques*, probablement toujours *tuberculeuses*, qui finissent par déformer le segment antérieur et font croire à un néoplasme ; enfin, le *décollement rétinien simple*, exceptionnel dans l'enfance.

Dans le diagnostic entre les vrais et faux gliomes, l'idée directrice doit être celle-ci : l'état général du globe oculaire est essentiellement différent, suivant que l'œil contient une tumeur véritable, ou bien, au contraire, qu'il est le siège d'une simple affection inflammatoire, n'ayant du gliome que le reflet. Dans le premier cas, *il tend au glaucome*, s'il n'est déjà glaucomateux ; dans le second, *il tend à la phtisie* et ne tarde pas à présenter une hypotonie qui en est l'ébauche et le signe précurseur.

Il en résulte que tout signe ou présage d'hypertension a déjà une grande valeur en faveur du gliome. Si, avec un volume et une tension normale encore du globe, le cristallin et l'iris refoulé en avant effacent la chambre antérieure, cela indique une tendance au glaucome et la possibilité d'une tumeur dans l'œil. Si, au contraire, la chambre antérieure est profonde, l'iris déplacé en arrière, l'œil déjà hypotone, ces phénomènes ne sauraient être déterminés par un néoplasme, et caractérisent au contraire les pseudo-gliomes.

(1) Une confirmation du diagnostic pourrait être donnée par l'éclairage de contact, révélant l'opacité du contenu de l'œil dans le cas de tumeur.

La cause de ces deux états inverses de la chambre antérieure (véritable manomètre de la tension dans la chambre vitréenne) est bien facile à saisir : une tumeur est quelque chose qui augmente constamment de volume et refoule le cristallin et l'iris en avant, chasse l'humeur aqueuse et finalement rend l'œil glaucomateux par augmentation de son contenu ; un processus inflammatoire finit, au contraire, par déterminer des rétractions ou des atrophies, diminue par là le volume du vitré et laisse l'humeur aqueuse distendre la chambre antérieure en repoussant en arrière l'iris et le cristallin.

Nous devons maintenant revenir à une étude plus précise du *chatoiement oculaire* (A), et rechercher quels renseignements nous donnent ses divers aspects.

Nous montrerons ensuite (B) que, quelles que soient les modifications éprouvées à la longue par l'œil malade, on retrouve toujours, comme caractères spéciaux, l'état glaucomateux et ses conséquences dans le gliome, l'hypotonie ou phtisie dans les affections qui ne font que le simuler.

A. Quand on a constaté avec le miroir ophtalmoscopique, le *chatoiement du fond de l'œil*, il suffit, dans bien des cas, de s'approcher simplement de l'œil observé (sans interposer une lentille) pour avoir une image nette de ce qui cause le reflet anormal. La lentille ne sera utile que pour l'étude des altérations faisant seulement une très faible saillie au fond de l'œil. Au contraire, quand la masse morbide arrive à toucher le cristallin, c'est l'éclairage latéral qui permet de la mieux voir.

Avec les *gliomes*, indépendamment des différences de volume de la tumeur qui, simple saillie rétinienne au début, arrive assez vite à remplir toute la chambre vitréenne, on peut noter des différences d'aspect suivant les cas. En général ici la rétine est *en partie dégénérée, en partie décollée*. Les points dégénérés ne forment pas toujours une tumeur circonscrite, comme les sarcomes choroïdiens ; le gliome est souvent une masse inégale plus ou moins bien limitée, d'aspect quelquefois diffluent, cotonneux, comme une masse purulente. La couleur est blanchâtre, jaunâtre, quelquefois nacrée, métallique, quand il s'agit de surfaces bien limitées. Souvent des vaisseaux de nouvelle formation sont visibles sur la masse néoplasique, dans d'autres cas, les réseaux capillaires néoformés tachent seulement la tumeur de marbrures rougeâtres. Enfin, quelquefois, on ne voit aucun vaisseau ; l'invascularité apparente ne doit donc pas faire exclure le diagnostic de gliome.

Dans certains cas, un décollement total de la rétine cache entièrement le gliome qui lui a donné naissance. Indépendamment de la rareté extrême du décollement simple chez l'enfant, nous rappellerons qu'avec un gliome, la chambre antérieure sera moins profonde, l'œil plus tendu. L'examen attentif de la rétine décollée montrera généralement, en certains points, des taches de dégénérescence gliomateuse, par exemple un nodule néoplasique de couleur brillante, ou simplement des marbrures, des taches claires, des vaisseaux néoformés. Quelquefois, on voit flotter dans le vitré des *grumeaux blanchâtres*, brillants, opaques ; cet aspect est caractéristique du gliome, car il s'agit de colonies cellulaires détachées de la masse principale et continuant à proliférer dans le corps vitré (Gama Pinto).

Dans les cas de diagnostic difficile, l'éclairage de contact pourra rendre de grands services, en révélant l'opacité pupillaire signe de tumeur ou, au contraire, sa transparence plus en rapport avec un décollement simple.

En ce qui concerne les *pseudo-gliomes*, aucun caractère particulier de la masse chatoyante ne peut être considéré comme susceptible à lui seul d'éliminer l'idée d'un gliome véritable. On fera le diagnostic à l'aide des signes généraux déjà indiqués. Cependant, un cysticerque rétinien au début présenterait un aspect tellement spécial que le diagnostic ne saurait être hésitant. A ce sujet, nous renvoyons à ce que nous avons dit du cysticerque au sujet des sarcomes.

B. Abordons maintenant l'étude des *modifications secondaires* que peut subir un œil atteint, soit de gliome (*buphtalmie*, *dégénérescence irienne*, *cataracte*, etc.), soit, au contraire, de pseudo-gliome.

De l'état glaucomateux causé par un gliome peut résulter, à la longue (Vetsch, Gama Pinto), une distension de la coque oculaire portant principalement sur le segment antérieur. C'est là la *buphtalmie* (hydrophtalmie), conséquence habituelle des glaucomes infantiles. Dans ces conditions, la cornée devient plus convexe et plus grande, la chambre antérieure prend nécessairement alors une profondeur anormale. Mais l'état glaucomateux n'en persiste pas moins sous ce nouvel aspect qui en révèle, au contraire, la persistance et la durée, et c'est là la chose essentielle qui indique la nature néoplasique du chatoiement jaunâtre du fond de l'œil. Ici la profondeur anormale de la chambre antérieure est sous la dépendance de l'état glaucomateux et de la distension cornéenne qui en résulte à la longue.

L'iris des yeux gliomateux finit par subir une atrophie presque complète dans laquelle nous retrouvons les caractères essentiels de l'atrophie glaucomateuse. La pupille s'élargit graduellement, peut présenter des synéchies (synéchies et pupille large signifie glaucome, synéchies et pupille étroite signifie iritis), l'iris se réduit de plus en plus à une simple bandelette, usée, irrégulière, quelquefois envahie par les nodules jaunâtres du néoplasme.

A travers la pupille peuvent s'épancher dans la chambre antérieure des masses gliomateuses qui ont presque la diffluence et la couleur jaunâtre du pus. Il faut se rappeler ici que le gliome est une tumeur absolument molle et gluante (γλια, glu) qui ne prend pas l'aspect de bourgeon charnu des sarcomes, ne se dépose pas non plus, comme le pus, sous forme d'hypopyon, mais forme dans la chambre antérieure des amas, des nuages jaunâtres et irréguliers qui, même, peuvent la remplir complètement. Enfin, la largeur de la pupille, la tension glaucomateuse de l'œil permettront toujours d'éviter la confusion entre le gliome et les suppurations intra-oculaires qui s'accompagnent, au contraire, d'hypotonie.

Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'une *cataracte* masquera un gliome. Chez un enfant, en présence d'une cataracte *non zonulaire* avec *pupille dilatée* et *tonus augmenté* on devra cependant songer à un néoplasme. Une iridectomie pourra peut-être permettre de voir celui-ci à travers une partie restée transparente du cristallin ; mais surtout l'éclairage de contact, illuminant parfaitement la pupille malgré la cataracte, si l'œil n'est pas rempli par une masse néoplasique, sera en pareil cas de grand secours.

Les *déformations du globe de l'œil* (staphylomes), que le gliome détermine à la longue, peuvent être simulées par la tuberculose du segment antérieur de l'œil (*cyclite tuberculeuse hyperplasique*). Nous avons pu en étudier un cas typique à l'Hôtel-Dieu, en 1889, avec notre maître le professeur Panas. M. Lagrange en a publié une intéressante observation dans son livre sur les *Tumeurs de l'œil*. Dans de tels cas, l'on ne retrouve pas les commémoratifs d'une période glaucomateuse (douleurs excessives, insomnies tenaces, anorexie, vomissements). On voit une ou plusieurs tuméfactions soulever la conjonctive autour de la cornée, qui finit généralement par être complètement entourée de bosselures staphylomateuses ou rejetée latéralement par une tumeur plus volumineuse que les autres. Si elle n'a pas trop perdu de sa transparence, elle laisse entrevoir un iris complètement dégénéré, rougeâtre, à pupille atrésiée et méconnaissable. Le segment postérieur de l'œil est, par contre, *parfaitement sain*, et « il est clair que le néoplasme n'occupe que les parties antérieures » (Lagrange).

Il faut de nouveau rappeler ici que jamais un *vrai néoplasme* ne sort de l'œil avant de l'avoir distendu et rendu glaucomateux. Une masse morbide qui use les membranes oculaires et se fait jour au dehors sans avoir déterminé de glaucome n'est jamais une tumeur proprement dite : c'est une gomme, un tubercule, autre chose encore peut-être, ce n'est ni un sarcome ni un gliome.

En résumé, et nous répétons ici au sujet des gliomes ce que nous avons précédemment dit pour les sarcomes, les *pseudo-tumeurs* intra-oculaires sont précédées ou accompagnées d'iritis, de phénomènes inflammatoires, et se font jour au dehors sans avoir déterminé de glaucome, comme un abcès perce la peau; au contraire, les néoplasmes proprement dits, sarcomes et gliomes, ne s'accompagnent pas d'iritis et déterminent régulièrement des phénomènes glaucomateux persistants. Ce n'est qu'après cette période d'hypertension qu'ils font éruption sous forme de nodules épiscléraux, n'ayant jamais les caractères ulcéreux des fongus d'origine infectieuse.

Traitement. — Le seul traitement du gliome est nécessairement l'extirpation radicale; mais malgré les apparences, il est souvent difficile d'opérer radicalement.

C'est ainsi qu'un œil gliomateux énucléé par le procédé ordinaire, c'est-à-dire avec section du nerf optique au ras du globe, peut parfaitement donner une récidive dans le bout orbitaire du nerf, alors même que la section de celui-ci paraissait saine à l'œil nu et que le microscope n'y décelait pas autre chose qu'un début d'atrophie avec intégrité des gaines du nerf.

Il faut donc de toute nécessité, ainsi que l'a recommandé de Græfe, *extirper* en même temps que l'œil *tout le nerf optique jusqu'au fond de l'orbite*, et cela même pour les gliomes pris au début.

L'œil énucléé doit être soigneusement examiné : si un peu de tissu gliomateux grisâtre et friable, ayant dissocié la sclérotique au niveau des orifices vasculaires équatoriaux ou postérieurs, se montrait à la surface externe du globe, il faudrait séance tenante pratiquer un curage de l'orbite, selon la méthode du professeur Panas. Il n'est pas permis, dans ce cas, de s'en tenir à une intervention partielle ou à des cautérisations; il faut absolument enlever tout le tissu orbitaire, y compris le périoste. La partie la plus laborieuse de l'opération est l'évidement du fond de l'orbite. Dans un cas de récidive orbitaire de gliome, nous avons pu éteindre à plusieurs reprises la grosse lame du thermocautère dans l'entrée du canal optique sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. L'enfant mourut six mois plus tard de métastases craniennes, mais sans récidive orbitaire.

En faveur de l'efficacité possible d'un curage de l'orbite, et bien que le pronostic soit toujours ici beaucoup plus grave qu'avec le gliome encore limité à l'intérieur de l'œil, nous rappellerons que Wolkmann a par cette opération, dans un cas de récidive de gliome, obtenu une guérison définitive.

Pronostic du gliome. — Peu de tumeurs ont aussi mauvaise réputation que le gliome au sujet de la malignité. Cela nous paraît tenir surtout à l'extrême rapidité d'évolution de ce néoplasme. Dans tous les cas qui n'ont pas été opérés de façon radicale, c'est au bout de quelques mois seulement que les enfants sont ramenés au chirurgien avec une récidive orbitaire que l'envahissement du crâne ne tarde pas à suivre. On peut voir ainsi mourir la plupart des opérés de gliome, et on arrive facilement à croire que le gliome ne pardonne jamais. Et cependant, le nombre des guérisons connues est actuellement d'environ une quarantaine. Le manque de place nous empêche malheureusement de donner ici le relevé de ces cas.

Ce chiffre de guérisons veut seulement dire que le gliome n'est pas incurable, qu'il y a espoir de guérison *si l'on opère assez tôt et à condition d'enlever tout le nerf optique*. Mais il resterait à déterminer quelle est la proportion des gliomes guéris, combien de chances de survie l'opération donne au petit malade opéré à temps. Cela est d'autant plus difficile à établir que, si presque tous les cas de guérison sont publiés, il est loin d'en être ainsi pour les cas de mort. Il ne faudrait donc peut-être pas s'illusionner sur la proportion des malades guéris, sous prétexte que l'on en connaît un certain nombre.

Nous ne savons pas non plus à partir de combien de temps après l'énucléation on peut considérer l'opéré comme à l'abri des récidives. Mais, étant donné la rapidité habituelle d'évolution du gliome, il est fort probable que ce temps est plus court que pour le sarcome choroïdien. Si pour cette dernière tumeur, et tout au moins chez l'adulte, on peut voir quelquefois des métastases apparaître tardivement, ne se manifester que dans la troisième ou quatrième année après l'énucléation, il semble que jamais le gliome n'offre de trêves aussi longues; que s'il doit récidiver, c'est au bout de quelques mois, d'un an au plus, etc.; que, par suite, les petits malades peuvent être considérés comme hors de danger beaucoup plus tôt que les opérés de sarcome choroïdien. Mais des recherches précises sont encore nécessaires.

Si maintenant nous voulons comparer le gliome et le sarcome au point de vue de l'évolution et de la thérapeutique, nous voyons que le premier est surtout dangereux par la rapidité de sa marche, sa tendance à la repullulation locale et à l'envahissement du crâne par le nerf et le canal optique, tandis que le sarcome choroïdien est beaucoup plus redoutable par ses métastases. Aussi la *lutte de vitesse* peut être bien plus efficace avec le gliome qu'avec le sarcome; l'extirpation profonde du nerf optique, dépassant largement les limites apparentes du mal, préserve bien plus directement le reste de l'organisme dans les cas de tumeur rétinienne, à cause de ses faibles tendances aux métastases, que dans le sarcome de la choroïde, tumeur diffusible par excellence.

Malheureusement, à cause de la progression rapide du gliome, les petits malades sont souvent conduits beaucoup trop tard au chirurgien, quand le nerf optique et même l'orbite sont déjà envahis; les opérations les plus radicales en apparence sont alors presque toujours inutiles. Beaucoup de parents jouent inconsciemment avec la vie de leur enfant, ayant remarqué depuis longtemps un aspect anormal de l'œil, mais tranquillisés par l'absence de douleurs et de réaction, ne s'inquiétant que lorsque les phénomènes glaucomateux se manifestent. C'est cette expectation désastreuse qui fait en grande partie la gravité du gliome.

Opéré à temps, avec résection du nerf optique, son pronostic, ainsi que le prouve le nombre de guérisons connues, perdrait une partie de sa gravité sans que, du reste, nous puissions encore déterminer dans quelles proportions.

Mais la précocité de l'intervention ne dépend pas uniquement du médecin. Tout ce qu'il peut faire, c'est de décider les parents à l'opération, sitôt que l'enfant lui est conduit. Malgré la répugnance que l'idée d'une mutilation inspire aux mères, le chirurgien sera généralement écouté, s'il ne parle que sûr de lui, après avoir bien établi son diagnostic. Alors il sera persuasif, saura convaincre.

Quelques mots, en terminant, sur les *gliomes doubles* et les *séries de gliomes* dans une même famille.

On connaît un assez grand nombre de cas de gliomes doubles, la maladie se développant successivement sur les deux yeux (dans 18 p. 100 des cas, d'après Hirschberg), et sans qu'il faille faire intervenir ici une transmission par le chiasma. L'examen ophtalmoscopique devra donc toujours être pratiqué sur l'œil considéré comme sain et cela d'autant plus qu'une altération de la papille (stase papillaire) pourrait, dans certains cas, révéler une tumeur intra-cranienne et modifier le pronostic dans le sens le plus grave.

Il faut être averti, enfin, que l'on a observé des cas de *gliomes en série* se développant chez les enfants successifs de

la même femme, de sorte qu'à côté du pronostic pour le malade lui-même, il faut tenir un certain compte de la possibilité, heureusement faible, de voir se répéter la même affection chez les enfants à venir.

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de l'un de nos plus anciens collaborateurs, de M. Armand Després, qui a succombé à l'affection qui le tenait éloigné, depuis quelques mois, du monde médical.

Nous ne pouvons, aujourd'hui, que rappeler l'honorabilité de son caractère, sa profonde érudition, la sincérité de ses convictions et le charme de son esprit.

Ses obsèques auront lieu demain samedi, à midi, à l'église Saint-Germain-des-Prés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — MARDI 4 AOUT 1896. 69e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1896. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 3 août 1896.

Malgré le vide que créent, chaque année, dans notre société parisienne, les premiers jours des vacances, nombreux étaient les amis venus pour donner à Després le dernier adieu. L'église de Saint-Germain-des-Prés était trop étroite pour contenir la foule compacte et émue qui s'y pressait.

Ce spectacle n'était pas sans causer quelque surprise à ceux qui ne connaissaient Després que par le contact trop superficiel des relations professionnelles, ou qui ne l'appréciaient que par la ténacité et l'opiniâtreté qu'il mit, jusqu'à son dernier jour, pour défendre des idées dont l'expérience avait depuis longtemps fait justice. Tel il avait reçu l'enseignement de ses maîtres, tel il le transmit, comme un dogme, conservant intactes leurs doctrines, n'admettant pas qu'on y touchât.

Longtemps encore nous entendrons la parole vibrante et sarcastique de Després, luttant contre la science nouvelle. C'était chose inexplicable qu'un esprit si vif, si alerte, qu'une intelligence aussi ouverte fussent restés réfractaires aux progrès incontestés de la chirurgie moderne. Mais à côté du chirurgien, du savant dont M. Poirier va nous parler plus loin, il y avait l'homme, et tous ceux qui ont connu Després ont pu l'apprécier dans sa droiture, dans son honnêteté et dans sa bonté pour les humbles.

D'un abord souvent cassant, la parole mordante et ironique pour ses contradicteurs, intransigeant dans ses opinions, Després dans la vie fut un bon : bon pour les siens, dont nous ne dirons pas la douleur; bon pour ses amis, bon pour tous ceux qui souffrent; et c'est pour cela qu'était nombreuse la foule de ses fidèles de la dernière heure.

Il fut un fervent disciple de ce qu'il crut être la vérité, quel que soit l'endroit où il pensa la trouver, en science, en religion comme en politique. Ses adversaires, car un tel caractère devait en faire naître, ont pu critiquer et blâmer cet état d'obnubilation qui lui faisait nier les progrès récemment accomplis dans la pratique de son art, mais personne, même parmi les irréconciliables, n'a pu l'accuser d'agir contre sa conscience, et s'il y avait à regretter chez lui cet esprit d'opposition, de controverse et de paradoxe qui l'isolèrent dans ses erreurs scientifiques, jamais on ne l'accusera d'avoir été guidé en cela par l'appât du gain ou de la réclame.

Toute sa vie fut une vie d'indépendance et de lutte, de fidélité à ce qu'il crut le vrai. Jamais il ne put se plier à la discipline d'un parti ou d'une école. Il resta lui, avec ses grandes qualités qu'il ne mit malheureusement pas toujours au service de bonnes causes. C'était lui qui, en 1870, défendait son ambulance contre l'ennemi, et le même qui s'opposait à ce que les pancartes de ses malades portassent un emblème religieux quelconque, était celui qui, quelques années plus tard, réclamait, pour eux, les sœurs dans les hôpitaux. En cela, comme en tout, il était profondément sincère.

C'est ce que dirent les orateurs qui parlaient sur sa tombe : les uns ses anciens collègues au Conseil municipal ou à la Chambre des députés, les autres, ses confrères ou ses amis.

Voici les quelques mots que M. Poirier a prononcés, au nom de la Faculté de médecine :

« Le maître, auquel nous venons rendre aujourd'hui le suprême hommage, était de ceux dont la disparition ne saurait passer inaperçue : il représentait, en effet, une des figures les plus originales de notre monde médico-chirurgical.

Fils d'un ancien et très distingué chirurgien de Bicêtre, Armand Després apporta, dans l'étude des sciences médicales, toutes les aptitudes et toutes les qualités d'un esprit curieux de la recherche, amoureux de la vérité. Aussi ses succès furent-ils des plus rapides : à vingt-trois ans, après deux ans seulement d'études, il fut nommé interne des hôpitaux; dans sa promotion, je retrouve d'autres illustres, Guéniot, Dujardin-Beaumetz, Tillaux, Maurice Raynaud, Lancereaux. Il fut successivement l'interne de Velpeau, de Jobert de Lamballe et de Nélaton. Les contemporains de cette très grande époque de la chirurgie française nous apprennent qu'il fut, par ses qualités de cœur et d'esprit, à la fois le disciple chéri et l'enfant gâté de ces chirurgiens éminents. Jusqu'à la fin de sa carrière, Després resta l'élève respectueux des maîtres qui l'avaient formé, se refusant à croire ce qu'ils n'avaient pas cru, et à pratiquer ce qu'ils ne lui avaient pas enseigné. Il semble que les empreintes frappées par ces grands maîtres sur le cerveau de l'élève n'aient jamais pu être effacées ou remplacées; et c'est peut-être dans un respect trop absolu pour les théories et la pratique de maîtres aimés et vénérés, qu'il faut chercher la cause de la résistance opposée par Després aux doctrines nouvelles.

Després fut reçu docteur en 1861 : le choix de sa thèse, modestement intitulée : « Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule », nous le montre déjà dans la forme intellectuelle qu'il gardera toute sa vie, s'attaquant, de préférence,

aux besognes difficiles, dédaigneux des sentiers battus et des chemins frayés, ennemi de la banalité, soupçonneux à l'égard des opinions universellement admises, aimant par-dessus tout la précision extrême et se refusant à croire ce qu'il n'a pas vu et contrôlé. Tel il était déjà, tel il restera toujours, sans jamais varier.

Trois ans après, il concourait à l'agrégation, et, en 1866, à trente-deux ans, il était reçu professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; sa thèse d'agrégation sur les tumeurs des muscles apportait déjà une lumière nouvelle en ce sujet complexe.

Depuis deux ans déjà, Després était chirurgien des hôpitaux, et c'est à l'hôpital, à Sainte-Périne, à Lourcine, à Cochin, et enfin à la Charité, qu'il donna, sa vie durant, un enseignement clair, original, précis, fort apprécié des élèves.

Les travaux du maître que nous venons de perdre sont trop nombreux pour qu'il me soit permis de les rappeler tous ; je citerai seulement son *Traité de l'érysipèle*, dans lequel l'élève chéri de Velpeau défendait les idées du maître, ouvrant la porte aux idées nouvelles, au progrès chirurgical. Després collabora activement au *Traité de pathologie chirurgicale* de Nélaton, et donna, en 1868, un *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales*, dans lequel le diagnostic des tumeurs, sujet difficile et complexe par-dessus tout, était traité à la manière positive, précise et nette, du maître en diagnostic.

Un peu plus tard, la syphilis dont il constate avec douleur les ravages, particulièrement dans la clientèle hospitalière, retient son attention pendant quelques années ; avec son ordinaire netteté, il précise les modes de début et fixe les symptômes : ses idées sont condensées dans son *Traité théorique et pratique de la syphilis*, qui paraît en 1873. Il ne se préoccupe pas seulement de guérir, il cherche les moyens de prévenir. Sa thérapeutique fait surtout appel aux forces naturelles de l'organisme, se refusant à combattre le poison par un poison : sa querelle avec les partisans du mercure est dans toutes les mémoires.

Le *Dictionnaire de thérapeutique*, que Després publia en collaboration avec Bouchut est un abrégé très original et très personnellement conçu, des connaissances nécessaires à un praticien.

La pyohémie fut ensuite l'objet de ses recherches : il étudia pendant longtemps les causes, espérant arriver aux moyens de prévenir la redoutable complication ; il ne les trouva point et ne vit pas que d'autres avaient été plus heureux que lui.

J'en passe, Messieurs ; aussi bien serait-il impossible de dire la longue série des mémoires sortis de la plume élégante de ce travailleur alerte. Je devrais aussi rappeler son incessante intervention dans les discussions scientifiques à la Société de chirurgie, à la Société anatomique.

Opérateur très habile, à la main sûre et hardie, il rappelait, dit-on, la manière de ses maîtres en chirurgie, Nélaton et Jobert de Lamballe.

Son amour de la justice était connu. Dans les concours, Després se préoccupait avant tout d'être juste ; tous, vous avez encore présente à la mémoire la belle lettre dans laquelle il réclamait la responsabilité de juger. Là encore, comme toujours, il voulait bien ce qu'il voulait, et, polémiste convaincu, marchait à l'assaut sans se préoccuper des obstacles — la générosité de son esprit était sans égale.

A Cochin, Després se fit remarquer par sa lutte acharnée contre l'administration pour faire disparaître des billets de salle la mention de la religion des malades. Son grand bon sens, son amour de la justice et de l'égalité, lui avaient démontré l'inutilité et les dangers de l'innovation. Després revendiquait hautement les droits de la libre-pensée ; pourtant, peu après, nous le retrouvons luttant avec une égale ardeur pour les religieuses des hôpitaux contre la laïcisation, la contradiction n'était qu'apparente : n'ayant point adopté les théories ni la pratique de la chirurgie nouvelle, il ne pouvait comprendre la nécessité d'un personnel nouveau.

Chirurgien en chef de la septième ambulance pendant la guerre, Després suivit nos armées à Sedan, à Thionville, à Metz et plus tard à l'armée de la Loire ; insoucieux des fatigues, il prodiguait ses soins avec un admirable dévouement ; ses blessés étaient à lui : il sut les défendre contre tous, même contre le vainqueur.

L'âme du patriote ardent qui était en Després sortit attristée des événements de l'année terrible. Et c'est surtout à partir de ce moment de sa vie que les idées humanitaires, qui l'avaient toujours préoccupé et que l'on retrouve dans nombre de ses travaux, prirent le dessus. Désireux de travailler au bien public, dans une sphère d'où son action fût plus grande, il devint successivement conseiller municipal, puis député de Paris. Il eut pour électeurs ses amis, ses voisins du VI[e] arrondissement, qui voyaient de près son labeur quotidien et pouvaient par là augurer de son dévouement à l'intérêt public. Cet esprit si vif, doublé d'un cœur très simple, savait la langue et les formules qui plaisent aux foules — et d'instinct, la foule des pauvres et des souffrants allait à ce dédaigneux de popularité.

Dans les deux assemblées, on put l'entendre défendant, avec l'abondance d'arguments et l'ardeur de conviction qu'il apportait en tout, ce qu'il croyait être le bien. Alors, c'était le filleul d'Armand Carrel qui parlait.

Ses devoirs civiques ne lui firent jamais négliger l'hôpital, qui resta l'occupation principale et première de sa vie. Travailleur toujours, jusqu'au bout, Després ne s'est jamais reposé ; la maladie l'a surpris et terrassé sur son champ de bataille à l'hôpital.

Repose en paix, chercheur inquiet de justice et de vérité, adieu, maître probe, juste et bon.

Tout le monde sait ou devrait savoir que, dans l'hémiatrophie linguale, lorsque la langue est tirée hors de la bouche, la pointe se porte du côté atrophié. Mais ce qui est assurément moins connu, c'est que la même langue, examinée au repos, dans la cavité buccale, est en totalité rejetée du côté sain. M. Babinski vient d'observer ce fait curieux chez une malade qu'il a présentée à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, victime, à l'âge de onze ans, d'un traumatisme qui lui a laissé une cicatrice, encore visible actuellement, entre le bord antérieur du sterno-mastoïdien et la branche montante du maxillaire inférieur gauche. La plaie a, selon toute vraisemblance, intéressé le nerf grand hypoglosse, car peu à peu la langue diminua sensiblement de volume dans sa moitié gauche. Le phénomène signalé par M. Babinski s'observe, chez elle, avec la plus grande netteté.

Un lapin et un chien, chez lesquels M. Babinski a fait la section de l'hypoglosse, présentent, d'ailleurs, la même particularité que cette malade.

La réaction de Widal, pour le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, continue à occuper vivement l'attention des médecins, et c'est justice, car il y a là une très ingénieuse et très utile application du laboratoire à la clinique.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) a eu récemment l'occasion d'observer plusieurs cas de ces fébricules, quelquefois si difficiles à classer nosologiquement, qui évoluent en huit ou dix jours, sans symptômes franchement accusés, avec

une température dont la courbe semble être une réduction de la courbe dothiénentérique. Une goutte du sérum de ces malades a provoqué l'agglutination et l'immobilisation des microbes d'une culture fraîche du bacille d'Eberth, montrant ainsi qu'il s'agissait de ce qu'on a justement appelé des thyphoïdettes.

M. Achard ayant, dans son service, une nourrice atteinte de fièvre typhoïde, obtint immédiatement, à l'examen du sang, la réaction caractéristique. Poursuivant ses recherches sur d'autres liquides organiques, il se servit de la salive, et obtint également l'agglutination des bacilles d'Eberth. Cette malade ayant les gencives saignantes, il est très probable que la réaction était imputable à la présence d'une gouttelette de sang, car jusqu'ici la salive n'a donné que des résultats négatifs. Mais l'épreuve tentée avec le lait de cette femme donna une réaction aussi nette que celle du sérum, tandis que le lait d'autres nourrices fébricitantes, mais non typhoïdiques, ne provoqua aucune modification des cultures.

Le lait agit donc à la façon du sérum sanguin. Toutefois, la réaction ne se fait plus si l'on emploie du lait recueilli depuis quelques heures, et, par cela même, légèrement altéré. Le lait chauffé à 60 degrés conserve la propriété d'agglutiner les bacilles d'Eberth, mais, chauffé à 100 degrés ou filtré sur une bougie de porcelaine, il perd sa réaction. Des examens répétés et de nombreuses cultures n'ont d'ailleurs pas permis de découvrir, dans le lait de cette nourrice, la présence du bacille d'Eberth.

M. Achard a observé que l'exposition du sérum à la lumière solaire, ou même aux rayons solaires directs, ne lui enlève rien de ses propriétés.

M. Widal a obtenu sa réaction avec la sérosité provenant d'un vésicatoire appliqué sur un typhoïdique, qui présentait des complications pulmonaires. Le sang, desséché et examiné au bout de deux jours, conserve encore les mêmes propriétés. Mais pour obtenir des résultats nets, il faut deux fois plus de sang qu'à l'état frais.

M. Widal a produit l'agglutination des bacilles d'Eberth avec le sérum d'une personne qui avait eu, trois ans auparavant, une fièvre typhoïde assez intense et de longue durée. Il avait déjà constaté la même réaction en prenant le sang d'un de ses internes qui, cinq ans auparavant, avait eu une fièvre typhoïde grave.

Il résulte de ces deux exemples qu'on ne peut tirer aucune conclusion précise de la réaction produite avec le sang de malades qui auraient eu, quelques années plus tôt, la fièvre typhoïde.

M. Lemoine a rencontré le bacille d'Eberth dans les selles d'un tuberculeux. L'examen du sang ne fournit pas la réaction de Widal. L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion imputable à la dothiénentérie. Le malade avait eu la fièvre typhoïde cinq ans auparavant.

S'agissait-il, dans ce cas, d'une persistance tout à fait insolite du microbe pathogène, ou bien d'une contamination nouvelle, rendue inoffensive par l'immunisation qui résultait d'une première atteinte de la maladie ?

Quoi qu'il en soit, ce nouvel exemple de microbisme latent offre un grand intérêt. Combien de sujets peuvent porter en eux, sans le savoir, le bacille d'Eberth, et subir l'infection typhoïdique, lorsque certaines circonstances, encore ignorées, ont créé chez eux des conditions de réceptivité, ou exalté la virulence du microbe ! Et les déjections de ces sujets bien portants ne peuvent-elles pas apporter dans un milieu favorable les germes d'une épidémie?

M. Chantemesse fait remarquer que l'étiologie de la fièvre typhoïde est quelquefois bien complexe.

On veut poser, en principe, qu'elle a toujours pour origine les déjections de typhoïdiques — et, à ce propos, la réaction signalée par Widal apporte un argument de très grande valeur à l'appui de la spécificité de la dothiénentérie — mais, dans quelle mesure l'infection a-t-elle besoin de causes adjuvantes pour se produire? Nous connaissons, ou nous croyons connaître, un certain nombre de causes prédisposantes : l'encombrement, le surmenage, les mauvaises conditions de logement, d'alimentation, etc., qui, en somme, diminuent la résistance de l'organisme, mais nous ne savons rien de ce qui exagère la virulence du bacille d'Eberth, des associations microbiennes qui facilitent l'effraction de l'organisme. Le coli-bacille, les autres microbes de l'intestin sont-ils de simples témoins ou des complices du bacille d'Eberth? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Ainsi soit-il !

GASTRO-JÉJUNOSTOMIE POSTÉRIEURE

POUR STÉNOSE CICATRICIELLE DU PYLORE ; GUÉRISON

Par E. Poucel,

Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Le manuel opératoire de la gastro-entérostomie étant encore discuté, je crois utile de faire connaître le procédé que je viens d'appliquer avec succès.

Observation. — Louise B..., sans profession, quarante-trois ans, issue de parents arthritiques, maigrit à la suite de violents chagrins en mars 1894, et son poids, de 70 kilos, descend rapidement à 60 kilos.

Le 8 mai 1895, elle absorbe deux gorgées d'acide chlorhydrique (esprit de sel du commerce), qui provoque de violentes douleurs dans la bouche, le pharynx et le creux épigastrique.

Dès ce moment, l'alimentation devint difficile et dut être diminuée chaque jour ; les vomissements se multiplièrent, parfois gris et souvent sanguinolents. La constipation est opiniâtre, bientôt apparaissent les signes de cachexie : insomnie, douleurs, inappétence absolue, teint ictérique, diarrhée, œdème des membres inférieurs. Le poids du corps descend à 38 kilos et la malade réclame l'intervention chirurgicale.

A l'examen, je trouve le foie congestionné et douloureux à la pression, la vésicule biliaire très distendue et toute la région cystique douloureuse. L'estomac dilaté fait saillir l'épigastre, et au-dessous de lui se remarque la voussure du côlon transverse, dont la partie moyenne ptosée atteint le pubis.

A deux centimètres à droite de la ligne blanche et à distance à peu près égale de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde on perçoit le pylore induré et douloureux.

L'examen microscopique des matières vomies, fait par le professeur Nepveu, a été négatif au point de vue d'une dégénérescence cancéreuse, mais il a trouvé en abondance de la graisse, des grains d'amidon, des fibres musculaires encore épargnées, des sarcines qui, d'après certains auteurs, constitueraient une présomption en faveur du cancer, mais indiquent, à coup sûr, une notable faiblesse des sucs digestifs.

L'urine ne contient ni albumine ni glycose, elle renferme 14 grammes d'urée par litre, et comme la malade n'élimine

que 300 grammes, cela représente moins de 5 grammes par vingt-quatre heures.

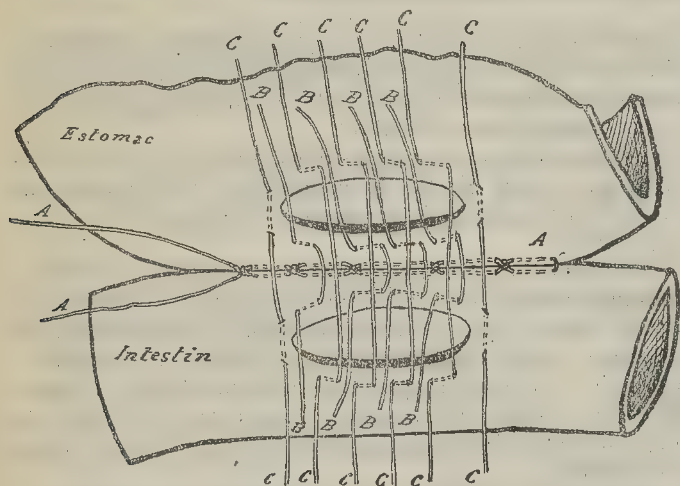
En présence de tous ces signes et de l'intolérance de l'estomac, qui ne peut plus recevoir même une gorgée d'eau sans violentes douleurs, je pratique la laparotomie le 21 mai 1896.

A cause de la faiblesse de la malade, pendant toute la durée de l'opération, les injections de sérum et de cognac furent pratiquées, comme j'ai l'habitude de le faire depuis plus de huit ans (1).

L'incision sur la ligne blanche commence à quatre centimètres de l'appendice et descend à un centimètre à gauche de l'ombilic pour éviter le ligament falciforme. Pas d'adhérences péritonéales, les parois de l'estomac sont épaissies, l'antre pylorique induré et dilaté et le pylore cicatriciel paraît imperméable. Pas de semis cancéreux ni tuberculeux dans le voisinage. La coloration du foie est normale; la vésicule biliaire très dilatée, épaissie, ne renferme pas de calculs; l'épiploon est normal.

Après cet examen minutieux de la région, j'attire au dehors l'estomac et le côlon transverse prolabé; je résèque l'épiploon au ras de ses insertions; le jéjunum est amené et le côlon transverse réduit. Suivant le conseil de Doyen (2), un fil long est provisoirement placé sur le mésentère du jéjunum pour indiquer le bout supérieur, et à quelques centimètres un fil court indique le bout inférieur.

Le jéjunum est accolé alors à la paroi postérieure de l'estomac (que je choisis de préférence à l'antérieure) et lui est réuni par une suture de Gély musculo-séreuse, longue de 10 centimètres, parallèle à la grande courbure et à 4 centimètres en arrière de celle-ci (voy. fig. AA). Les fils de cette suture sont noués après chaque entrecroisement.



Quatre pinces courbes garnies de caoutchouc sont appliquées sur le jéjunum et l'estomac, limitant les régions où doivent être pratiquées les ouvertures. Celles-ci sont faites en avant de la suture de Gély et à 1 centimètre environ. Je leur donne une forme ovalaire plutôt que linéaire. Le liquide brunâtre qui s'écoule est soigneusement épongé. Les deux orifices sont cousus par des fils séparés intéressant encore les tuniques séreuse et musculaire et disposés comme l'indique la figure (voy. fig. BB et CC).

Cette suture a l'avantage de ne pas trop rétrécir l'ouverture et d'accroître sa forme ovalaire. De plus, étant placée à 5 ou 6 millimètres du bord de l'ouverture, il en résulte une sorte de diaphragme pouvant jouer le rôle de valvule et empêcher le reflux de la bile vers l'estomac. Une fois l'anastomose terminée, on la protège en avant par une dernière rangée de fils qui solidarisent définitivement l'estomac et le jéjunum.

J'ai employé la soie ronde de Froger, numéro 0, et l'aiguille fine de Reverdin.

Au moment de l'enlèvement des pinces, le contenu de l'estomac se précipita dans le jejunum sans produire de tiraillements ni d'effusion à travers les sutures.

Le tout fut alors réduit et je pratiquai une boutonnière pariétale au niveau de la vésicule biliaire, dont le fond fut fixé à la peau par quatre fils. Suture de la paroi.

Les suites sont excellentes, la réaction normale.

Pendant les cinq premiers jours la malade est soutenue par des lavements nutritifs et des injections répétées de sérum alcoolisé. La température axillaire n'a jamais atteint 38 degrés.

Le sixième jour elle a une selle; le sentiment de la faim, qu'elle n'avait plus éprouvé depuis plus d'un an, reparaît et je prescris une cuillerée de bouillon toutes les heures. Le lendemain, prescription d'une demi-tasse à café de bouillon et potages les jours suivants.

Le taux des urines augmente et la constipation, dont la malade souffrait depuis de longues années, disparaît.

Le premier pansement est fait le 3 juin; la plaie est réunie par première intention; le fond de la vésicule est incisé et donne issue à une assez grande quantité de bile brune chargée de mucus.

Le 13 juin, la malade quitte le lit, la fistule biliaire est cicatrisée et l'état général s'améliore à vue d'œil. Le 21 juillet, le poids de la malade a augmenté de 6 kilos.

Cette observation présente deux points importants :

1° La *résection de l'épiploon* me paraît préférable à son refoulement dans l'arrière-cavité où il ne peut être qu'une cause de gêne pour les organes voisins; préférable aussi à la boutonnière épiploïque ou mésocolique, qui peut provoquer des étranglements.

2° Le *procédé de sutures* employé, affrontant partout des surfaces séreuses, laissant un orifice légèrement valvulaire et préservant le fil de l'infection, est à la fois sûr, solide et facile. De plus, il n'expose pas l'opéré aux inconvénients que peuvent présenter les divers boutons à anastomose conseillés jusqu'à ce jour.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas de contracture ischémique des muscles fléchisseurs guérie par raccourcissement des os de l'avant-bras. — Le docteur A. Henle, assistant (Breslau), dans les quelques notes qui accompagnent l'exposé des résultats d'une intervention qu'il a eu l'occasion de pratiquer et que nous résumerons plus loin, attribue à Volkmann l'honneur d'avoir, en 1881, indiqué, comme seul efficace, le traitement mécanique de la contracture musculaire.

Il justifie brièvement sa propre intervention par les considérations suivantes :

Le tissu conjonctif qui remplace les fibres musculaires dont la destruction est causée par le moindre apport du sang artériel dans les tissus, subissant, dit-il, la rétraction cicatricielle, exagère les effets de la contracture spasmodique qui ne tarde pas à apparaître; ce processus de sclérose prend fin avec l'achèvement du processus cicatriciel lui-même.

Le muscle peut continuer cependant à se contracter dans la mesure de la quantité de tissu musculaire qui reste intacte,

(1) P. Louge. Chloroformisation et injections hypodermiques de cognac. *Gaz. des hôpit.*, 28 août 1894, p. 927.

(2) E. Doyen. *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, Paris, 1895, p. 283.

et c'est dans le cas seulement où une portion de ce tissu reste intacte qu'il peut y avoir intervention, cela est évident.

Mais de ce qui précède, il résulte que les muscles contracturés sont des muscles trop courts pour leurs points d'insertion osseux, il est donc indiqué de raccourcir les os puisque l'élongation musculaire, qui donnerait le même résultat, n'est pas possible.

C'est ce qu'a fait Henle :

Chez un enfant de neuf ans qui s'était fracturé l'avant-bras droit et avait conservé à la suite de ce traumatisme une flexion prononcée des doigts et à un moindre degré de la main sur le bras, flexion que des mouvements actifs et passifs avaient tout d'abord améliorée, mais qui finalement restait stationnaire à 90 degrés environ; après s'être assuré que les mouvements des doigts étaient conservés dans la flexion forcée de la main sur le bras, que les réactions électriques étaient normales, que l'atrophie musculaire n'était pas par trop accentuée, Henle reséqua, le 9 février 1896, un centimètre et demi de chacun des os de l'avant-bras, ce qui lui permit d'étendre immédiatement les doigts de la main et la main sur le bras et de les maintenir dans cette position par un pansement approprié qu'il laissa à demeure pendant quatorze jours. Après quoi, il fit faire du massage pour assurer la consolidation des os qui était parfaite au bout de cinq semaines.

Le 21 mars, l'enfant sortait guéri, conservant les doigts et la main dans la rectitude, une simple gêne dans les mouvements de l'articulation du poignet. (Les photographies que l'auteur joint à son observation sont très suggestives.) (*Centralbl. f. chir.*, n° 19, 1896.)

Endocardite maligne au stade terminal d'une blennorragie. — L'observation que publient Dauber et Borst a une signification particulière en ce qu'elle tend à démontrer qu'une endocardite survenue au cours d'une blennorragie ne résulte pas toujours d'un envahissement de gonocoques.

Ces auteurs publient un cas de grave détérioration des valvules aortiques, survenue aux derniers stades d'une blennorragie.

Dans l'épaisseur des valvules, ils trouvèrent des diplocoques en forme de croissants typiques, situés, au moins pour une bonne part, dans l'épaisseur des cellules, diplocoques qui, tout en se colorant par le gram, manifestaient une extrême sensibilité à l'égard de l'alcool, mais qui cependant, cultivés sur des milieux de culture convenables, se différencièrent nettement du gonocoque, malgré la grande ressemblance qu'ils avaient présentée tout d'abord avec ce micro-organisme.

Les auteurs de cette observation regrettent qu'il n'ait pas été pratiqué d'ensemencement du pus uréthral pendant la vie. On se serait ainsi assuré de la coexistence possible, à côté du gonocoque dans l'urèthre, dès le début de l'écoulement, des micro-organismes trouvés dans le cœur après la mort, ou de l'invariabilité des cultures des gonocoques de l'urèthre durant toute l'évolution de l'endocardite, permettant ainsi d'affirmer qu'on n'avait pas eu affaire à une transformation microbienne. (*Centralbl. f. Mn. Méd.*, n° 19, 1896.)

Adénites tuberculeuses du cou liées à la carie dentaire. — Sur un ensemble de 113 enfants atteints d'adénite cervicale, Starck réussit à établir une relation de siège et de concomitance entre la lymphadénite et les caries dentaires dans 41 p. 100 des cas.

Dans cinq cas, la dépendance de la tuberculose cervicale vis-à-vis de la carie dentaire lui parut on ne peut plus vraisemblable et dans deux de ces cas, non douteuse, puisqu'il réussit à déceler la présence de bacilles de la tuberculose dans le tissu fongueux situé entre les racines d'une molaire, au milieu de dents cariées, répondant par leur siège aux ganglions malades.

Il découle de cette constatation une conduite pratique fort importante dans le traitement de l'adénite, de notion banale du reste, mais trop souvent négligée peut-être : la nécessité de joindre à l'extirpation des ganglions l'ablation des dents malades; de plus, le traitement des dents cariées et la propreté de la bouche s'imposent si l'on veut éviter ces accidents. (*Centralbl. f. chir.*, 1896, n° 20.)

Contribution à l'étude de la pathogénie, de la prophylaxie et du traitement du muguet chez le nouveau-né. — Julius Grösz vient de publier tout au long le résultat des observations qu'il a faites au cours d'une épidémie de muguet; l'article est intéressant par l'explication qui s'y trouve de la plus grande fréquence du muguet chez le nouveau-né et des moyens que l'on doit substituer aux lavages de bouche pour le combattre.

L'épidémie que l'auteur a été à même d'observer sévit à la clinique d'accouchements de Budapest pendant plus de deux ans (1893-1895); elle y passa à l'état endémique.

L'auteur cherche tout d'abord à se rendre compte de la préférence très marquée du parasite à l'égard des nouveau-nés. Pourquoi cette préférence? Elle est due, selon lui, au travail de desquamation épithéliale qui se produit au niveau de la langue à cet âge; commencé durant la vie intra-utérine, ce travail se poursuit avec une activité extraordinaire dans les premiers jours qui suivent la naissance. Les premières manifestations parasitaires se produisent du reste à la pointe et sur les bords de la langue, ainsi qu'à la face profonde des lèvres, là où le processus desquamatif est le plus actif.

L'auteur attache peu d'importance aux troubles digestifs, si fréquents chez le nouveau-né, pour expliquer la genèse du muguet, tout en reconnaissant qu'ils l'accompagnent fort souvent. En revanche, il fait ressortir le rôle prédominant que peuvent prendre les mauvaises conditions hygiéniques pour perpétuer une épidémie.

Grösz fait ensuite la critique, raisonnée et appuyée de statistiques justificatives, des lavages de bouche employés préventivement, ou même dans un but thérapeutique, par opposition aux avantages offerts par les badigeonnages quotidiens, qu'il pratique chez le nouveau-né depuis le jour de sa naissance jusqu'à sa sortie de la clinique, avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 (1).

L'auteur, en effet, oppose les résultats obtenus dans trois séries successives d'enfants soumis à des traitements différents :

Dans une première série, il y eut 140 cas de muguet sur un total de 447 enfants traités préventivement au moyen de lavages de bouche quotidiens.

Dans une seconde, on note 88 cas de muguet sur un total de 268 enfants, également traités par des lavages, avec cette différence que l'on ne les ordonne qu'aux enfants qui sont atteints par la maladie, et qu'on les administre avec le plus de ménagements et de douceur possible.

Le nombre des enfants atteints de muguet dans ces deux premières séries s'éleva donc à 233 sur un total de 715 nouveau-nés: ce qui fait une proportion de 32,7 p. 100.

A ces deux séries s'oppose la troisième comprenant un total de 216 enfants; sur ce nombre, on n'eut à constater que 20 cas de muguet, soit une proportion de 9,25 p. 100.

Ce résultat avantageux fut obtenu par l'emploi des badigeonnages au nitrate d'argent substitués aux lavages de bouche.

(1) L'auteur emploie une solution à 3 p. 100 quand les enfants présentent les premières manifestations du muguet. Il recommande également le badigeonnage préventif des mamelons de la nourrice avec la solution à 1 p. 100.

L'auteur explique ces résultats par la fâcheuse influence du lavage sur un épithélium ayant déjà tendance à desquamer; il a pu lui-même constater dans bien des cas la genèse de petites ulcérations aphteuses, en rapport direct par leur siège avec la direction imprimée au laveur et vraisemblablement dues à une pure action mécanique.

Sur le nombre d'enfants traités par les lavages de bouche (715), Grösz a pu constater 15 fois une affection aphteuse (Bednar'sche Aphten), alors qu'il n'en vit jamais depuis l'emploi du nitrate d'argent.

Ces petites ulcérations provoquées, par le lavage préventif, ont le grave inconvénient de servir de point d'appel aux localisations de l'oïdium.

Le bien fondé de ces constatations nous est confirmé par les observations concordantes d'Engel et d'Eröss, qui signalent aussi une augmentation considérable daus le nombre des cas de muguet lors de l'emploi des lavages et leur diminution lors de leur suppression. (*Jahrb. f. kinderheilk.*, Band **XLII, Heft II, 1896.**)

De la valeur du bacille de la diphtérie en pratique. — Henning (de Königsberg) communiquait au dernier congrès de médecine interne tenu cette année à Wiesbaden le résultat des observations bactériologiques et cliniques faites sur un ensemble de 63 cas de diphtérie.

Sur ce nombre, le bacille de Löffler se rencontre dans un peu plus de la moitié des cas (55,5 p. 100). Ces cas étaient des cas-types de diphtérie au point de vue clinique à l'exception de quelques-uns qui présentaient l'aspect d'amygdalites folliculaires.

Mais en revanche, dans une série de 9 cas, le bacille fit défaut et cependant ces cas se compliquèrent de paralysies dites diphtériques caractéristiques.

Ces faits, qui semblent atténuer dans une certaine mesure la spécificité du bacille de Löffler, demanderaient à être vérifiés. (*Wiener Klin. Wochens.*, n° 21, 1896.)

Tuberculose des hernies. — Roth ajoute à la casuistique de la tuberculose herniaire trois observations émanées de la clinique de Czerny qui portent, paraît-il, le nombre des cas de ce genre à 22. Dans ce nombre, figurent 14 cas de tuberculose du sac herniaire, 3 cas de tuberculose du contenu et 5 cas de tuberculose du sac et de l'intestin ou de l'épiploon réunis.

Roth distingue, dans la tuberculose du sac, une forme nodulaire et une forme membraneuse.

Selon lui, il y a le plus souvent participation de l'ensemble du péritoine et l'on a affaire à une tuberculose miliaire; mais dans quelques cas, les lésions sont limitées au péritoine du sac et succèdent à une ulcération intestinale où à l'ouverture d'un foyer tuberculeux quelconque dans la loge herniaire.

En somme il résulte de cet exposé que la tuberculose herniaire est presque toujours secondaire.

Le traitement doit être chirurgical. C'est seulement en face d'une lésion péritonéale, pleurale ou pulmonaire concomitante que l'on se trouvera en droit de remettre l'intervention, lors de l'apparition des premiers symptômes d'étranglement. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 22, 1896.) PAUL VIOLLET.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Exercice illégal de la médecine; le syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur contre B...

Jugement :

Attendu qu'il résulte des débats que B..., demeurant à Varennes-sous-Montsoreau, se livre habituellement à l'exercice illégal de la médecine, qu'il reçoit chez lui de nombreuses personnes qui viennent le consulter, et que, pendant longtemps même, il donnait ses consultations à Saumur, les jours de marché, dans l'auberge tenue par un sieur S...;

Attendu notamment que, dans le cours de l'année 1896, il a donné des soins et fourni des remèdes à la femme B..., qui était atteinte et est morte d'un cancer à la matrice; que le sieur B..., mari de la défunte, entendu comme témoin, dit que chaque bouteille de médicament était payée 3 francs, et qu'il a payé ainsi 21 francs à B...;

Attendu que, dans le cours de l'année 1895, la femme E... est allée le consulter pour une bronchite, sur le conseil d'une femme A... qui disait s'être bien trouvée de ses remèdes; qu'elle le vit trois ou quatre fois, et qu'à chaque fois il lui remit deux fioles de médicaments, l'une pour l'usage externe et l'autre pour prendre en potion, qu'elle payait ses fioles 4 à 5 francs.

Attendu, enfin, que dans le mois de février la femme C..., qui était atteinte de fièvre typhoïde et qui en est morte, est allée le consulter et qu'elle a reçu de lui une bouteille, dont il lui a indiqué la valeur comme étant de 5 francs, sans pourtant exiger au moment même le paiement;

Attendu que, ne pouvant nier la matérialité des faits, B... soutient qu'il ne tombe pas sous l'application de la loi, parce que le médicament qu'il fournit est un composé d'eau ferrée, d'infusion de verveine et de graine de foin, ce qui est absolument inoffensif;

Mais attendu que, quelle que soit la composition du médicament, du moment que B... le prône comme une panacée universelle et le vend aussi bien pour traiter le cancer que la bronchite et la fièvre typhoïde, il viole, dans son esprit comme dans son texte, la loi du 30 novembre 1892, et il tombe sous l'application des articles 16 et 18 de cette loi.

Par ces motifs,

Statuant sur les conclusions du ministère public, condamne B... à 5 francs d'amende;

Statuant sur les conclusions de la partie civile, attendu que les faits ci-dessus sont de nature à porter préjudice au syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur, le condamne à payer audit syndicat la somme de 50 francs à titre de dommages-intérêts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 27 et 29 juillet 1896, ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Perier, chirurgien à l'hôpital Lariboisière.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Leroux, médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine, à Paris; Gilbert, médecin de l'hôpital Broussais; Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris; Vialle, médecin à Paris; Bélugou, médecin à Lamalou-les-Bains; Bonneau, médecin à Mantes, et Mme Victorine Charleux (sœur Anselme), supérieure de l'hôpital militaire de Cayenne (38 ans de services).

— Par décret, en date du 29 juillet 1896, M. le docteur Gentilhomme, médecin principal des colonies en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 31 juillet 1896, M. le docteur Pichon, médecin principal des colonies en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1896, un concours s'ouvrira le 1er février 1897, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'École de médecine de Poitiers.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1896, la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard (de Castelginest); Desgranges (de Lyon); Leblond (de Rebais); et Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 90. — JEUDI 6 AOUT 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 6 AOUT 1896. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous voilà en pleines séances de vacances; les communications se font rares, les fauteuils se vident de plus en plus, le public lui-même est des plus restreints.

Nous n'avons à signaler qu'une communication de M. Cornil, qui a étudié, avec M. Chaput, l'histologie des réunions séro-séreuses intestinales. Sur des chiens sacrifiés à différentes périodes, ces messieurs ont pu se rendre compte, au jour le jour, du processus de la cicatrisation. Ce processus est dû uniquement à l'activité propre des cellules endothéliales et des cellules conjonctives sous-péritonéales.

M. Blanchard a fait un rapport sur un travail de M. Ducor, relatif à un cas d'actinomycose circonscrite de la mâchoire. Enfin M. Hervieux a lu le rapport sur les vaccinations et revaccinations, après quoi la séance a été levée.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. HANOT.

Note sur l'hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertrophique (1).

Dans un mémoire sur la cirrhose alcoolique hypertrophique, lu à la Société dans la séance du 23 mai 1890, M. Gilbert et moi avons décrit une cirrhose alcoolique caractérisée par l'hypertrophie du foie et une marche lente et relativement bénigne de la maladie. Nous n'avions pas donné une explication ferme de ces exceptions au syndrome de la cirrhose alcoolique ordinaire. Toutefois, nous avions déjà fait la remarque suivante :

« En ce qui concerne l'augmentation de volume du foie dans la cirrhose hypertrophique, elle est le résultat d'un processus complexe : d'un côté, au parenchyme hépatique normal s'ajoute un tissu anormal composé d'anneaux fibreux, creusé de nombreuses angiectasies capillaires; d'un autre côté, les travées hépatiques, loin de disparaître en même temps qu'évolue le tissu de sclérose, peuvent, ainsi que nous l'avons observé, — soit sous l'influence directe de l'alcool, soit sous l'influence de la sclérose d'origine alcoolique, — s'hypertrophier par places et tendre à l'orientation concentrique que l'on observe dans l'hépatite nodulaire, justifiant ainsi au sens strict notre qualificatif d'*hypertrophique.* »

Depuis 1890, j'ai observé, dans mon service, plusieurs cas de cirrhose alcoolique hypertrophique : un seul s'est terminé par la mort due à une otite suppurée intercurrente, compliquée de méningite. A l'autopsie, j'ai rencontré, en dehors des lésions indiquant une sclérose annulaire et périveineuse, un grand nombre de lobules composés de trabécules irrégulières à cellules hépatiques modifiées et qui sont représentés sur les dessins que je présente à la Société. Il y a là un processus concomitant de régénération du tissu hépatique, et je pense que l'on peut y trouver la clef de la phénoménologie exceptionnelle signalée plus haut.

Dans toute cirrhose, on note sur les coupes des aires d'étendue variable de tissu nodulaire, que l'on peut considérer, d'une façon générale, comme la forme affectée par le tissu régénéré compensateur, ainsi que j'ai tenté de l'établir dans un travail antérieur (1). J'y disais : « L'histoire de la régénération du foie n'est pas terminée. Tantôt elle se fait par hyperplasie régulière, comme dans les expériences pratiquées chez des animaux sains par Meister; tantôt par hyperplasie irrégulière, comme dans les observations de Ponfick. J'ai fait sur ce sujet des recherches que je continue. Il me semble bien aussi que dans les expériences faites sur les animaux, c'est l'hyperplasie régulière qu'on observe, tandis que c'est l'hyperplasie irrégulière dans les études d'anatomie pathologique humaine. Ce n'est là qu'un simple *a priori;* mes recherches personnelles ne sont pas encore assez avancées pour que je puisse formuler une conclusion.

« Dans les expériences de Meister, l'étude histologique a prouvé qu'il s'agit bien d'hyperplasie proprement dite ; et les dosages de l'urée urinaire semblent bien justifier la désignation de compensatrice. Quant à l'hyperplasie constatée dans les cas pathologiques, on ne peut jusqu'à plus ample informé déterminer si elle est aussi compensatrice, en d'autres termes, si les éléments qui remplacent les élé-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(1) V. HANOT. De l'hyperplasie compensatrice; de la régénération du foie, *Presse médicale*, 6 avril 1895.

ments disparus ont une activité équivalente. On le saura lorsque, dans un certain nombre d'observations de régénération hépatique, on aura procédé à un examen complet des urines au point de vue de l'élimination de l'urée, de l'urobiline et de la glycosurie alimentaire. »

Par hyperplasie régulière, j'entends la production de lobules composés de cellules hépatiques à morphologie ordinaire et de trabécules présentant l'ordination radiée normale, comme dans les expériences physiologiques d'ablation du foie; par hyperplasie irrégulière, la formation de lobules composés de cellules modifiées et de trabécules présentant une direction plus ou moins flexueuse, comme on en trouve dans les cirrhoses et le tissu qui se régénère autour des kystes hydatiques.

Dans les deux cas dont il s'agit ici, l'hyperplasie a été encore irrégulière et elle a pris un tel développement qu'elle explique l'hypertrophie du foie. D'autre part, l'évolution morbide semble indiquer que, dans la cirrhose hypertrophique alcoolique, l'hyperplasie réactionnelle concomitante, irrégulière au point de vue anatomo-pathologique, peut être considérée, au point de vue clinique, comme suffisamment compensatrice. Dans le cas actuel, la maladie datait de deux ans et allait s'améliorant après plusieurs paracentèses abdominales : il n'y avait ni hypo-azoturie, ni glycosurie alimentaire.

Quant à la cause, en vertu de laquelle le processus de compensation est plus intense dans certains foies alcooliques, moins intense dans d'autres, des études entreprises sur la pathogénie des cirrhoses hypertrophiques me conduisent à admettre un état préalable, originel, idiosyncrasique de la cellule hépatique, réagissant d'une façon différente de la réaction habituelle, sous une même influence morbifique.

CONSIDÉRATIONS

ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES RAISONNÉES : 1° SUR L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU ; 2° SUR L'ICTÈRE

Par le docteur E.-H. Collin, médecin principal de l'armée.

I

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU

A notre époque de *sérothérapie à outrance*, méthode dont je ne saurais médire et dont les progrès nous réservent, sans nul doute, plus d'une heureuse surprise, il peut sembler puéril de préconiser encore un traitement de l'érysipèle, alors, qu'en ce qui a trait à cette affection, le sérum de Marmoreck paraît devoir désormais en faire prompte et bonne justice. A cet égard, en effet, la statistique de M. Chantemesse estcertainement encourageante. Sur 554 malades traités dans son service par les moyens ordinaires, la mortalité a été de 3,79 p. 100, alors qu'avec le sérum, sur 501 malades, elle n'a été que de 2,50 p. 100. Dans le but d'éviter les inconvénients dus à l'injection hypodermique des divers sérums, ce médecin a recours à la voie rectale, dont il retire, paraît-il, aux mêmes doses, une égale efficacité. Il prétend, en outre, que, dilué dans cinq fois son poids de lanoline, ce sérum constitue un excellent pansement pour les lésions érysipélateuses. (Soc. méd. des hôpit., séance du 31 janv. 1896.)

Je n'ai point à savoir si, dans le cas spécial, ainsi que l'admet Chantemesse, le sérum, à la faveur de la lanoline, est absorbé par la peau. Ce qu'il y a de certain, sans tenir compte des difficultés, d'aucuns disent des dangers, plus ou moins réels de l'administration des sérums, ce qu'il y a de certain, c'est que, en ce qui concerne spécialement l'érysipèle, l'expérience ne s'est point encore suffisamment affirmée en faveur de celui de Marmoreck, quelle que soit d'ailleurs la porte d'entrée qu'on lui ouvre dans l'économie, pour qu'on puisse être autorisé à rejeter systématiquement d'autres méthodes dont l'efficacité a fait ses preuves, et ne saurait par conséquent être mise en doute.

D'autre part, si tant est que le sérum antistreptococcique vienne à prévaloir, le jour n'est pas arrivé où il puisse recevoir une application générale et courante de nature à permettre de faire litière de moyens moins directs, moins intimes quant au but à atteindre, mais qui n'en restent pas moins rationnels au point de vue de l'infection qu'il s'agit de combattre.

Dans cet ordre d'idées, je ne crois pas qu'il soit hors de propos d'*exhumer*, si je puis ainsi parler, en raison du temps depuis lequel je l'emploie, un mode de traitement qui m'a toujours donné les meilleurs résultats.

Mais d'abord, l'érysipèle de la face et du cuir chevelu est-il toujours une affection aussi bénigne qu'on le pense communément?...

Trousseau a dit que, « quand il n'est pas complication d'une autre maladie, l'érysipèle médical est généralement exempt de dangers ».

Jaccoud, après lui, porte sur l'érysipèle un pronostic favorable, « à condition, ajoute-t-il, que le médecin ne transforme pas en affection sérieuse une maladie essentiellement bénigne ».

Malgré cette assertion des deux éminents cliniciens, on ne saurait professer sans restrictions, à l'égard de l'érysipèle, un optimisme que viennent souvent démentir soit une issue fatale, soit tout au moins des complications fort graves parfois, qu'une thérapeutique mieux raisonnée eût peut-être empêché de se produire.

S'il est légitime, d'autre part, de considérer l'érysipèle *comme une maladie cyclique*, il est bon de rappeler aussi que ce cycle est variable, *et qu'il est lié, avant tout, à l'évolution de la lésion locale*. Il serait donc pour le moins imprudent de ne recourir qu'à une expectation armée dont le résultat pourrait être de laisser le champ libre à l'infection, faute de traiter avec plus de vigueur la lésion primordiale, qui en est à la fois le point de départ et l'expression apparente plus ou moins étendue.

Loin ne nous la pensée de passer en revue les différents modes d'intervention mis en œuvre contre l'érysipèle.

Trousseau, conséquent en cela avec sa façon d'envisager le pronostic de la maladie, lui *mettait*, si je puis dire, *la bride sur le cou* : il ne faisait rien ou presque rien.

Rappellerai-je, à ce sujet, les si longtemps fameuses fomentations de sureau, absolument anaseptiques par elles-mêmes et finissant par devenir bien pis que cela, grâce aux fréquentes immersions de la compresse dans un liquide sans aucune propriété désinfectante et rapidement souillé, d'ailleurs, par le résidu de moins en moins antiseptique dont se débarrassaient en sa faveur les mains des infirmiers ou des gens, quels qu'ils fussent, commis à la garde du malade? Aussi suis-je un peu surpris, je l'avoue, de voir Achalme (*Érysipèle*, édit. Charcot-Debove) donner encore les fomentations émollientes d'antan comme tout aussi efficaces que les applications antiseptiques locales actuellement adoptées par la majeure partie des praticiens.

— Les séances de la Société de chirurgie, suspendues pendant les vacances, reprendront le 7 octobre 1896.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Bernard (de Paris); Leussier (de Châteaubriant) et Montaz, chirurgien à Grenoble.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*
Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



de l'engager à se faire passer chaque matin, sur tout le corps, une grosse éponge imbibée d'eau alcoolisée.

Or, sous l'influence du lait, la nutrition se fit mieux, les urines devinrent plus abondantes, la sécheresse de la peau disparut, et la température, au bout de quinze jours, oscillait entre 37 degrés et 38 degrés, puis revenait à l'état normal.

Un mois plus tard, le retour de l'embonpoint se traduisait par une augmentation de poids, le sommeil laissait peu à désirer et l'existence n'était plus en danger. La paralysie fut alors soumise à l'action des courants continus, et nous avons tout espoir de la voir cesser prochainement.

Dans ce fait curieux d'intoxication arsenicale, le point le plus intéressant n'est pas la paralysie, phénomène depuis longtemps connu, mais la fièvre. La persistance de ce syndrome, ses caractères, et les oscillations de la température, en particulier, étaient de nature, en l'absence de tout désordre matériel pouvant l'expliquer, à faire croire à l'existence d'une *fièvre typhoïde* de moyenne intensité ; les sensations d'engourdissement et de picotement, accusées par la jeune malade, n'étaient, d'ailleurs, pas contraires à cette manière de voir, car elles éveillaient l'idée d'une paralysie consécutive à cette maladie.

Les faits d'intoxication arsenicale avec fièvre sont, en effet, très rares ; je n'ai pu en trouver aucun dans les observations rassemblées par Imbert-Gourbeyre ; mais ce phénomène a pu échapper à une époque où l'on ne faisait pas couramment usage du thermomètre.

Les observations les plus récentes ne mentionnent pas davantage l'état de la température du corps, cependant, la plupart des faits observés à Hyères, à la suite de l'ingestion de vins devenus dangereux par la présence de l'arsenic, ont été pris, tout d'abord, par plusieurs médecins, pour des cas de fièvre muqueuse, et deux des victimes de la pharmacie du Havre furent considérées également comme atteintes de cette même maladie.

Tel fut le diagnostic porté, dans le principe, chez notre malade, et il était difficile d'en admettre un autre en l'absence de tout désordre matériel pouvant expliquer l'état fébrile.

Aussi, la persistance de la fièvre, qui ne dura pas moins de quatorze semaines, vint seule éveiller l'attention et conduisit à soupçonner une autre maladie, laquelle se trouva mise en évidence par les caractères de la paralysie des membres inférieurs.

L'existence d'une affection médullaire n'était pas soutenable en présence de la symétrie parfaite de cette paralysie, de la prédominance de sa localisation aux muscles extenseurs et de l'état de la sensibilité, diminuée aux extrémités, normale à la partie supérieure des jambes et aux cuisses. L'âge de la malade, l'absence de douleurs lancinantes, l'intégrité de la vision et plusieurs autres circonstances conduisaient à rejeter l'hypothèse d'un *tabes ;* l'abolition presque complète des réflexes patellaires, l'absence de paralysie des sphincters, comme aussi l'atrophie des muscles paralysés étaient autant de phénomènes peu favorables à l'existence d'une lésion circonscrite de la moelle épinière, et, partant, une *paralysie toxique* s'imposait. Celle-ci, en raison de ses caractères et de son évolution, ne pouvait être attribuée à une fièvre continue, non plus qu'à une intoxication par les essences, et par contre, elle offrait tous les symptômes de la paralysie arsenicale.

Enfin, une amélioration sensible, survenue depuis six semaines, dans l'état des muscles paralysés qui commencent à reprendre leur volume et leur mouvement, puisque déjà la malade parvient à se tenir sur ses genoux, ce qu'elle ne pouvait faire jusque-là, nous porte à penser que cette paralysie a son siège dans les cordons nerveux, car cette amélioration ne serait pas possible, s'il s'agissait d'une altération de la moelle épinière avec atrophie musculaire consécutive.

Aussi, nous sommes persuadé d'arriver à une guérison définitive, et ce qui nous autorise à le croire, ce sont, non seulement les cas connus de paralysie arsenicale, mais encore les nombreux faits, observés par nous, d'intoxication par les apéritifs, ou des paralysies des quatre membres avec démence et incontinence des matières qui se sont toujours terminées favorablement, à moins d'altération des pneumogastriques ou de tuberculose aiguë, venant entraîner la mort.

En tout cas, s'il pouvait y avoir le moindre doute sur le fait qui nous intéresse, il nous suffirait de rappeler son évolution pour convaincre les plus incrédules, car nous y constatons toute la série d'accidents propres à l'intoxication arsenicale chronique, à savoir :

1° Tout d'abord des vomissements faciles, muqueux et bilieux avec saburrhes des voies digestives ;

2° D'un léger érythème pharyngo-laryngé, et un état fébrile dont la courbe thermique offre, avec celle de la fièvre typhoïde, une certaine ressemblance, sauf la durée ;

3° Des troubles de la sensibilité et du mouvement, localisés spécialement aux extrémités des membres inférieurs d'où ils irradient ensuite vers le tronc. (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale (1), par le docteur W. Cazenave, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Voici les conclusions de ce travail, conclusions qui sont adoptées par la majorité des chirurgiens :

I. Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont des néoformations épithéliales.

II. L'histologie pathologique montre que les unes sont constituées par un épithélium cylindrique le plus souvent cilié, les autres par un épithélium stratifié, polymorphe, métatypique, offrant quelquefois tous les caractères du tissu carcinomateux. D'où les trois variétés suivantes :

1° Adénome papillaire simple, cilié ou non cilié ;
2° Adénome papillaire atypique ;
3° Adéno-carcinome papillaire.

III. Au point de vue anatomique, et malgré leur nature épithéliale, les premières peuvent être considérées comme bénignes ; les deux autres comme malignes.

IV. On ne saurait affirmer que ce sont là trois variétés anatomiques distinctes ni qu'elles ne sont que l'expression des évolutions successives d'une seule et même tumeur.

V. D'une façon générale, on peut considérer cette classe de tumeurs comme malignes. Toutefois certains cas isolés évoluent cliniquement d'une façon bénigne après l'opération et ne récidivent pas, sans que rien dans leur conception anatomique puisse rendre compte jusqu'ici de cette marche. Néanmoins leur pronostic doit toujours être très réservé. En

(1) In-8°. — Paris, G. Carré.

effet, même les plus bénignes de ces tumeurs se manifestent par des troubles organiques graves (ascite, cachexie); elles ont de grandes tendances destructives, elles donnent lieu à des infections péritonéales fréquentes (greffes); enfin, elles sont susceptibles de récidiver. La métastase vraie ne s'observerait que dans les cas franchement carcinomateux.

VI. Plus l'intervention sera hâtive, plus on sera en droit d'espérer une guérison radicale. L'opération est indiquée à toutes les périodes d'évolution des tumeurs papillaires, et elle est justifiée par ce fait qu'on a signalé des succès durables, même dans des cas d'ablation partielle et de greffes péritonéales multiples. On interviendra donc dans presque tous les cas, l'intervention dût-elle être réduite à une simple laparotomie exploratrice. Celle-ci est, en effet, supérieure à la simple ponction qui est inefficace et peut être dangereuse. Elle permet de se rendre bien compte des lésions, elle assure une évacuation plus complète de l'ascite, toujours abondante à la période ultime; enfin, on doit à la laparotomie exploratrice des améliorations prolongées et souvent la disparition complète de l'ascite.

VII. L'ablation de ces tumeurs constitue, en général, une opération laborieuse et délicate.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Par MM. les docteurs Passant et Hautecœur.

Statistique du deuxième trimestre 1896.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	11	10	2	23
2e	7	17	2	26
3e	28	30	8	66
4e	23	58	14	95
5e	32	37	10	79
6e	9	22	9	40
7e	16	19	4	39
8e	3	7	0	10
9e	12	18	2	32
10e	28	32	7	67
11e	115	170	53	338
12e	41	54	13	108
13e	72	95	43	210
14e	42	57	30	129
15e	46	86	24	156
16e	17	19	2	38
17e	33	59	33	125
18e	100	141	70	311
19e	68	115	58	241
20e	179	232	126	537
	882	1278	510	2670

La moyenne des visites est de 25,93 par nuit. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 32,4.

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites.. 218
Croup.................... 18
Coqueluche............... 13

B. Asthme............... 51
Affections du cœur........ 122
Bronchites aiguës et chroniques................. 326
Pleuro-pneumonie......... 153
Congestion pulmonaire.... 57

C. Affections et troubles gastro-intestinaux.......... 283
Cholérine................ 41
Dysenterie............... 9
Athrepsie................ 17
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines... 106
Hernie étranglée.......... 23
Rétention d'urine......... 14

D. Métrite, métro-péritonite.................... 66
Métrorragie.............. 51

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

Fausse-couche............ 113
Accouchement, délivrance. 187

E. Affections cérébrales... 108
Convulsions, éclampsies... 67
Névralgie................ 58
Névroses................. 81
Épilepsie................ 8
Aliénation mentale........ 7
Alcoolisme, delirium tremens.................... 20

F. Rhumatisme........... 23
Affections éruptives....... 129
Fièvre intermittente....... 47
Fièvre typhoïde........... 5
Hémorragies de causes internes et externes....... 75

G. Plaies, contusions...... 83
Fractures, luxations, entorses................. 20
Brûlures.................. 2
Empoisonnements......... 19
Asphyxie par le charbon.. 3
Suicide................... 2

H. Mort à l'arrivée du médecin.................. 45
Total....... 2670

Les hommes entrent dans la proportion de			33	p. 100.
Les femmes	—	—	47,86	—
Les enfants	—	—	19,14	—

Visites du premier trimestre de 1896.	4254
Visites du deuxième trimestre de 1896. . . .	2670
Différence en moins.	1584

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

441. M. Chevereau. Du faux rétrécissement mitral ou rétrécissement mitral spasmodique. — 442. M. Brengues. Études sur les formes graves de la maladie de Maurice Raynaud. — 443. M. Mary. Du bleu de méthylène dans le traitement de l'uréthrite et de la vaginite blennorragique. — 444. M. Sévin. Étude sur l'hygiène des prisons. Maison d'arrêt du Havre. — 445. M. Pailloz. Localisation de la grippe. Influenza sur la vessie, l'urèthre, le testicule et ses annexes. — 446. M. Cauchemez. Des mesures sanitaires au marché aux bestiaux et aux abattoirs de la Villette. — 447. M. Charpentier. Contribution à l'étude de la cirrhose saturnine. — 448. M. Boyard. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de la conjonctive. — 449. M. Villeneuve. Des conjonctivites à streptocoques. — 450. M. Meslay. Étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie. — 451. M. Morin. Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur le sarcome intra-musculaire. — 452. M. Bouyer. De la tuberculose pulmonaire dans les kystes hydatiques. — 453. M. Blazy. Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale. — 454. M. Blanc. Rapports de l'inflammation avec la gangrène diabétique. — 455. M. Brusset. Contribution à l'étude du formol. — 456. M. Camero. Contribution à l'étude du traitement de la cystite douloureuse chez la femme par le curetage vésical. — 457. M. Schmid. Métrorragies et métrite hémorragique. Considérations cliniques, anatomiques et pathogéniques. — 458. M. Piras. De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité. — 459. M. Richard. Le traumatol; ses emplois en chirurgie. — 460. M. Ostrowsky. Recherches expérimentales sur l'infection générale produite par le champignon du muguet. — 461. M. Dinan. Étude sur le Pombotano (Calliandra Houstoni Bentham) comme succédané du quinquina. — 462. M. Ferrand. Troubles vasculaires du labyrinthe. — 463. M. Saint-Maurice. De la paralysie générale juvénile. — 464. M. Sigaut. Contribution à l'étude médicale des sénéçons. Action emménagogue. — 465. M. Virely. Contribution à l'étude du cancer de la verge. — 466. M. Ortiz. Contribution à l'étude des fractures du corps du tibia. — 467. M. Goujon. Contribution à l'étude sur l'ictère de la période secondaire de la syphilis acquise. — 468. M. Petitpas. De l'indicanurie. Étude pathogénique et séméiologique. Valeur clinique. — 469. M. Gamblin. Du traitement ioduré dans les affections des voies respiratoires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Gouguenheim, médecin du Conservatoire, est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Lepetit a été nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux de Clermont-Ferrand.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un concours s'ouvrira, le 25 janvier 1897, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillaud-Vallée (de Civray), Le Batard (de Quimper) et Mauquier (de Saint-Clar).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 92. — MARDI 11 AOUT 1896. 69e ANNÉE. MARDI 11 AOUT 1896. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Ch. ACHARD.

Application des rayons de Röntgen à l'étude d'un cas de rhumatisme déformant d'origine blennorragique (1).

L'origine infectieuse de certains rhumatismes est actuellement à l'ordre du jour, et, depuis quelque temps, s'est dessinée une tendance à décrire des pseudo-rhumatismes chroniques, déformants, d'origine infectieuse, comme on décrit depuis plus longtemps des pseudo-rhumatismes aigus infectieux.

Parmi ces arthropathies infectieuses, à forme de rhumatisme noueux, les mieux connues sont celles de la blennorragie. Mais si l'étude clinique de ces arthrites a été faite assez complètement, il n'en est pas de même de leur anatomie pathologique, et ce n'est, pour ainsi dire, que par induction qu'on se la représente, en se fondant sur les analogies constatées, sous le rapport de l'aspect extérieur, entre les parties atteintes dans ces cas et dans le rhumatisme noueux proprement dit.

En l'absence de documents anatomiques précis, il importe de tirer de la clinique tout ce qu'elle peut donner. Aussi avons-nous pensé qu'il y aurait quelque intérêt à étudier l'état du squelette au moyen des rayons de Röntgen, comme l'a fait, pour le rhumatisme déformant commun, notre collègue Launois, dans les recherches qu'il a récemment annoncées, et dont il a fait connaître les premiers résultats, à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 juin 1896.

Voici l'observation d'un malade atteint de rhumatisme déformant, d'origine blennorragique, chez qui nous avons pu appliquer ce moyen d'investigation :

OBSERVATION. — Th... (Désiré), âgé de cinquante ans, charpentier, entré le 5 juin 1896, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, n° 11. En 1862, pendant la guerre du Mexique, cet homme contracta une première blennorragie, pour laquelle il ne fit aucun traitement pendant environ onze mois. Au bout de ce temps, il fut pris brusquement de vives douleurs dans la nuque et le long de la colonne vertébrale, puis le genou gauche se tuméfia et devint très douloureux, puis ce fut le tour du genou droit. Il eut aussi, à cette époque, de la conjonctivite purulente et une orchite du côté droit. On immobilisa le genou gauche, le plus gravement atteint, pendant environ trois mois, dans un appareil plâtré. Tous ces accidents guérirent en six mois.

En 1890, le malade contracta une nouvelle blennorragie, qu'il traita aussitôt par le santal. Au bout d'un mois, il éprouva, comme la première fois, de vives douleurs à la nuque et à la région lombaire, ainsi qu'à l'articulation sterno-claviculaire. Elles durèrent un jour et firent place à des douleurs dans le genou droit, qui se tuméfia. Puis, successivement, se développèrent des arthrites multiples du poignet droit, des articulations de la main droite, enfin du poignet gauche et des articulations de la main gauche. Quelques jours après survinrent une ophtalmie purulente et des douleurs vives des deux talons, enfin des douleurs vives et de la tuméfaction des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils. Traité sept mois à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, le malade sortit en conservant des déformations des gros orteils.

En 1894, chancre induré de la lèvre, suivi de roséole.

A la fin d'avril 1896, nouvelle blennorragie, traitée immédiatement par le santal et les injections de sulfate de zinc. Au bout d'un mois, l'écoulement étant à peu près tari, des douleurs survinrent dans le genou gauche et aux deux talons, rendant la marche impossible.

Examen du malade à son entrée à l'hôpital. — Aux membres supérieurs, on constate que l'extrémité inférieure du cubitus droit offre un volume anormal et bien plus considérable qu'à gauche. Les articulations des doigts sont noueuses et élargies; les mouvements de flexion des doigts auriculaires sont très limités.

Aux membres inférieurs, les deux genoux sont le siège de craquements d'arthrite sèche. La pression, sous les deux talons, est très douloureuse.

Au pied droit, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est très tuméfiée; le gros orteil est déjeté en dehors et coudé à angle presque droit sur l'axe du premier métatarsien; il passe au-dessus du deuxième orteil qu'il croise transversalement.

Au pied gauche, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est volumineuse, mais moins que du côté opposé; le gros orteil est rejeté un peu en dehors et en haut, formant avec le bord interne du pied un angle obtus. La pression exercée dans l'espace interosseux, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, provoque une vive

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

douleur en un point très limité, au niveau duquel on ne sent aucune tuméfaction.

On remarquera, dans cette observation, l'influence des atteintes successives de blennorragie sur l'évolution progressive des arthropathies, comme dans les faits rassemblés par M. de Amaral (1). On notera aussi la prédilection de ce rhumatisme déformant pour les petites jointures. De plus, il est certain que les os sont altérés chez ce malade, et la simple exploration clinique montre, d'une façon très nette, que l'extrémité inférieure du cubitus est augmentée notablement de volume. Mais la vue et le toucher ne donnent que des renseignements imparfaits sur l'état du squelette des pieds, c'est-à-dire des parties les plus atteintes. On constate seulement qu'il y a des déviations très marquées des orteils, principalement au pied gauche, et qu'il existe dans le premier espace interosseux, de chaque côté, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, un point très douloureux à la pression, point très limité d'ailleurs, et au niveau duquel le doigt ne perçoit absolument rien. Or, la photographie au moyen des rayons de Röntgen (2) révèle qu'il y a là une altération osseuse : elle fait voir en ce point précis une tache sombre, correspondant à l'ombre projetée d'une végétation ostéophytique arrondie, qui s'attache par un pédicule au premier métatarsien. De même que les déformations visibles à l'œil nu, cette altération est symétrique, comme le sont habituellement aussi la plupart des lésions du rhumatisme noueux.

Ainsi, dans ce rhumatisme déformant blennorragique, comme dans le rhumatisme déformant ordinaire, on rencontre les lésions des os, du périoste, les ostéophytes.

Enfin, en terminant, je ferai observer que la variété déformante n'est pas la seule forme de rhumatisme blennorragique qui s'accompagne de lésions intéressant non seulement les articulations, mais aussi les os. J'ai observé une jeune femme qui, à la suite d'une arthropathie blennorragique du genou gauche, conserve une hyperostose générale du fémur, facile à constater au palper, en raison de l'atrophie du triceps.

Les photographies montrées par M. Achard sont, d'après M. Rendu, très probantes, et complètent la communication de M. Launois. Il est curieux de remarquer que dans le rhumatisme blennorragique, avec des déformations relativement faibles, en réalité, il existe des ostéophytes volumineux, tandis que dans le rhumatisme noueux, où les déformations extérieures sont si excessives, les extrémités osseuses sont relativement peu modifiées. C'est là un résultat tout à fait inattendu.

CONSIDÉRATIONS

ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES RAISONNÉES : 1° SUR L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU ; 2° SUR L'ICTÈRE (3)

Par le docteur E.-H. Collin, médecin principal de l'armée.

II

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE

A l'occasion d'un cas de péritonite tuberculeuse compliquée, pendant quatre jours et demi, d'occlusion intestinale, guéri sans laparotomie, et publié, sous mon nom, au mois de septembre 1893, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, je faisais allusion à l'usage de lavements naphtolés, destinés à assurer l'antisepsie de l'intestin infecté par le séjour anormalement prolongé des matières fécales.

Plus tard, dans une note qui compléta la publication de cette observation intéressante à plus d'un titre, je recommandais l'emploi de ces mêmes lavements, portés, pour le cas spécial, à une température élevée, dans le traitement de l'ictère, quelle qu'en fût d'ailleurs l'origine.

Je me propose aujourd'hui de donner à cette indication succincte un peu plus de développements, et de dire sur quelles bases me semble rationnellement reposer une intervention de nature à ne pas être dédaignée.

La méthode que je recommande n'offre rien, je le reconnais tout d'abord, de nouveau dans les éléments qui la constituent. Ce n'est pas d'aujourd'hui, en effet, qu'on s'est rendu compte que le traitement des ictères, qu'ils soient bénins ou malins, comporte, outre l'indication de rétablir, le plus rapidement possible, la perméabilité biliaire, celle, non moins importante, d'empêcher la production et l'accumulation des toxines dans l'économie.

Aussi, n'ai-je d'autre but que de signaler à l'attention des praticiens une technique différente, bien que reposant en partie sur les mêmes principes et que je crois plus simple, de celle mise en œuvre jusqu'ici à cet égard.

De quelle manière convient-il d'envisager, dans l'ictère, l'état septique du tube intestinal, et quel en est, logiquement, le principal élément d'infection ? A n'en pas douter, cet élément réside, avant tout, *dans la privation de bile à laquelle se trouve momentanément soumis l'intestin*. En effet, si l'on n'est pas absolument fixé sur l'action digestive de ce liquide organique dont on sait, cependant, à cet égard, qu'il neutralise le chyme, qu'il crée le milieu alcalin et qu'il concourt à la saponification des acides gras, on est, en tous cas, certain qu'il joue le rôle d'*excitant des contractions intestinales et d'antiputride*. On comprend, dès lors, combien sont troublés les actes digestifs dans un intestin où n'arrive plus la bile et où les graisses restent en partie inabsorbées. Il est, dans ces conditions, facile de concevoir que la nutrition générale souffrira et que l'ictérique s'intoxiquera lui-même, grâce aux produits viciés d'une fermentation intestinale défectueuse.

Il importe donc de suppléer artificiellement à ce manque d'antisepsie normale, physiologique, et de rendre à l'intestin l'arme dont il se trouve momentanément démuni.

Or, ici, l'indication est triple.

D'une part, ainsi que nous venons de le démontrer, il faut désinfecter l'intestin en contact avec les produits d'une digestion imparfaitement élaborée ; d'autre part, il est non moins indispensable d'épurer l'organisme des toxines et éléments biliaires résorbés ; il convient, enfin, conséquence logique de ce que nous disons plus haut, de rétablir, le plus promptement possible, l'écoulement biliaire passagèrement tari.

De quels moyens disposons-nous pour atteindre un but, plus complexe, ainsi qu'on vient de le voir, qu'il ne le paraît au premier abord ?

Certes, en ce qui regarde la désinfection du tube digestif, les ressources ne nous font point défaut, et nous trouvons dans la nomenclature si variée, et qui s'étend chaque jour davantage, des antiseptiques intestinaux, un choix qui n'a d'égal que l'embarras qu'il nous suscite. Grâce aux opéra-

---

(1) E. de Amaral. Th. de Paris, avril 1891.

(2) Je dois ces photographies à l'obligeance de MM. Weiss, agrégé à la Faculté, et Yvon.

(3) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 898.

tions intimes dont le laboratoire intestinal est le siège, nous obtenons, par leur intermédiaire, des résultats qui, dans un grand nombre de cas, prennent le pas sur une certaine catégorie de troubles, plus ou moins menaçants pour l'équilibre, si fragile par lui-même, des échanges nutritifs physiologiques.

Les *purgatifs*, eux aussi, en tant qu'*agents mécaniques* d'antisepsie, offrent une ressource du même genre, tels, par exemple, les purgatifs salins. Il en est d'autres, par contre, auxquels est dévolu un rôle plus spécialement chimique : qui ne connaît, à cet égard, le *calomel*, que son dédoublement dans l'intestin en bichlorure et en sulfure a fait considérer comme le purgatif de choix quand il s'agit de réfréner les fermentations intestinales?...

Ces moyens sont-ils toujours sufisants et toujours également utilisables dans l'ictère? Ne convient-il pas, d'une part, de compter, en ce qui concerne les purgatifs, avec l'intolérance stomacale, et partant de ne faire aucun fond sur un organe qui se révolte spontanément, et, à plus forte raison, à la moindre ingestion médicamenteuse? D'autre part, en ce qui regarde plus spécialement les antiseptiques proprement dits, est-on sûr qu'en agissant sur une surface aussi considérable que celle offerte par la muqueuse intestinale, leur pouvoir ne s'amoindrira pas quelque peu sur un parcours aussi long et aussi favorable aux arrêts? D'ailleurs, il faut bien le dire, la stérilisation complète par l'antisepsie interne est impossible : elle ne serait même pas conciliable avec la vie par la suspension qu'elle apporterait dans les processus digestifs. Il faut donc autre chose, quelque chose qui, par une voie différente, aille, en quelque sorte, au-devant des matières imparfaitement antisepsiées, et qui agisse directement sur elles, en les désinfectant sur place, à la façon dont on procède après leur issue, dans les affections dont elles sont le principal élément de contagion.

On les empêchera, de cette manière, d'être, pendant le temps de leur stagnation dans le gros intestin (qui absorbe et qui résorbe), une cause nouvelle d'auto-intoxication, comme dans le cas d'obstruction intestinale, par exemple.

Voilà pour la désinfection.

Comme moyens de dépuration organique, comme aussi de réaction, dans le cas d'obstruction du cholédoque, contre le défaut d'apport biliaire, deux puissantes ressources sont, on le sait, mises à notre disposition : j'ai nommé le *lait* et les *lavements froids;* le lait, cet auxiliaire providentiel, antiseptique d'ailleurs, mais, avant tout, agent provocateur de la sécrétion urinaire, et, par conséquent, indiqué toutes les fois qu'il y a lieu d'ouvrir les vannes rénales et de livrer passage aux produits excrémentitiels indûment retenus dans l'organisme; les lavements froids, préconisés déjà par Krull en 1877, vulgarisés, en France, par Chauffard, et auxquels, je le rappelle en passant, on doit ce double effet d'une augmentation de la tension artérielle et de la production d'ondes péristaltiques déterminant, par propagation, la contractilité de la vésicule et des voies biliaires extra-hépatiques.

Ai-je besoin de faire ressortir toute l'importance de ce dernier résultat? En ce qui me concerne, je m'en suis emparé, ainsi qu'on le verra plus loin, pour la porter à une puissance plus grande encore, grâce à un artifice dont j'espère fournir la justification.

Telles sont les considérations de thérapeutique physiologique, connues pour la plupart, mais qu'il m'a paru opportun de rappeler, dont j'ai tenu à faire précéder, afin de mieux étayer les applications personnelles qu'elles m'ont suggérées, l'exposé qui va suivre, de mon traitement de l'ictère, quelle qu'en soit la nature, ainsi que je le ferai ressortir dans la conclusion de ce travail.

1° Au lieu d'administrer par la bouche l'antiseptique choisi (naphtol ou benzo-naphtol, par exemple), je porte directement, au moyen d'un lavement, sur la surface et, autant que faire se peut, au contact des matières à désinfecter, la substance dont il s'agit. Je m'en tiens, ainsi que je viens de le dire, au naphtol, et surtout au benzo-naphtol, lequel serait même, par excellence, l'antiseptique type de l'intestin. Ces substances étant à peu près insolubles dans l'eau, je me sers d'une solution alcoolique au dixième, et au moment d'administrer le lavement antiseptique qui, bien entendu, a été précédé d'un autre, simple, destiné à vider l'intestin, j'y fais verser *deux cuillers à café* de la solution en question. En raison du court chemin à parcourir et du peu d'éparpillement du naphtol, cette dose m'a toujours paru suffisante.

Le liquide ayant été agité, le lavement est donné sans retard. Comme il importe que le liquide ainsi injecté, parvienne le plus haut possible dans le gros intestin, à la canule de l'irrigateur je fais adapter une sonde molle, du n° 20 ou 22, qui porte le lavement en un point suffisamment élevé pour qu'on soit certain qu'il y produira l'effet attendu. Afin, d'ailleurs, d'obtenir ce résultat, il devra être pris couché, la hanche gauche du malade légèrement relevée par un coussin.

Chaque lavement est d'un litre à un litre et demi, et il est conservé aussi longtemps qu'il est au pouvoir du malade de le faire.

Suivant l'intensité de l'imprégnation cutanée, le degré de décoloration des matières et celui de l'élimination pigmentaire de l'urine, j'en prescris de un à trois dans les vingt-quatre heures.

Ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, je vise de la sorte et j'atteins un double but.

Par la *quantité* du liquide, en même temps que j'augmente, comme avec l'eau simple, la tension artérielle, plutôt en baisse chez les ictériques, malgré les apparences du pouls, j'accrois le fonctionnement de l'émonctoire rénal, dont la perméabilité doit toujours maintenir, à un taux suffisant, sous peine du plus grand danger que puisse créer l'ictère, la dépuration organique. Par sa *qualité*, je désinfecte les matières au-devant desquelles il va, avec beaucoup plus de chances, il faut bien le dire, pour l'antiseptique, de ne point les manquer, que quand ce dernier est administré par la voie buccale.

2° Une autre modification, que je crois être également un perfectionnement de la méthode des lavements dans l'ictère, réside dans la *température* à laquelle je les administre. Au lieu, en effet, de les donner froids, je suis arrivé à les préférer *chauds*, *très chauds* même, *à 40 ou 45 degrés*.

Quelles sont les raisons de cette préférence?...

Tout d'abord, je suis en mesure d'affirmer que les lavements très chauds sont mieux supportés que les lavements froids, à 15 degrés, température à laquelle on les donne d'ordinaire. Ce fait n'a rien qui doive surprendre si l'on se rappelle l'action calmante des boissons chaudes sur les douleurs stomacales; or, il est permis, *a priori*, de concevoir que la chaleur ne saurait engendrer dans l'intestin ce qu'elle tempère dans l'estomac. Comme il est essentiel, d'autre part, que le contact avec la surface intestinale ab-

sorbante (il ne s'agit ici, bien entendu, que du véhicule de l'antiseptique, ce dernier étant insoluble, au moins en grande partie, et ne changeant que peu ou point de nature dans le gros intestin où les dédoublements chimiques sont certainement moins actifs que dans le reste du tube intestinal), comme il est essentiel, dis-je, que le contact avec la surface absorbante soit de quelque durée pour assurer l'augmentation de la pression artérielle, on voit quel avantage ressort de ce contact toléré sans douleurs ni coliques. Je le répète, cette tolérance est la règle ; et les malades un peu sensibles arrivent facilement à l'obtenir au deuxième ou troisième lavement.

En second lieu, la substitution du chaud au froid, chaque fois qu'il s'agit d'exciter la motricité, en stimulant directement les fibres musculaires lisses des divers systèmes, ne constitue-t-elle pas, aujourd'hui, un fait acquis et de banale notoriété? Comment traite-t-on une métrorragie, une épistaxis, si ce n'est par des injections d'eau très chaude? Or, que se propose-t-on dans ce cas? N'est-ce point de mettre précisément en jeu cette contractilité des tissus, de la pousser à une haute puissance et, comme conséquence, d'obtenir l'hémostase?

Ici, il n'est pas question d'enrayer une hémorragie : ce que l'on recherche, c'est cette excitation directe des fibres lisses de l'intestin, excitation dont des expériences physiologiques ont constaté la réalité, à l'égal de ce qui a lieu pour d'autres organes, sous l'influence de la chaleur. Se propageant de proche en proche, elle provoquera les ondes péristaltiques, lesquelles, remontant le courant, agiront, soit sur le cholédoque qu'elles débarrasseront d'un *bouchon muqueux*, s'il en est avec lequel il se trouve momentanément aux prises, soit, par réflexe, et plus sûrement que les lavements froids, en raison de leur énergie plus grande, sur la vésicule et les voies biliaires extra-hépatiques dont elles réveilleront la contractilité, même dans les cas les plus désespérés, en apparence, ainsi qu'il m'a été donné d'en observer un frappant et inoubliable exemple.

En résumé donc, tolérance plus grande, d'une part, contractions plus puissantes et, partant, plus certainement propagées, de l'intestin, de l'autre, telles sont les considérations qui m'ont déterminé à substituer l'eau très chaude à l'eau froide, dans l'emploi des lavements anti-ictériques.

J'arrête là cette communication. Aussi bien, mon but n'est-il point de battre en brèche le traitement de l'ictère tel qu'il se pratique d'ordinaire, mais seulement de le « moderniser », en mettant à son service ce qui, dans l'état actuel de la science (sérothérapie à part), semble le mieux se rapporter aux indications à remplir. C'est particulièrement à un phénomène pathologique possible, à un danger éventuel d'auto-intoxication que je m'adresse, danger d'autant plus à craindre qu'il s'ajoute à l'état infectieux qui constitue, dans certains cas, l'affection primordiale dont l'ictère n'est, après tout, que l'expression apparente et consécutive.

En résumé, que l'ictère soit *catarrhal*, maladie primitive et simple, localisée dans les canaux biliaires et occasionnée par une inflammation ou une obstruction de ces voies, obstruction que peut créer une influence même nerveuse (ictère émotif), sur le mécanisme de laquelle je n'ai point à m'arrêter ; qu'il soit *infectieux*, c'est-à-dire le produit d'un poison soluble, d'une toxine volatile (?) ou bien d'un microbe qui vivrait à l'état primitivement indifférent dans les eaux impures et les matières en putréfaction, peut-être même l'état des microbes normaux de l'intestin, le coli-bacille, par exemple, qui, d'après Chauffard, passerait à l'état virulent sous l'influence de conditions infectieuses ou chimiques mal définies (MARVAUX, *Maladies du soldat*) ; qu'il soit, enfin, *grave*, et constituant, non point une entité morbide liée à une lésion spéciale de la glande hépatique, aiguë ou chronique, mais seulement un syndrome pathologique succédant à une désorganisation du foie, quelle qu'en puisse être la cause ; que l'ictère, en un mot, revête l'une quelconque de ces formes cliniques, du moment où la bile est résorbée et ne coule plus dans l'intestin, la rétention des produits biliaires, et la privation qui en résulte pour les matières fécales, de cet élément physiologiquement indispensable, déterminent un double et sérieux danger auquel il importe de faire face par tous les moyens en notre pouvoir. Or, en portant, ainsi que je le fais, *directement*, l'élément antiseptique de suppléance sur les matières et la surface à désinfecter ; en provoquant sur les fibres intestinales, par le contact de l'eau très chaude, des contractions plus énergiques et qui, par cela même, ont plus de chances de se propager au loin, *j'estime parer plus sûrement et plus rapidement*, que par la méthode des lavements d'eau simple et froide, à une éventualité sérieuse, à une complication redoutable qu'il convient, par conséquent, d'écarter dans le plus bref délai possible.

REVUE DE LA PRESSE

L'alcoolisme chez les enfants. — M. Goriatchkine a fait à ce sujet un rapport très intéressant à la Société de pédiatrie de Moscou. Il a observé des cas assez nombreux d'éthylisme, et cela non seulement dans la classe pauvre et ouvrière, où malheureusement l'exemple est souvent donné par le père de famille ou par les camarades d'atelier, mais encore dans des familles appartenant aux classes supérieures.

L'auteur cite, à l'appui, l'histoire d'une fillette de cinq ans, qui prend souvent du cognac, du malaga, du porto ; cet emploi de spiritueux a commencé depuis la seconde année de sa vie, sur les conseils d'un médecin traitant ; peu à peu l'enfant a pris goût à ce traitement et, actuellement, elle prend chaque jour deux petits verres de porto et une cuillerée à café de cognac. L'enfant est anémique, a le sommeil agité, avec des accès de peur nocturne ; le foie et la rate sont hypertrophiés. Dans d'autres cas, l'intoxication était plus manifeste et se manifestait par les signes ordinaires de l'alcoolisme chronique.

Pour se rendre compte de la fréquence de l'alcoolisme chez les enfants et des causes qui pourraient l'expliquer, M. Goriatchkine a interrogé les parents de tous les enfants qu'il a eu l'occasion de voir à la consultation de l'hôpital Sainte-Olga. En quatre mois, il a pu recueillir des renseignements sur 1671 enfants (841 garçons et 830 filles), âgés de un à douze ans ; sur ce chiffre 506 enfants (282 garçons et 224 filles), c'est-à-dire un tiers environ, prenaient de l'alcool, soit à cause de l'entourage, soit (dans la moitié des cas) sur l'initiative du médecin ; cet abus commence souvent dès la première année. L'auteur est convaincu que, s'il y a tant d'alcooliques parmi les enfants, c'est en grande partie la faute des médecins qui ont l'habitude de prescrire trop souvent l'alcool sous différentes formes, soit pour stimuler l'appétit, soit dans d'autres buts ; souvent aussi on donne aux enfants des préparations diverses (vermifuges, antidiarrhéiques, etc.) en infusion alcoolique.

Cependant dans la grande majorité des cas, l'alcool n'est point indispensable et peut être remplacé par d'autres substances. En tout cas, en dehors des pyrexies aiguës, l'utilité

de l'alcool est loin d'être démontrée, tandis que, en prescrivant l'alcool, on crée l'habitude, le besoin d'un excitant et, chez les enfants prédisposés, issus de parents alcooliques, on éveille souvent la diathèse alcoolique créée par l'alcoolisme des parents et restée jusque-là à l'état latent.

Les seuls cas où l'on doive, d'après M. Goriatchkine, donner de l'alcool, sont ceux des maladies aiguës, avec défaillance du cœur; mais même ici, il ne faut pas se hâter de prescrire l'alcool, mais attendre le plus possible et n'y recourir qu'en dernier lieu; dès que l'activité cardiaque est revenue à la normale, il faut faire cesser l'emploi de ce médicament.

L'administration d'alcool dans les troubles chroniques de la nutrition, pour « donner des forces » à l'enfant, paraît être non seulement inutile, mais même dangereuse, à cause du besoin qu'elle crée; d'autre part, on ne connaît aucune observation authentique où l'alcool aurait rendu de réels services. Ce qui prouve d'ailleurs combien on peut se passer, en médecine, d'alcool, c'est que, depuis six ans, on n'y recourt, à l'hôpital Sainte-Olga (Moscou), qu'en cas d'extrême urgence, et cependant les résultats n'en sont pas moins bons qu'avant, loin de là.

Aussi l'auteur conseille-t-il vivement, d'accord avec Strumpell et Smith, d'éviter le plus possible de prescrire l'alcool et de s'opposer de toutes les forces à ce que les parents en fassent prendre, sous quelque prétexte que ce soit, aux enfants. (*Wratsch*, 1896, n° 15.)

Modification du procédé de Billroth pour l'ablation des kystes hydatiques du foie. — Le professeur Bobroff a récemment eu l'occasion d'enlever un kyste hydatique du foie, des dimensions d'une tête d'adulte, et a procédé de la façon suivante : l'hydatide enlevée, la poche fut nettoyée avec de la gaze stérilisée; on en excisa la partie la plus amincie sur une longueur de 12 centimètres et on injecta dans le reste de la poche 250 grammes de solution physiologique de sel marin. On mit ensuite deux rangées de suture sur les bords inversés de l'orifice de la poche et, après avoir remis le foie dans la cavité abdominale, on sutura complètement la plaie abdominale. Il n'y eut qu'une légère ascension thermique vers la fin du second jour, ensuite la température revint à la normale et la réunion se fit par première intention. Quinze jours après, la malade put quitter le lit et, au bout d'un mois (à partir de l'opération), elle quitta l'hôpital, complètement rétablie.

La rapidité de la guérison était donc vraiment remarquable. En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité absolue d'injecter, dans la poche, un liquide indifférent, car il empêche la pénétration des liquides des tissus environnants dans la poche; le liquide injecté se résorbe peu à peu et la plaie se cicatrise. (*Journ. de méd. et d'hyg. russe*, mars 1896.)

Un cas d'anévrysme de la carotide interne dans la pyramide du temporal. — Ce cas, très rare, a été observé par le professeur Bekhtereff; la malade est entrée, il y a deux ans, avec une paralysie faciale périphérique gauche, paralysie du moteur oculaire externe, du pathétique et du trijumeau gauches, surdité, disparition de la sensibilité gustative de la muqueuse linguale du même côté comprenant aussi la muqueuse du tiers postérieur de la langue, hémiatrophie gauche de cet organe, qui était dévié à gauche, signes de paralysie du laryngé supérieur gauche, dysphagie, atrophie du sterno-mastoïdien, léger myosis. Ainsi donc tous les nerfs craniens du côté gauche, excepté ceux des trois premières paires, étaient lésés. Les symptômes subjectifs étaient caractéristiques : céphalée localisée à la région occipitale gauche et souffle systolique au niveau de l'apophyse mastoïde du même côté. En se basant sur tous ces symptômes, on porta le diagnostic d'anévrysme de la carotide interne dans la portion pyramidale du temporal et s'étendant jusqu'à la selle tarcique où elle comprimait les nerfs des quatrième et sixième paires; les autres nerfs étaient comprimés probablement au moment même de leur sortie, à leur origine. La ligature de la carotide primitive amena d'abord une amélioration, mais celle-ci ne fut que de très courte durée; au bout de six semaines, le souffle revint, quoique moins intense. Il y a quelques semaines, la malade s'est de nouveau présentée, avec, cette fois, un ralentissement notable du pouls, des vertiges, une faiblesse générale et, en outre, une tumeur au niveau de l'oreille gauche. La mort ne tarda pas et, à l'autopsie, le diagnostic du siège de l'anévrysme fut pleinement confirmé; il y avait, en outre, un abcès du lobe temporal gauche : le pus avait perforé la partie supérieure du rocher et avait pénétré dans la fossette cérébrale moyenne. (Réunion scientifique des médecins de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Saint-Pétersbourg, mars 1896.)

Eclampsie chez un enfant de trois ans, provoquée par des végétations adénoïdes. — Il s'agit d'un garçon de trois ans, de famille névropatique et tuberculeuse, chez lequel se produisaient depuis trois semaines des accès éclamptiques. Leur début fut brusque et sans cause apparente; l'accès se caractérisait par des convulsions toniques des muscles, la mydriase et la perte du réflexe lumineux; les globes oculaires étaient dirigés en haut, la respiration devenait bruyante et pénible; il s'écoulait de l'écume par la bouche. Chaque accès durait une demie à 1 minute, leur nombre augmentait de jour en jour et atteignit le chiffre de 50 par jour; parfois, les accès étaient nocturnes.

La présence des vers intestinaux était exclue par l'absence d'œufs dans les selles; mais l'enfant avait des végétations adénoïdes et un phimosis. On sait que quelques auteurs ont observé des cas d'éclampsie réflexe, provoquée par le phimosis, mais M. J. Kalmikoff, qui a observé le cas que nous rapportons, n'attribue au phimosis que le rôle indirect suivant : l'enfant, très nerveux, s'est mis, sous l'influence du phimosis, à faire de l'onanisme, ce qui a augmenté l'excitabilité du système nerveux; aussi celui-ci a-t-il réagi par des attaques d'éclampsie contre les végétations adénoïdes qui entravaient peut-être l'hématose. Ce qui paraît justifier cette explication, et démontrer que c'étaient bien les végétations qui constituaient la cause essentielle de l'éclampsie, c'est que leur ablation a mis fin aux accès. (Société de pédiatrie de Moscou, avril 1896.)

Traitement de la méningite cérébro-spinale des enfants par les bains chauds. — Ce mode de traitement a été proposé pour la première fois en 1894, par Aufrecht, qui a observé un cas de guérison d'une méningite cérébro-spinale très grave, par les bains chauds. L'année dernière, ce traitement a été appliqué avec succès dans deux autres cas analogues, par Vorochilsky; enfin, Kalmeyer a également eu à s'en louer dans plusieurs cas. Cette thérapeutique étant encore toute nouvelle, et les cas où on l'a appliquée peu nombreux, chaque nouvelle observation de traitement de la méningite cérébro-spinale par les bains chauds nous semble mériter l'attention; c'est pourquoi nous rapportons deux des cinq observations, très résumées, communiquées par M. Evnine :

I. Enfant de six ans, malade depuis six semaines. Opistotonos, raideur de la nuque, fièvre vive, céphalée. Météorisme. Pouls à 128 par minute, petit mais régulier. Pas d'obnubilation des sens. Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, on commença le traitement par les bains (à 30 degrés R), qui, aussitôt, amena l'accalmie; l'enfant a pu dormir, la céphalée a diminué, l'appétit revenait peu à peu. Pendant les dix

premiers jours, la température était encore élevée et nettement intermittente (39 à 40 degrés le soir, 37 le matin); puis, les oscillations diminuèrent d'amplitude, tous les troubles s'amendèrent, et au bout d'un mois la guérison fut complète.

II. Fillette de dix ans, entrée le troisième jour de la maladie, qui a débuté brusquement par des frissons, des vomissements, la fièvre et la constipation. A l'examen : raideur de la tête, sensibilité extrême des apophyses des vertèbres cervicales et dorsales; membres inférieurs fléchis. Foie gros; rien dans les autres viscères. Par la ponction vertébrale, on retire 30 centimètres cubes de liquide trouble, riche en albumine et en globules de pus. Traitement par les bains à 30 et 32 degrés R. Au bout de trois semaines, l'amélioration commença et, six semaines après le début, la guérison fut complète.

Les trois autres cas de l'auteur sont à peu près analogues; à cette différence près que l'effet du traitement commençait parfois à se montrer jusqu'à un mois après son début; la température des bains était parfois ramenée jusqu'à 35°R; mais dans tous les cas, quelque graves qu'ils fussent, la guérison était toujours complète. Jamais les bains n'ont provoqué aucun accident secondaire et étaient parfaitement supportés par les petits malades.

Se basant sur ces observations, l'auteur recommande fortement de recourir, dans les cas graves de méningite, à l'emploi des bains chauds. (*Wratsch*, n° 17, p. 500.)

S. BROÏDO.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

470. M. Chaix. Traitement de l'uréthrite blennorragique chez la femme par les tiges d'ichtyol. — 471. M. Vernhes. Du scorbut infantile compliqué ou non de rachitisme. Maladie de Barlow. — 472. M. Siou. Contribution à l'étude de l'hydramnios, dite aiguë, et de son traitement. — 473. M. Monsiorski. Étude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. — 474. M. Clavaud-Ribourgeon. Hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires. — 475. M. Floersheim. Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. — 476. M. Dassonville. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. — 477. M. Sassier. Des bruits subjectifs de l'ouïe. — 478. M. Touillon. De la castration double dans l'hypertrophie de la prostate. — 479. M. Boudaut. Le tétanos et la sérumthérapie. — 480. M. Gaudeffroy. Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant. — 481. M. Parizeau. L'arthrite blennorragique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce. — 482. M. Poitout. Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières. — 483. M. Piaget. Études sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne. — 484. M. Thomas de la Plesse. Études sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique. — 485. M. Ladevie. Le traumatol. Ses propriétés antiseptiques et thérapeutiques. — 486. M. Billard. Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique. — 487. M. Favre. La docimasie pulmonaire. Rôle de la putréfaction du poumon. Étude médico-légale. — 488. M. Chassy. De l'angine variolique. Sa valeur diagnostique et pronostique. Conclusions basées sur 819 observations personnelles. — 489. M. de Caze. Étude clinique sur la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe. — 490. M. Landel. Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — 491. M. Riffé. Le typhus exanthématique à Paris en 1894. — 492. M. Choppin. De la perforation dans l'ulcère latent de l'estomac. — 493. M. Labat de Lambert. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie. — 494. M. Sauné. L'hémoptysie des pneumoniques. — 495. M. Lecœuvre. De l'héméralopie. Sur une épidémie d'héméralopie avec xéropsis épithélial. Étude séméiotique. — 496. M. Prévost. Contribution à l'étude de la prothèse osseuse, os décalcifié, plombage, prothèse proprement dite. — 497. M. de Castro Medeiros. De la greffe de Thiersch. — 498. M. Bossan. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de l'ammoniurie. — 499. M. Masson. Étude historique, clinique et thérapeutique de la dyspnée tonique. — 500. M. Sangline. Contribution à l'étude de l'hépatoptose. — 501. M. Amelin. Maladie de Landres-Beauvais chez l'enfant. Rhumatisme chronique. — 502. M. Lévy (Armand). Du traitement des tuberculoses locales en général et de la coxalgie fistuleuse en particulier. — 503. M. Melo. Cardiopathies valvulaires et névroses. — 504. M. Samways. Rôle de l'oreillette gauche, notamment dans le rétrécissement mitral. — 505. M. Bernard. Bruits du cœur dans la fièvre typhoïde. — 506. M. Michailovitch. Traitement de la coqueluche par le bromoforme. — 507. M. Espinat. Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques. — 508. M. Ricapet. Contribution à l'étude de la noix d'Arec. — 509. M. Bensa. De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. — 510. M. Dantan. Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique. — 511. M. Causeret. L'airol en thérapeutique et principalement dans la blennorragie. — 512. M. Gaultier. De la pneumococcie pharyngée. — 513. M. Bubais. Applications de la photographie à la médecine. — 514. M. Barasch. Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. — 515. M. Le Même. De l'hydarthrose intermittente et de son traitement chirurgical. — 516. M. Caroli. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale. — 517. M. Pourtier. Du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme. — 518. M. Eisberg. Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales; processus tuberculeux et sa curabilité. — 519. M. Darnal. Dégénérescence et responsabilité pénale. — 520. M. Fournier. Origine microbienne de la lithiase biliaire. — 521. M. Dongradi. Considérations sur la topographie du zona. — 522. M. Le Dard. La paralysie faciale dans le tétanos céphalique. — 523. M. Darteyre. Le lysol. Ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes. — 524. M. Berg. Contribution à l'étude des nerfs et de la moelle chez les amputés. — 525. M. Ruéda. Association de l'hystérie avec les différentes maladies. — 526. M. Zachariadès. Existence des cellules ganglionnaires dans les racines antérieures sacrées de l'homme. — 527. M. Dorison. Rhinite hypertrophique. — 528. M. Golspiegel. Spermatorrhée neurasthénique. — 529. M. Lemariey. De l'otite moyenne aiguë. — 530. M. de Combes. Cure radicale de la hernie inguinale par la méthode sclérogène. Résultats immédiats. — 531. M. Bertrand. De l luxation incomplète, récidivante et volontaire du genou, consécutive à la déchirure des ligaments croisés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 août 1896, M. le docteur Brunswic, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juillet 1896, M. le médecin-major de première classe Gigon a été affecté au 117e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 1er août 1896, M. le médecin-major de première classe De Santi est affecté à l'hôpital militaire d'Oran.

— Par décision ministérielle, en date du 8 août 1896, M. le médecin-major de deuxième classe Astier est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. le médecin-major Faveret, affecté à l'orphelinat Hériot.

— *Faculté de médecine de Lyon*. — M. le docteur Pauly est nommé chef de clinique médicale.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans*. — Un concours pour deux places d'in-

ternes titulaires et trois places d'internes provisoires, s'ouvrira le 15 décembre prochain. — S'adresser pour les inscriptions au secrétariat des hospices d'Orléans.

— M. le docteur Gilles de la Tourette est nommé médecin en chef de l'Exposition universelle de 1900.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Castellan (d'Aix), Cérou (de Paris) et Teissier (de Marseille).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour **les adultes convalescents** *ou* **valétudinaires**, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances

TOILE VÉSICANTE
LE PERDRIEL
Action Prompte et Certaine

LA PLUS ANCIENNE
La Seule admise dans les Hôpitaux Civils
EXIGER LA COULEUR ROUGE

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des femmes* et la *Chlorose*, dans les *Maladies de la peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires et rhumatismales* de tout genre.
Les bons effets de l'**ICHTHYOL** sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives et antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.
Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

AIROL

ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

MARQUE GRIFFON



L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

HOFFMANN, TRAUB & Cie
BALE (Suisse)

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.
VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;
Indiqué dans: NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— LYON —

KELENE
CHLORURE D'ETHYLE PUR
Application du Profr Dr C. REDARD

Pour prix et litterature demander le prospectus



Breveté s.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

CAPSULES
VALERIANATE D'AMYLE
BRUEL

Dans toutes les Pharmacies

L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE, qu'il ne faut pas confondre avec l'Éther valérianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques. C'est aussi le *meilleur dissolvant de la Cholestérine*.
Deux capsules prises avant le coucher, procurent un sommeil plus calme que le chloral.
DOSE : *3 à 10 Capsules par 24 heures.*

NEVRALGIES MIGRAINES
COLIQUES HEPATIQUES
NEPHRETIQUES UTERINES

Gros : *11, r. de la Perle*, PARIS

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

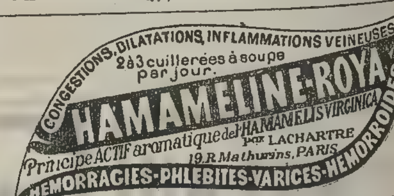
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PROJECTEUR HYDROTHÉRAPIQUE
BELLEVILLE
P. CRÉPY, constructeur
PARIS — 13, rue Bouret — PARIS
TÉLÉPHONE



Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney
FOUGÈRE MALE ET CALOMEL
TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.
Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.
Phie LIMOUSIN ※, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.



GRANULES de **FOWLER**
GRANULES de **BAUMÉ**
PERICOLS à la Glycérine bellado-iodurée
du DOCTEUR LEGROS
1, Place de la République. ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS.

ANTIPYRINE DU Dr KNORR
Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

N° 93. — JEUDI 13 AOUT 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 13 AOUT 1896. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Henri Monod a communiqué un fait intéressant : il s'agit d'un Chinois gravement atteint de la peste que M. Yersin a guéri par l'injection d'un sérum antipesteux préparé par lui. Trois injections ont suffi pour guérir ce malade en trois jours. Ce fait, annoncé officiellement par notre consul à Canton, vient d'être heureusement confirmé par d'autres observations : M. Brouardel, en effet, a reçu une nouvelle dépêche de M. Yersin annonçant que, sur 27 cas traités par ce moyen, 25 ont été guéris. On comprendra toute l'importance de ces faits. Mais il est de toute nécessité que l'on possède de nouveaux détails sur ces observations, qui, si elles se confirment, font le plus grand honneur à M. Yersin.

M. Berger a fait un rapport sur une observation de spina bifida présentée par M. Kirmisson. Au cours de ce rapport, M. Berger déclare que les résultats éloignés qu'on observe chez les petits malades opérés de spina bifida ne sont pas toujours aussi satisfaisants que pourraient le faire croire les résultats immédiats de l'opération. Il faut donc attendre avant de publier les observations.

M. Maurel (de Toulouse) a fait une communication qu'il intitule ainsi : « Hyperleucocytoses post-phlébotomiques et post-révulsives. » On trouvera plus loin le résumé des intéressantes expériences de M. Maurel.

HOPITAL ANDRAL. — M. Albert MATHIEU.

Relation d'une épidémie de psittacose.

Par MM. DELAMARRE et DESCAZALS, internes des hôpitaux de Paris.

I

Le 18 juin 1896 sont entrés à l'hôpital Andral, dans le service du docteur Albert Mathieu, trois membres d'une même famille paraissant atteints d'une même affection : le père, la mère et la fille. Les recherches étiologiques auxquelles nous nous sommes livrés nous ont montré qu'il s'agissait d'une petite épidémie de psittacose, dont voici la relation détaillée :

Au n° 143 de la rue Oberkampf habite la famille S... Elle était composée de sept personnes : le père et la mère, âgés de quarante-cinq et quarante-huit ans, et cinq enfants, trois garçons de vingt-quatre, vingt et cinq ans, et deux filles de treize et onze ans. La maison en question est divisée en un très grand nombre de petits appartements occupés par des familles d'ouvriers.

Le logement de la famille est situé au deuxième étage, sur la cour. Il est composé de trois petites pièces et d'une cuisine, mal aérées et dans des conditions de propreté et d'hygiène fort défectueuses.

Aux environs du 1er mai 1896, S... acheta à un marchand ambulant une vieille perruche, croyant faire l'acquisition d'un jeune perroquet.

Pendant huit jours, la perruche fut gaie et méchante, essayant de mordre les personnes qui l'approchaient.

Mme S... lui donnait à manger de bouche à bec.

Au bout de huit jours, l'oiseau devint triste, somnolent et très doux ; il ne mangeait plus qu'avec difficulté. Il se tenait immobile, les plumes hérissées, les ailes tombantes, et présentait une diarrhée abondante répandant une odeur très fétide.

Cet état persista plusieurs jours et l'oiseau mourut vers la fin du mois de mai, avant que personne dans la famille ne fût encore malade.

Le 8 juin, Mme S... perd subitement connaissance et est obligée de s'aliter. Fièvre intense, mais pas de frisson ni de point de côté. Quarante-huit heures après, elle se plaint de douleurs généralisées et progressivement s'établit un état typhique très marqué. Une dyspnée assez intense apparaît, et lorsque la malade entre dans le service, le 18 juin, il y a déjà quatre jours qu'elle ne reconnaît plus son entourage.

Le 10 juin, la fille aînée se plaint de maux de tête, de lassitude générale et de douleurs vives dans les membres inférieurs. Elle garde le lit quatre ou cinq jours, avec une température de 39 degrés à 39°5.

Le 12 juin, sa petite sœur éprouve les mêmes phénomènes avec, en plus, des vomissements et une température de 39°5. Elle entre le 18 juin dans le service, où on fut autorisé à la garder malgré son jeune âge.

Le 13 juin, le père, qui depuis quarante-huit heures se sentait fatigué, est obligé de s'aliter. Il est conduit à l'hôpital Andral le même jour que sa plus jeune fille, le 18 juin.

Les trois fils, bien qu'ayant continué à vivre avec le reste de la famille, n'ont ressenti aucune atteinte.

Mais une sœur de S..., qui soigna ses parents malades, fut, paraît-il, obligée de garder le lit plusieurs jours avec une température assez élevée. Nous ne l'avons pas observée.

La perruche avait été jetée depuis plusieurs jours : nous n'avons donc pu l'examiner.

La famille S... possédait, en outre, un petit chien qui, pendant quelques jours, à cette époque, parut triste et ne mangea pas. On le mit en observation, mais ces symptômes disparurent et il se rétablit rapidement.

Les mêmes précautions furent prises à l'égard de plusieurs petits oiseaux qui vivaient dans une cage voisine de celle de la perruche. Ils n'ont présenté aucun des signes de l'infection.

Ainsi donc nous voyons que, sur sept personnes composant la famille, quatre ont été atteintes, ainsi qu'une parente qui avait été en rapports journaliers avec les malades. L'étiologie que nous venons de rapporter et les observations qui suivent montrent bien que nous avons eu affaire à des cas de psittacose. Et, là encore, nous voyons que la personne la plus gravement atteinte, la seule qui succomba, fut la femme S..., qui alimenta la perruche en la gavant de bouche à bec et qui eut, par conséquent, le plus de contacts avec l'oiseau. Faisons de plus remarquer que, sur les trois fils indemnes, deux tout au moins étaient le plus souvent retenus hors de la maison par leur travail.

Voici maintenant les observations que nous avons pu recueillir :

Observation I. — Mme S..., quarante-huit ans, est tombée malade le 8 juin ; subitement elle perdit connaissance et fut obligée de s'aliter. Le lendemain, elle se plaint de maux de tête, de douleurs généralisées, et peu à peu s'établit un état typhique des plus accentués. Elle est dans un état de prostration tel qu'elle ne peut nous fournir aucun renseignement.

Cependant, d'après ce que nous raconte sa famille, elle ne paraît avoir rien de spécial à noter sur ses antécédents héréditaires ou personnels.

Elle entre dans le service le 18 juin.

La malade est pâle et très affaiblie. Elle présente un aspect typhique très accentué. Elle ne paraît faire aucune attention à ce qui se passe autour d'elle, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que l'on parvient à constater chez elle quelques signes d'intelligence. Cet état existait déjà depuis quatre jours avant son arrivée à l'hôpital, et, depuis ce temps, elle ne reconnaissait aucune personne de son entourage.

Ni ballonnement du ventre, ni gargouillement dans la fosse iliaque droite, malgré une diarrhée très légère. La langue est sèche, rouge sur les bords, avec un enduit blanchâtre au centre.

Le foie est normal.

La rate est grosse (12 centimètres environ de matité verticale).

L'examen du thorax révèle à gauche de la submatité dans tout le poumon. La respiration est peu pénétrante et on entend des râles sous-crépitants fins, surtout au sommet.

A droite, les symptômes sont moins accusés, avec des râles sous-crépitants moins nombreux.

En avant, quelques râles sibilants et ronflants.

Pas de lésions cardiaques. Mais le pouls est petit et fréquent.

On trouve un léger nuage d'albumine dans les urines.

On ordonne des enveloppements froids renouvelés toutes les trois heures, une potion de Todd et trois piqûres de caféine.

On fait, dans le courant de la journée, une injection de 200 centimètres cubes de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Température : 40°2.

19 juin. La malade est toujours très prostrée ; il est impossible de fixer son attention ; elle prononce des mots sans suite, mais son délire est tranquille et peu bruyant.

Pas de modifications dans l'état des divers appareils.

L'expectoration est visqueuse et légèrement rouillée. La matité s'est un peu accrue du côté du poumon gauche, et il existe toujours, au sommet, un foyer de râles sous-crépitants fins. L'expiration, un peu rude, n'a pas le caractère franchement tubaire. A droite, petit foyer de râles fins à la base. En avant et des deux côtés, signes de bronchite simple et d'emphysème. Température : matin, 39°6 ; soir, 40 degrés.

Même traitement. Injection de 300 centimètres cubes de sérum.

20 juin. L'état général semble s'aggraver. Le délire est plus marqué ; la malade, très agitée, se lève et l'on est obligé de la maintenir dans son lit.

Râles fins dans tout le poumon gauche ; à droite et en arrière, respiration peu pénétrante avec moins de râles.

La langue est sèche et légèrement fendillée, et on note une constipation tenace.

La rate paraît avoir diminué de volume.

A la région fessière, on trouve une éruption ressemblant à du pemphigus, et au-dessous plusieurs escharres. Température : matin, 39°2 ; soir, 39°8.

Les bains à 22 degrés sont substitués aux enveloppements. Injection de 250 centimètres cubes de sérum.

21 juin. Il est impossible de tirer la malade de sa torpeur. Par moment, elle est agitée et le délire est presque continuel. Température : matin, 38°9 ; soir, 39 degrés.

Aucun changement du côté de l'appareil pulmonaire.

22 juin. L'état typhoïde est le même. On trouve de la submatité aux deux bases, mais surtout à gauche, où il y a un foyer pneumonique assez net avec souffle tubaire et quelques râles sous-crépitants, rappelant les râles crépitants de retour.

On trouve un léger retentissement égophonique de la voix, et une ponction à la seringue de Pravaz démontre l'existence d'un peu de liquide clair et citrin.

Constipation ne cédant qu'à des lavements.

La rate paraît être devenue normale.

Le pouls est très petit et irrégulier. Température : matin, 38°2 ; soir, 38°5.

Injection de 300 centimètres cubes de sérum. On suspend les bains, l'état de l'appareil circulatoire faisant craindre une syncope. On reprend les injections de caféine.

23 juin. L'état général est de plus en plus mauvais. La malade, très oppressée, ne respire qu'avec peine. Le délire et l'agitation persistent à certains moments.

A l'auscultation, tout souffle tubaire a disparu. Râles sous-crépitants fins disséminés surtout à gauche et au sommet.

Pouls filiforme, rapide et très irrégulier. Température : matin, 38°6 ; soir, 39°4.

Injection de 500 centimètres cubes de sérum artificiel.

24 juin. La malade, immobile et couchée sur le dos, ne respire qu'avec une extrême difficulté ; elle est absolument inerte et ne répond à aucune excitation.

L'auscultation révèle toujours des râles sous-crépitants répandus dans les deux poumons, mais avec un maximum au sommet gauche et un autre à la base droite. En avant, râles ronflants et sibilants. Température : matin, 38°6 ; soir, 39°8.

Pouls très rapide, incomptable.

Cet état reste le même pendant la journée ; la malade meurt le lendemain, à deux heures du matin.

L'autopsie est faite trente heures après la mort. Rien à noter à l'examen extérieur du corps. Taches livides de décomposition cadavérique.

Le *cœur* est livide; les deux cavités sont dilatées. Pas de lésions aortiques ni mitrales. Le myocarde est mou, flasque, et l'endocarde présente une couleur violacée, rouge, due à l'imbibition cadavérique. Pas de lésions de l'aorte.

D'une façon générale, les deux *poumons* sont fortement congestionnés. La pression y fait sourdre un liquide séro-sanguinolent. Au niveau du lobe supérieur du poumon gauche et du lobe inférieur du poumon droit, on trouve disséminés, dans le parenchyme, des noyaux de broncho-pneumonie. Ces noyaux variaient de volume entre une noisette et une grosse noix. A la coupe, ils faisaient franchement saillie au-dessus du parenchyme environnant et étaient au stade d'hépatisation grise. Un morceau sectionné plongeait au fond de l'eau.

Les portions avoisinantes étaient au stade d'engouement pulmonaire et surnageaient difficilement.

En pressant le poumon, on ne faisait pas sourdre de muco-pus de l'orifice des bronches.

Au sommet droit, on trouve un petit noyau de tuberculose ancienne cicatrisé.

Peu de lésions pleurales. Très léger épanchement séreux.

Le *foie* est friable, livide, tacheté de marbrures jaunâtres et parsemé çà et là de petites ecchymoses. Son volume est normal.

La *rate* est grosse, molle, tout à fait diffluente.

Les *reins* présentent un état avancé de décomposition cadavérique. Cependant, on peut affirmer qu'ils sont assez fortement congestionnés. Ils sont de volume normal. La capsule se décortique facilement, et il y a une forte congestion autour des pyramides de Malpighi.

Rien de particulier à noter du côté du péritoine et de l'intestin. (*A suivre.*)

LES PARALYSIES TOXIQUES EN GÉNÉRAL

ET LA PARALYSIE ARSENICALE EN PARTICULIER; DANGER DE LA MÉDICATION PAR L'ARSENIC (1).

Par le docteur LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine.

II

Ce fait, malheureux et intéressant, qui nous a paru digne de vous être présenté, m'a mis sur la voie d'un cas non moins curieux que tout d'abord je comprenais mal. C'est celui d'une femme, âgée de trente-huit ans, traitée pour une affection ganglionnaire du cou et de l'aisselle gauche.

Cette malade, depuis le mois de mars 1895, prenait chaque jour x gouttes de liqueur de Fowler, lorsqu'elle entra dans notre service, le 20 janvier 1896. A cette époque, elle offre un certain embonpoint, et un teint frais; la face interne de ses joues est parsemée de taches blanchâtres, douloureuses à la pression. La langue est blanche, mais l'appétit est conservé, et il n'existe aucune lésion appréciable des viscères, à part une légère tuméfaction de la rate, sans augmentation du nombre des globules blancs du sang.

Le sommeil est bon, la sensibilité et la motilité, aussi bien que les facultés mentales, sont intactes. Malgré l'absence de tout désordre cardiaque, le pouls, fréquent, oscille entre 100 et 120, quoique la température ne soit pas élevée.

Ignorant que cette malade prenait de l'arsenic depuis dix mois, je prescrivis, le 28 janvier, la liqueur de Fowler à dose progressive, depuis x jusqu'à xxx gouttes dans les vingt-quatre heures. Mais, au bout de trois semaines, la température, qui jusque-là s'était maintenue à 37 degrés ou 37°5, s'éleva tout à coup, sans cause appréciable, à 38 et même à 39 le soir, pour retomber le matin à 37°5. Il se produisit ainsi une fièvre paroxystique précédée d'un léger frisson, laquelle, au bout de quelques jours, devint continue. Puis, il survint de la diarrhée, 8 à 10 selles jaunâtres chaque jour, et quelques vomissements qui furent attribués, tout d'abord, à une tuméfaction ganglionnaire pouvant comprimer le plexus solaire, et plus tard à l'emploi de l'arsenic, qui fut suspendu le 17 mars.

A ce moment, la malade n'avait pas seulement maigri, mais elle se plaignait d'une sensation de sécheresse à la gorge et à la face interne des joues, de difficulté dans la mastication, de céphalée avec constriction au niveau des tempes, et enfin, aux extrémités des membres, des sensations de fourmillement, d'engourdissement (onglée), d'élancements et de brûlure, surtout pénibles vers le soir et dans la nuit. Peu de temps après, la malade remarquait qu'elle n'avait qu'une vague notion du sol sur lequel elle marchait et sur les objets qu'elle touchait, au point qu'elle éprouvait de la difficulté à tenir son aiguille entre ses doigts.

Cette anesthésie, parfaitement symétrique, avait pour siège les trois premiers doigts des mains et les quatre premiers orteils; les réflexes étaient, d'ailleurs, à peu près entièrement abolis, et il existait un œdème des pieds qui se termina, au bout de quelques jours, par une légère desquamation.

Le pouls restait fréquent, mais la température s'était abaissée depuis quinze jours que l'emploi de l'arsenic avait été suspendu, lorsqu'on crut pouvoir le reprendre en commençant par x gouttes pour arriver ensuite à xx gouttes par jour.

L'apparition de coliques et de selles diarrhéiques, abondantes dès qu'on dépassait cette dose, empêcha de l'élever davantage, mais elle fut continuée pendant près d'un mois et demi.

Alors la fièvre reparut et fut attribuée à l'inflammation des ganglions affectés qui étaient alors légèrement douloureux, lorsque le 25 mai, frappé de la ressemblance qui existait entre les phénomènes présentés par cette malade et ceux de la jeune personne que je venais de visiter en province, l'emploi de l'arsenic fut absolument supprimé.

Or, dès le lendemain, la température tomba, et la malade éprouva, à la suite d'un léger malaise, des démangeaisons intolérables qui, le jour suivant, faisaient place à un érythème des plus manifestes au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Accompagné d'une légère tuméfaction, cet érythème offrait une teinte écarlate, plus accusée vers les extrémités des doigts et des orteils. La dernière phalange était tout entière rouge; les ongles, dont la base était rosée et normale, présentaient à leur extrémité antérieure une zone rouge écarlate, large d'environ 3 millimètres, qui était le siège de vives démangeaisons.

La face dorsale des pieds était normale, tandis que celle des mains laissait apercevoir quelques taches rouges et saillantes de la grosseur d'une tête d'épingle, la plupart groupées de façon à former de petites plaques à contours irréguliers, variant depuis l'étendue d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes.

Situées au niveau des articulations, ces plaques se retrouvent encore au-dessus des rotules, et ce siège indique manifestement leur relation avec les extrémités nerveuses, circonstance qui contribue à les rattacher à l'intoxication

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 911.

arsenicale. D'ailleurs, la malade accusait, en outre, à la vulve, des démangeaisons intolérables, plus intenses la nuit et s'opposant au sommeil.

La marche, dans ces conditions, étaient impossible, car en mettant les pieds par terre, la malade éprouvait des sensations pénibles de picotements qui lui faisaient dire qu'elle les plaçait sur des milliers d'épingles. Quelques grammes d'antipyrine parurent les calmer, et, vers le neuvième jour, l'éruption commença à pâlir, tandis que les sensations subjectives perdaient de leur intensité, puis, quelques jours plus tard, il survenait une desquamation épidermique totale des parties affectées.

Aujourd'hui, l'état général est satisfaisant, il n'y a ni vomissement, ni diarrhée, et l'appétit est bon. Il n'existe aucune lésion organique, mais l'état des ganglions s'est peu amélioré.

La sensibilité reste amoindrie aux extrémités des membres, et dans la nuit, la malade éprouve encore, de temps à autre, des élancements douloureux, mais elle n'a plus ni picotements, ni fourmillements et ne présente pas trace de paralysie.

Les réflexes rotuliens restent abolis, les réflexes plantaires simplement diminués, le pouls bat 108 fois par minute, et la température oscille autour de 37 degrés, bien que de temps à autre, il se produise une brusque élévation qui ne dure pas. Les urines sont, d'ailleurs, normales, et la guérison définitive est prochaine.

En somme, l'intoxication par l'arsenic n'est pas plus douteuse dans ce cas que dans le précédent, et il est bien évident que l'action de cette substance, prise à faible dose, s'exerce particulièrement sur le système nerveux, car les troubles digestifs eux-mêmes pourraient être subordonnés au désordre de ce système.

Certes, l'origine nerveuse de l'accélération du pouls et de l'élévation de la température ne peut être discutée en l'absence de toute lésion organique appréciable, et la preuve qu'elle est bien le fait de l'arsenic, c'est qu'elle a cessé, chez notre dernière malade, dès qu'on a supprimé la substance médicamenteuse, et a reparu lorsqu'elle a été administrée à nouveau. Les éruptions que nous avons observées aussi bien que l'œdème n'avaient pas d'autre origine, et, pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que ces éruptions siègent là où les terminaisons nerveuses sensitives sont nombreuses, à la face palmaire des mains et des pieds, à la vulve, autour des articulations. Quant aux désordres objectifs et subjectifs de la sensibilité, ils tenaient, comme la paralysie, à une modification des cordons nerveux des extrémités des membres, ou bien primitive ou bien liée à une modification sans destruction des éléments cellulaires de la moelle épinière, car la plupart des cas de paralysie de ce genre finissent par une guérison totale. Remarquons enfin que les éruptions, survenues à la suite de la suppression du médicament, rappellent les phénomènes qui se passent dans d'autres intoxications, la morphine, par exemple, quand on vient à supprimer le poison.

De ces faits qui montrent combien il importe d'être prudent dans l'emploi de l'arsenic, il nous serait facile de rapprocher plusieurs autres cas, et ceux-ci seraient sans doute plus nombreux, si la plupart du temps ils ne passaient inaperçus.

Un des plus complets, à cet égard, a été communiqué par Malmstein, à Magnus Hus qui l'a consigné dans son ouvrage sur l'alcoolisme chronique. C'est celui d'un vieillard atteint d'eczéma et auquel ce médecin prescrivit de prendre chaque jour une pilule asiatique, contenant un quatorzième de grain d'acide arsénieux. Ce médicament fut cessé au bout de quinze jours, mais le malade l'ayant repris un peu plus tard, il ne tarda pas à présenter dans les membres inférieurs des douleurs intenses, et enfin du tremblement et de la paralysie.

Des accidents du même genre ont été vus à plusieurs reprises, à la suite de l'emploi de l'arsenic dans le paludisme, et, tout récemment, le docteur Comby présentait à la Société des hôpitaux un nouveau cas qu'il est impossible de ne pas mentionner.

Une petite fille de sept ans, ayant pris, dans l'espace de onze jours, 235 milligrammes d'acide arsénieux pour combattre une chorée intense, se trouva atteinte de vomissements vers le sixième jour, et d'un état gastrique qui ne l'empêcha pas de quitter l'hôpital. Elle y est ramenée, cinq semaines plus tard, avec une paralysie des membres inférieurs qui avait commencé quarante jours après la dernière prise d'arsenic, et qui finit par guérir assez rapidement, à cause sans doute du peu de temps auquel la jeune malade avait été soumise à la médication arseniée.

Je m'arrête, car il est inutile de vous rapporter tous les faits connus d'intoxication consécutive à l'emploi de l'arsenic, pour mettre en évidence les inconvénients sérieux de ce médicament. Ceux que j'ai cités suffisent amplement à prévenir le médecin sur les dangers de cette médication et à lui permettre de diagnostiquer ses effets toxiques. Ceux-ci ne simulent pas seulement des affections de la moelle épinière ou des cordons nerveux, mais encore des maladies fébriles, la *fièvre continue*, comme nous venons de le voir, l'influenza, si je m'en rapporte à quelques cas de paralysie des extrémités, attribués sans preuves à cette maladie. Ce qui doit éclairer le praticien en pareille circonstance, c'est non seulement les renseignements qu'il peut obtenir sur l'usage de cette substance, mais encore la physionomie spéciale des accidents et surtout leur évolution.

C'est par elle, en effet, que le diagnostic de fièvre continue dut être abandonné dans plusieurs cas, mais sans attendre aussi longtemps que cela a pu être fait, nous croyons qu'en présence d'un état fébrile que rien ne vient expliquer, l'idée d'un empoisonnement par l'arsenic doit se présenter à l'esprit du médecin, sauf à rechercher ensuite si d'autres signes, et notamment des troubles nerveux des extrémités des membres viennent s'y ajouter. Il ne devra pas oublier, toutefois, que semblables troubles existent chez la plupart des buveurs, et avant de les attribuer à l'arsenic, il fera bien d'éliminer l'alcoolisme. Un diagnostic précis est chose difficile dans ces conditions, mais non impossible, et nous sommes convaincu que tout médecin, non spécialiste et instruit, peut aboutir à une certitude.

Est-ce à dire, maintenant, qu'il faille renoncer à tout emploi thérapeutique de l'arsenic. Nullement. Mais il est clair que ce poison doit être prescrit avec la plus grande prudence, et seulement par faibles doses, chez les jeunes gens surtout, et que son usage ne peut être prolongé plus d'un mois, après quoi il convient de le suspendre et d'en favoriser l'élimination avant d'y recourir à nouveau.

Dès que l'on observe de la céphalée, des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, il n'y a pas à hésiter, la dose doit en être diminuée ; si à ces phénomènes s'ajoute un état manifestement fébrile, sans aucun désordre matériel pour

l'expliquer, l'empoisonnement est certain, il faut à tout prix suspendre la médication. Le malade alors sera mis au régime du lait absolu ; des bains, des frictions, des purgatifs et des diurétiques lui seront conseillés, dans le but de favoriser l'élimination du poison.

L'existence de sensations d'engourdissements, de picotements, etc., aux extrémités des membres, étant l'indice d'une phase plus avancée et le signe précurseur de la paralysie, exige la plus grande surveillance et un traitement des mieux dirigés. C'est alors qu'il y aura lieu d'ajouter aux moyens précédents l'usage des lotions froides et, plus tard, s'il survient de la paralysie, l'emploi de l'électricité et de la strychnine.

Le médecin ne saurait trop s'appliquer à combattre des accidents, dont il est inconsciemment l'auteur, car son devoir n'est pas de nuire, mais de guérir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATION

La peste et le sérum antipesteux. — M. H. MONOD apprend à l'Académie que M. le consul de France à Canton confirme la dépêche qu'il avait adressée au ministre des Affaires étrangères, lui annonçant que M. le docteur Yersin avait injecté le sérum antipesteux à un Chinois gravement atteint de la peste, avec un succès absolu. Chez ce malade, M. Yersin fit trois injections de sérum antipesteux, la première à cinq heures, les deux autres à six heures et neuf heures du soir.

Immédiatement après l'injection, le malade eut des vomissements alimentaires et bilieux, symptômes fréquents dans le cas de peste grave. A six heures du soir, l'état général paraît un peu meilleur. A sept heures et demie, la fièvre a augmenté. Il y a de l'excitation, des coliques et un peu de diarrhée. A neuf heures du soir, la fièvre est toujours forte et le malade divague. De neuf heures à minuit, le malade a un sommeil agité. Les piqûres sont douloureuses. A minuit, amélioration notable. Le malade a sa connaissance et dit se sentir mieux. De minuit à trois heures du matin, sommeil plus calme.

A trois heures du matin, l'amélioration de l'état général est manifeste : plus de vertiges, moins de faiblesse et de fièvre. De trois heures à six heures du matin, sommeil calme. A six heures du matin, le malade se réveille avec toute sa connaissance. Le bubon n'est plus douloureux et a diminué de volume. Plus de fièvre.

A onze heures du matin, le malade se dit guéri. La peau est moite, la fièvre a disparu. A l'aine droite, l'empâtement a complètement disparu. Il ne reste, comme trace de la maladie, qu'un ou deux ganglions de la grosseur d'un haricot. Les piqûres sont encore douloureuses. Deux jours après, toute induration a disparu. Le malade a de l'appétit et reprend des forces. Trois jours après l'injection, le malade peut sortir sans trop de fatigue.

LECTURE

Hyperleucocytoses post-phlébotomiques et post-révulsives. — M. MAUREL (de Toulouse) explique d'abord qu'il peut y avoir des hypo et des hyperleucocytoses réelles ou relatives ; et aussi que chacune d'elles peut être vraie ou apparente, passagère ou persistante. Puis il explique rapidement l'évolution des leucocytes du sang, faisant voir ainsi que les diverses formes que présentent ces éléments ne sont que les phases successives de leur évolution. Ces indications données, il résume ses expériences et il conclut ainsi qu'il suit :

Relativement à la saignée : 1° Dès le lendemain de la saignée, il y a une hyperleucocytose réelle et cette hyperleucocytose se prolonge pendant plusieurs jours ;

2° Il se pourrait que, dans les affections microbiennes, cette augmentation des leucocytes rendît quelques services.

Relativement aux révulsifs (cautérisations ponctuées, moutarde, cantharides et ammoniaque) :

1° Que dans quelques heures qui suivent leurs applications, il y a une hyperleucocytose, mais qu'elle n'est qu'apparente. Ce sont seulement des leucocytes qui, au lieu de ramper le long de la paroi des vaisseaux, sont entraînés dans la partie circulante du sang ;

2° Mais que, vers le quatrième jour, leur application est suivie d'une hyperleucocytose vraie et réelle et que celle-ci est constituée par ces leucocytes de nouvelle formation ;

3° Qu'il est possible que cette augmentation des leucocytes soit utile à l'organisme dans les affections microbiennes ;

4° Qu'ainsi serait peut-être justifié l'usage, séculaire dans quelques-unes de ces affections, de la médication révulsive.

RAPPORT

Spina bifida. — M. BERGER fait un rapport sur une observation de spina bifida adressée par M. Kirmisson, dont voici le résumé :

Un enfant âgé de trois mois porte, à la région lombaire, un spina bifida de 3 centimètres de hauteur, sur 5 de largeur, pédiculé, non réductible ; sans aucune atteinte de la motilité des membres inférieurs.

Diagnostic : méningocèle spinale. M. Kirmisson pratique l'ablation, traverse les enveloppes de la tumeur qui présentent l'aspect du tissu myxomateux, arrive dans une cavité kystique, indépendante du canal rachidien, et pratique la ligature et l'excision du pédicule. L'enfant guérit sans avoir présenté aucune atteinte du côté des membres inférieurs.

M. Kirmisson insiste sur l'apparence myxomateuse des enveloppes de cette tumeur ; M. Berger fait observer qu'il n'y a là qu'une analogie purement extérieure avec le tissu myxomateux : les enveloppes de la tumeur n'étaient constituées que par du tissu conjonctif adulte, dont les lamelles étaient infiltrées de sérosité, et non par du myxome véritable ; d'ailleurs, le fait n'est pas très rare, et M. Berger cite plusieurs exemples de spina bifida et d'encéphalocèles où cet état des enveloppes a été observé.

Ce qui est bien plus important, est le fait suivant : en pratiquant l'examen anatomique détaillé de la tumeur, M. Küss a trouvé que la section, au niveau du pédicule, avait emporté une calotte sphérique de tissu médullaire, adhérent aux enveloppes de la tumeur par une couche vasculaire dans laquelle il était facile de reconnaître la pie-mère. Cette protubérance de tissu médullaire appartenait manifestement aux cordons postérieurs, ainsi que le démontrait l'absence de paralysies causées par la section et la présence, dans la portion excisée, d'une racine rachidienne postérieure munie de son ganglion. Le centre de ce tissu médullaire présentait un prolongement du canal de l'épendyme qui se continuait avec le kyste contenu dans la tumeur par un cordon formé de cellules épendymaires, facilement reconnaissables. Le kyste lui-même présentait un revêtement de cellules cylindriques indiquant, par leur forme et leur disposition, que cette cavité n'était qu'un diverticule aberrant du canal central de la moelle.

Discutant la nature anatomique de ce fait, M. Berger refuse d'y voir un exemple de myélocèle proprement dite, et, malgré ses caractères insolites, il le classe parmi les

myélocystocèles. Il s'agirait, suivant lui, d'une dilatation kystique du canal de l'épendyme qui se serait, en quelque sorte, énucléé au travers des cordons postérieurs et qui se serait séparé de la cavité centrale de la moelle, par oblitération de son pédicule. M. Berger fait observer, néanmoins, que ce cas diffère essentiellement des caractères ordinaires des myélocystocèles, tels que les ont décrits Recklinghausen et Hildebrand, par la bénignité du cas, l'absence de fente latérale intéressant les corps vertébraux, de déformation grave du rachis, d'autres malformations concomitantes telles que l'exstrophie vésicale, qui coexiste presque toujours avec cette anomalie.

Au point de vue clinique, si cette observation montre que l'extirpation du spina bifida peut s'opérer dans de bonnes conditions de succès et que l'excision d'un petit segment des cordons postérieurs de la moelle n'entraîne pas toujours des conséquences graves, elle prouve que le diagnostic des diverses variétés de spina bifida est souvent impossible et qu'on ne saurait affirmer avec certitude, dans bien des cas, qu'il s'agit d'une véritable méningocèle. D'ailleurs, les suites éloignées de ces opérations sont-elles aussi favorables que les résultats immédiats? On peut en douter, et M. Berger cite plusieurs statistiques, dont la sienne propre, qui font voir que les petits opérés restent souvent paraplégiques ou deviennent hydrocéphales, ou succombent au bout d'un temps plus ou moins long, par le fait d'un défaut de résistance vitale.

Une autre observation d'encéphalocèle, communiquée par M. Kirmisson, ramène le rapporteur à la question des spina bifida craniens. M. Kirmisson a vu une méningocèle cranienne pure, sans communication avec les cavités méningées, coexister avec un lobe cérébral surnuméraire situé au voisinage du pédicule de la tumeur, dans l'intérieur du crâne.

M. Berger rappelle, à cette occasion, la théorie pathogénique admise par Geoffroy Saint-Hilaire et qu'il a lui-même appuyée sur des faits nouveaux.

Il semble qu'une hypertrophie circonscrite des vésicules cérébrales primitives, qu'une protubérance exencéphalique, soit primitivement l'origine de la non-réunion des lames craniennes et de la lacune qui persiste dans leur ossification. Ainsi l'anomalie cérébrale est la cause, et non la conséquence, du défaut d'occlusion de la cavité cranienne.

Les deux faits de M. Kirmisson semblent, en effet, indiquer que les non-réunions des lames vertébrales ou craniennes sont souvent sous la dépendance de malformations plus profondes, parfois latentes et portant sur l'axe cérébro-spinal lui-même.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

532. M. Bès. Contribution à l'étude des kystes synoviaux des doigts d'origine rhumatismale. — 533. M. Guillemonat. Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la teneur en fer du foie et de la rate. — 534. M. Joteyko. La fatigue et la respiration élémentaire du muscle. — 535. M. Beretta. De la sérothérapie dans les néoplasmes. — 536. M. Chevrolle. Traitement de la tuberculose testiculaire. — 537. M. Le Lionnais. Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire. — 538. M. Dominé. Étude critique sur les progrès réalisés dans le traitement de la blennorragie uréthrale chez l'homme. — 539. M. Fortin. Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les syphilitiques. — 540. M. Dupaigne. Opothérapie surrénale chez les addisoniens. — 541. M. Delannoise. Considérations cliniques sur la période pré-éruptive de la varicelle. — 542. M. Leclerc. Des moyens simples à employer pour guérir et éviter la tuberculose. — 543. M. Finet. De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum. — 544. M. Mignot. Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites. — 545. M. Derégnaucourt. Lipomes de la langue. — 546. M. Archambault. De la polydactylie au point de vue héréditaire : coïncidence des malformations avec les tares névropathiques. — 547. M. Espagnac. Étude sur la phlébite blennorragique. — 548. M. Fuchs. Traitement de la migraine par le bromure de potassium. — 549. M. Alardo. Contribution à l'étude des formes atypiques du favus. — 550. M. Couillaud. Dystrophie papillaire et pigmentaire ou Achantosis nigricans. Ses relations avec la carcinose abdominale. — 551. M. Richelet. Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical. — 552. M. Bidan. De l'insuffisance hépatique. — 553. M. Aymé. Contribution àl'étude de l'hypertrophie de l'amygdale. — 554. M. Le François. Exposé des méthodes thérapeutiques employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 555. M. Pierrot. Sur la méthode statistique et son emploi dans les sciences médicales. — 556. M. Poirrier. Sur une période des épidémies d'oreillons dans les pensionnats de jeunes garçons et ses rapports avec la période d'incubation. — 557. M. Praud. Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et annexes. — 558. M. Serre. Séméiologie des déformations digitales. — 559. M. Moutin. Le diagnostic de la suggestibilité. — 560. M. Houdinet. Hémoptysie et dilatations bronchiques. — 561. M. Guérin (E.). L'entéroclyse dans les diarrhées infantiles. — 562. M. Guérin (J.). De la température dans la coqueluche. — 563. M. Laroche. Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges. — 564. M. Frey. De l'utilité du curetage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux. — 565. M. Claret. Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale. — 566. M. Frappier. Vaisseaux sanguins de l'utérus. Des différents procédés d'hémostase dans les hystérectomies. — 567. M. Joly. Des accidents laryngés et particulièrement de la sténose glottique dans l'adénopathie trachéo-bronchique. — 568. M. Macé. Étude sur les érythèmes pneumoniques (rash pneumonique de Cadet de Gassicourt) chez l'enfant. — 569. M. Gagey. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie. Un cas d'hémoglobinurie continue au cours d'un Xéroderma pigmentosum.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 août 1896, M. le docteur Neis, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Le prochain Congrès français de médecine se tiendra à Montpellier, en 1898, sous la présidence de M. Bernheim.

Les questions suivantes ont été choisies pour être l'objet d'un rapport :

1° Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire ;
2° Les associations microbiennes et les infections mixtes ;
3° De l'utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne.

— Dans la dernière séance du Comité consultatif d'hygiène, M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique, a exposé que, d'après les renseignements émanés du Conseil sanitaire d'Alexandrie, le total des cas de choléra en Égypte s'élevait, au 31 juillet, à 14.803, dont 12,273 décès. Alexandrie est comprise dans ces chiffres pour 912 cas, dont 770 décès. Ces mêmes renseignements font connaître que, du 23 au 29 juillet, l'épidémie est restée à peu près stationnaire dans la circonscription du Caire et qu'une amélioration sensible s'est produite dans l'état sanitaire de la région frontière.

— *Faculté de médecine de Lille.* — La chaire d'hygiène est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Victor Maurice, décédé à Onville (Meurthe-et-Moselle) dans sa quarante-quatrième année. Exerçant la médecine dans son pays natal, notre regretté confrère y avait été nommé maire, puis suppléant du juge de paix et officier d'Académie; et Martines (d'Alger).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 94. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1896. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL ANDRAL. — M. Albert MATHIEU.

Relation d'une épidémie de psittacose (1).

Par MM. DELAMARRE et DESCAZALS, internes des hôpitaux de Paris.

II

OBS. II. — S... (Émile), tourneur, le mari de la malade précédente, entre dans le service le 18 juin 1896.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Depuis deux ans, le malade a des étourdissements. Il tombe comme une masse, perd connaissance, mais ne se débat pas. La crise dure environ une minute et se renouvelle plusieurs fois par an. En outre, depuis trois mois, il éprouve des douleurs dans la région lombaire et ne peut résister au besoin d'uriner; dès que ce besoin se fait sentir, le malade est obligé de le satisfaire immédiatement, sinon il perd son urine.

Depuis une dizaine de jours environ avant son entrée à l'hôpital, S... se sentait faible et abattu; il se plaignait de douleurs de tête assez vives sans localisations bien nettes. L'appétit avait à peu près complètement disparu, mais il n'y avait pas eu de vomissements. Le malade raconte qu'il éprouvait des frissons très violents plusieurs fois par jour, mais sans point de côté. Oppression assez marquée depuis trois ou quatre jours.

A son entrée dans le service, le 18 juin, le malade est pâle et paraît très affaibli; mais la vivacité relative de son intelligence contraste avec l'aspect typhoïde qu'il présente : il raconte lui-même très clairement l'histoire de sa maladie. Température : 39°8.

Le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné, malgré un peu de tympanisme stomacal. Constipation opiniâtre.

La langue est sèche, rouge sur les bords, avec un enduit blanchâtre sur la partie moyenne.

Pas de taches rosées.

Le foie est normal et pas douloureux.

La rate, hypertrophiée, donne une matité verticale de 10 centimètres environ.

A l'examen du thorax, on constate de la submatité au sommet gauche, avec du skodisme marqué au-dessous. La respiration est un peu rude et soufflante au niveau de la matité. A droite, submatité à la base avec quelques râles sous-crépitants fins mélangés à de gros râles ronflants; 23 respirations par minute.

Le cœur, un peu gros, ne présente aucune lésion.

Le pouls est fort et plein : 108 pulsations.

Ni sucre, ni albumine dans les urines, dont la coloration est assez foncée.

Pas de délire.

Le malade est mis au régime lacté, avec des enveloppements froids du thorax, renouvelés toutes les trois heures.

Dans la soirée, le malade ayant 40 degrés, on lui donne un bain à 23 degrés, et à partir de ce moment, les bains remplacent les enveloppements.

19 juin. Même état; pas de délire. Le malade répond bien aux questions qu'on lui pose.

Le poumon gauche est redevenu normal : la submatité a disparu.

A droite, la matité de la base a augmenté et occupe le tiers inférieur du poumon.

A l'auscultation on trouve en arrière deux gros souffles tubaires : l'un à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur; l'autre à trois travers de doigt environ au-dessous. Au niveau de ces deux foyers, on entend des râles sous-crépitants fins. Rien d'anormal en avant.

L'expectoration est assez abondante, et quelques crachats sont teintés de sang; 30 respirations à la minute; 102 pulsations; température : matin, 39°5; soir, 39°4.

La constipation persiste : lavement purgatif.

20 juin. Le malade paraît un peu moins abattu. Les bains amenés à 22 degrés sont bien supportés. Température : matin, 38°9; soir, 40 degrés.

Les deux foyers de souffle semblent se confondre, et ce dernier, un peu plus aigu, revêt le timbre pleurétique. Gros foyer de râles sous-crépitants en arrière et s'étendant jusque dans l'aisselle.

21 juin. Température : matin, 38°6; soir, 40 degrés. Souffle moins intense et moins étendu. Râles sous-crépitants plus gros dans tout le poumon droit, même en avant.

La matité splénique est moins étendue.

L'état général est meilleur.

22 juin. Température : matin, 38°4; soir, 39°2. Aucun changement. Le malade n'a pris que deux bains, car ces derniers ne sont donnés que si la température rectale, prise toutes les trois heures, dépasse 38°5.

23 juin. Température : matin, 39°3; soir, 39°2. Râles sous-crépitants fins dans le tiers supérieur et postérieur du poumon droit. Le souffle a tout à fait perdu son caractère tubaire et a un timbre franchement pleurétique. La constipa-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 911.

tion persiste et ne cède qu'à l'usage quotidien de lavements.

24 juin. Température : matin, 39°2; soir, 38°9. Un peu de liquide à la base droite (égophonie). Les râles sous-crépitants persistent au sommet droit et on en trouve quelques-uns à la base gauche.

25 juin. Température : matin, 37 degrés; soir, 37°6.

Mêmes signes objectifs.

État général sensiblement amélioré.

Les bains sont suspendus.

26 juin. Température normale. Mieux sensible.

27 juin. Température : matin, 37°5; soir, 38°4.

L'épanchement paraît augmenter. Dyspnée assez marquée.

28 juin. Température : matin, 38°5; soir, 40 degrés.

Matité à la base droite jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Souffle pleurétique très accentué. Egophonie. On fait une ponction exploratrice et on retire un liquide clair et citrin.

L'état général reste bon malgré l'élévation de la température.

Du 29 juin au 5 juillet, la température retombe peu à peu à la normale. Les signes de l'épanchement disparaissent progressivement.

L'état général s'améliore de plus en plus; le malade s'assoit sur son lit et demande à manger.

La rate est normale. Plus de signes pulmonaires.

Le 8 juillet, le malade mange deux œufs, et dès ce moment il entre franchement en convalescence.

Obs. III. — Augustine S..., âgée de onze ans.

Dès le 12 juin, l'enfant a éprouvé une grande lassitude, avec des douleurs musculaires généralisées et des céphalées violentes. Elle a eu, de plus, des vomissements. La température était, en moyenne, de 39°5, avec rémissions mati- [illegible]ques. L'appétit avait complètement disparu. Elle entre à l'hôpital Andral, le 18 juin, avec une température de 37°8.

L'état général est assez bon. On note un peu d'abattement et de torpeur, mais la malade répond bien aux questions qu'on lui pose. La céphalée et les vomissements ont disparu.

L'examen des poumons révèle à la base gauche un peu de submatité, et l'on entend au même point une expiration légèrement soufflante avec des râles sous-crépitants fins. Rien d'anormal au poumon droit.

La langue est blanchâtre mais humide.

Les selles sont normales.

Le foie et la rate sont de volume normal et pas douloureux.

Le pouls assez fréquent est plein et régulier.

Le cœur ne présente aucune lésion.

Pas d'albumine dans l'urine.

Le soir la température atteint 39°2.

Le lendemain 19 juin, chute brusque de la température, qui retombe à la normale.

La petite malade a bien dormi, et son état est très amélioré.

A la base gauche on trouve à peine une légère submatité, et si l'on fait tousser la malade, on entend quelques râles sous-crépitants fins, mais le souffle a disparu.

La malade joue, est gaie, mais ne mange que fort peu.

Les jours suivants, l'amélioration est sensible.

Les signes pulmonaires disparaissent peu à peu, l'appétit reparaît et la malade sort complètement guérie le 28 juin.

Ces trois cas sont les seuls que nous ayons pu suivre en détail.

Le 10 juin, la fille aînée, âgée de treize ans, fut prise de violents maux de tête, de lassitude générale et de douleurs vives dans les membres inférieurs. Elle fut obligée de s'aliter quelques jours après. L'appétit avait complètement disparu, et la malade fut, pendant quatre ou cinq jours, très abattue. Il n'y eut ni diarrhée, ni vomissements, et la température oscilla entre 39 degrés et 39°5.

Nous vîmes la malade le 18 juin, lorsqu'elle vint accompagner ses parents à l'hôpital.

Elle n'avait plus de fièvre; mais elle accusait encore une grande faiblesse, avec un peu d'oppression, et l'appétit n'avait pas reparu. Cependant, elle se rétablit assez rapidement.

Enfin, une cinquième personne fut atteinte par l'infection : c'est une sœur de S...

Cette dernière fréquenta assidûment ses parents pendant leur maladie. Après leur avoir donné ses soins pendant quelques jours, elle fut elle-même prise d'une grande lassitude. Elle n'avait plus d'appétit, souffrait de céphalées violentes et fut obligée de s'aliter pendant cinq ou six jours. Elle avait de la fièvre, une dyspnée marquée et des quintes de toux fréquentes. Cet état s'améliora assez rapidement, mais longtemps après la malade souffrait encore de douleurs musculaires et accusait une très grande faiblesse.

Nous n'avons pu examiner la malade, mais ces signes d'infection, les circonstances qui ont précédé leur apparition, ne laissent aucun doute et c'est bien là encore une forme légère de psittacose.

Nous avons examiné les crachats des trois malades que nous avons soignés dans le service, et chez tous nous avons trouvé en abondance du pneumocoque et du streptocoque.

Des tubes, ensemencés avec du sang retiré d'une veine pendant la vie, ne donnèrent lieu à aucune culture.

A l'autopsie de la femme S..., du sang du cœur fut recueilli dans un tube stérilisé, et notre ami, M. Louis Fournier, poursuit, dans le laboratoire du docteur A. Gilbert, des recherches qui seront publiées dès que les résultats en seront certains.

De l'étude de ces faits cliniques, il ressort que le point de départ de l'épidémie fut une perruche, elle-même infectée. Le premier cas de psittacose se produisit une dizaine de jours après la mort de l'oiseau : ce fait concorde absolument avec les observations de la première épidémie de 1892 et des deux ou trois autres petites épidémies qui survinrent en 1893 et 1894.

Nous voyons également que le cas le plus grave fut celui de la femme S..., qui prit soin de l'oiseau et qui lui donna à manger de bouche à bec. Dans cette observation, également, on voit que les phénomènes généraux ont rapidement pris une importance de premier ordre, laissant au second plan les troubles de l'appareil respiratoire. Ce fait va bien avec ce que l'on sait de la nature de la psittacose, qui est une maladie générale, infectieuse, spécifique, préparant le terrain pour des infections secondaires et principalement pour le pneumocoque de Talamon.

Dans une Revue générale qui paraîtra prochainement dans la *Gazette des hôpitaux*, nous exposerons ce que l'on sait sur cette curieuse infection que le perroquet communique à l'homme. Cela nous dispense d'entrer ici dans de plus longs commentaires.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LES EFFETS DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES MASSIVES DES SOLUTIONS SALINES SIMPLES ET COMPOSÉES. [DÉTERMINATION DE LEUR VALEUR EN VUE DE LEUR APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE.] (1)

Par MM. Bosc et Vedel.

Nous avons entrepris l'étude expérimentale des injections intra-veineuses massives des solutions salées. Il ne s'agit pas

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences.

du lavage du sang, tel que l'entendent MM. Dastre et Loye, mais de l'introduction dans les veines, en un coup, d'une grande quantité de liquide.

Nous avons expérimenté des solutions de chlorure de sodium seul et des solutions de chlorure de sodium et de sulfate de soude, désignées ordinairement sous le nom de sérum artificiel, solution physiologique. Pour éviter toute équivoque, nous désignons sous le nom de solution salée simple la solution de chlorure de sodium seul, et sous celui de solution saline composée la solution de chlorure de sodium, sulfate de soude et autres sels.

Avant d'étudier les effets de ces solutions, nous avons recherché si le véhicule, eau distillée ou eau ordinaire, introduit avec une telle abondance dans le sang, n'a pas des effets qui lui soient propres.

I. Rôle du véhicule. — 1° *L'eau distillée*, introduite dans les veines, n'a entraîné la mort immédiate qu'à des doses élevées : 90 à 102 centimètres cubes chez le lapin, 160 à 190 centimètres cubes chez le chien, par kilogramme. L'eau distillée semblerait donc peu nocive et cependant l'étude de sa toxicité éloignée nous montre qu'elle produit des phénomènes de la plus haute gravité et la mort, même à doses faibles : 30, 25, 20 centimètres cubes chez le lapin. Les évacuations sanglantes, les hémorragies et les lésions globulaires sont les traits dominants de cette intoxication. Comme conclusion pratique, l'eau distillée, introduite dans les veines, est nuisible même à doses faibles; il serait, par suite, très dangereux de l'injecter seule dans les veines de l'homme malade; elle doit être rejetée d'une façon générale, en tant que véhicule de toutes substances à introduire directement dans le sang.

2° *L'eau ordinaire* est, au contraire, dépourvue de toute toxicité. Elle tue immédiatement aux mêmes doses que l'eau distillée, mais aux doses très élevées de 120, 130 centimètres cubes par kilogramme chez le chien, de 45, 50 chez le lapin, elle n'entraîne ni la mort, ni des effets nuisibles. Elle produit, en outre, des effets particuliers : une élévation passagère de la température de 6/10 à 1 degré, une diurèse abondante, sans hématurie. Ses effets nuisibles sur les globules rouges sont bien moins marqués que ceux de l'eau distillée. L'eau ordinaire pourrait donc, à la rigueur, être introduite seule et à haute dose dans les vaisseaux.

II. Études des sels et des solutions salines (salée simple, saline composée) : 1° *Solution salée simple.* — Le rôle du véhicule étant déterminé, reste à rechercher les effets des solutions salées, dont le chlorure de sodium est l'élément indispensable.

a. Les solutions fortes nous ont permis d'étudier le degré et les caractères de la toxicité du chlorure de sodium et de fixer la dose à laquelle il devient nuisible. Nous avons employé la solution de 10 p. 100 chez le lapin, de 7 p. 100 chez le chien. Ces solutions ne tuent qu'à doses élevées (4 à 5 grammes pour le lapin, 3 à 4 grammes pour le chien, par kilogramme); on peut tripler la quantité de chlorure de sodium du sang sans tuer l'animal. Les effets varient avec les doses : la respiration est toujours ralentie, le cœur accéléré; la température s'élève de 1°5 à 2 degrés, aux doses faibles, et arrive à un chiffre hyperthermique (42°3) aux doses mortelles; les mictions sont abondantes, claires, tardives; le système nerveux n'est pas touché aux doses faibles; aux doses tardivement mortelles, il se produit de l'inquiétude, des spasmes musculaires, des attaques convulsives; aux doses rapidement mortelles, la mort survient par les progrès de la résolution, sans secousses. L'emploi de solution salée simple forte ne présente pas de danger, à condition que la quantité de chlorure de sodium injecté ne dépasse pas le triple de la quantité de chlorure de sodium du sang; c'est là une limite extrême.

b. Solution faible : nous avons fait chez le chien des injections massives de solution de chlorure de sodium à 5 et 7 p. 1000, aux températures de 39, 30 et 20 degrés, à la vitesse de 15 à 87 centimètres cubes par minute, et aux doses de 86 à 261 centimètres cubes par kilogramme. Ces injections ont toujours été dépourvues de toxicité immédiate ou éloignée, alors même que l'on triple la masse du sang. Elles ralentissent la respiration, accélèrent le cœur, ne modifient pas la pression sanguine; la température rectale et périphérique s'élève de 2 degrés environ avec retour à la normale en quelques heures; il se produit des frissons après l'injection, des mictions abondantes claires, qui débutent une demi-heure après. Tous ces effets sont indépendants de la vitesse de l'injection, de la température du liquide et, à partir d'une certaine quantité, ne varient pas proportionnellement aux doses. La solution salée à 5 p. 1000 agit moins sur la diurèse et la calorification et l'on doit lui préférer la solution à 7 p. 1000.

2° *Solution saline composée* (solution de chlorure de sodium et de sulfate de soude, parties égales, à 7 p. 1000).

Nous avons fait des injections isolées et des injections en série. Les effets des injections isolées ne présentent aucune différence avec ceux des injections de solution salée simple. Les injections en série (4700 centimètres cubes en soixante-sept heures chez un chien, de 18 kilogrammes par dose quotidienne de 1000, 1100, 1200, 1500 centimètres cubes) reproduisent, chaque fois, les mêmes effets que les injections isolées, et sont aussi peu nocives. Le sulfate de soude n'est d'aucune utilité réelle vis-à-vis des globules rouges.

La valeur physiologique de la solution saline composée n'est pas supérieure à celle de la solution salée simple; par suite, la solution salée simple à 7 p. 1000 de chlorure de sodium est suffisante et paraît la plus convenable pour les injections intra-veineuses.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas d'hystérectomie vagino-abdominale pour cancer chez une femme enceinte. — Il s'agit, dans le cas rapporté par Enrico Amadei, d'une jeune femme de trente ans, multipare, enceinte de huit mois environ. Tous les accouchements précédents avaient été normaux et étaient arrivés à terme. Jusqu'au cinquième mois, rien à noter de particulier. Mais, à ce moment, il se produisit une métrorragie très abondante qui dura plusieurs heures, et cessa spontanément. Une autre hémorragie, aussi abondante, eut lieu le mois suivant. En outre, pendant toute la durée de la grossesse, la malade avait des pertes blanches fétides, très abondantes.

A l'examen, on constate, tout d'abord, un état général très mauvais : muqueuses pâles, peau couleur de paille. Rien de pathologique dans les viscères, à part un souffle très doux au cœur. Le col est très augmenté de volume, de forme irrégulière, ulcéré, très dur dans certains points, très friable, au contraire, dans d'autres. Le cul-de-sac gauche est également ulcéré, et l'on sent, dans le paramé-

trium du même côté, un gros noyau circonscrit. En outre, dans les aines, on trouve les ganglions augmentés de volume, mais non douloureux.

On fait donc le diagnostic de cancer du col de l'utérus, avec diffusion secondaire dans le vagin et dans le paramétrium gauche, compliqué de grossesse de huit mois. Ce diagnostic fut basé non seulement sur les symptômes cliniques constatés, mais aussi sur l'examen histologique d'un morceau de col réséqué.

Comme la malade continuait à avoir des pertes considérables, le professeur Mangiagalli décida de l'opérer. Après lavage et l'excision, à l'aide d'une curette, des végétations vaginales, on pratiqua, d'abord, l'amputation sus-vaginale du col, on procéda ensuite à l'opération césarienne, et, après avoir extrait le fœtus et le placenta, on sectionna les ligaments larges, on fit la ligature des annexes et l'on enleva l'utérus lui-même. L'opération avait duré quatre-vingt-dix minutes.

Les suites post-opératoires ont été des plus satisfaisantes : la température n'avait pas dépassé 37°2. Les urines, rares les premiers jours (600-650 grammes), augmentèrent en quantité jusqu'à arriver au chiffre normal. Vingt jours après l'opération, la malade quitta l'hôpital dans de très bonnes conditions, emportant son enfant qui, pendant tout le temps que la mère était malade, fut nourri artificiellement.

L'auteur a revu cette malade cinq mois après l'opération, elle se trouvait très bien, n'ayant à souffrir d'aucun trouble pathologique et pouvant se livrer à son travail. La cicatrice abdominale reste parfaite ; le ventre n'est pas douloureux à la pression, les ganglions persistent, quoique non douloureux. A l'exploration combinée, on sent la cicatrice vaginale résistante et régulière. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une induration fixe, indolente, qui semble être de nature cicatricielle, ainsi que dans le cul-de-sac droit. (*Ann. di Obst. e Gin.*, n° 5, 1896.)

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. — Les auteurs sont généralement en désaccord sur le point de savoir s'il faut ou non intervenir dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, surtout lorsque ces plaies ont été déterminées par des armes à feu. Les uns conseillent l'abstention absolue, tandis que les autres, au contraire, prêchent l'intervention, donnant à juste titre, cette raison décisive que, grâce à l'antisepsie, on n'a plus à redouter de complications. Rho et Bonomo ont fait, à ce sujet, des recherches expérimentales. Ils se sont proposé pour but de déterminer quelles sont les multiples lésions qu'un projectile peut produire dans les viscères abdominaux, et spécialement dans le tube digestif, et de rechercher s'il faut s'abandonner à la force médicatrice de la nature, ou bien recourir à une intervention chirurgicale immédiate.

Il résulte de ces recherches qu'il faut toujours recourir à la laparotomie médiane, lorsqu'il s'agit des blessures par arme à feu ; toutefois, il peut être utile de faire une laparotomie latérale dans les cas où la blessure se trouve disposée sur le côté. Les cicatrices latérales de l'abdomen pouvant produire des éventrations, il faut éviter la laparotomie latérale chez des individus maigres avec des parois abdominales minces.

L'intervention chirurgicale est contre-indiquée dans des cas où le blessé court le risque de succomber pendant l'opération même, ou peu de temps après, et surtout dans les cas où l'on ne saurait, sans danger, le plonger dans la narcose.

L'intervention sera également contre-indiquée dans les cas où il s'est écoulé un long laps de temps à partir du moment où la blessure avait été faite. On devra donc absolument s'abstenir si l'accident date de plus de vingt-quatre heures.

L'opération doit durer le moins de temps possible, et il y a à redouter les effets du refroidissement du péritoine.

En résumant leurs recherches, les auteurs arrivent à formuler les conclusions suivantes :

1° Un projectile pénétrant dans l'abdomen peut, dans des cas vraiment exceptionnels, traverser la masse compacte des viscères, et laisser ceux-ci intacts (ou légèrement lésés), ces lésions pouvant se réparer spontanément ;

2° Les perforations gastro-intestinales sont fréquentes, et c'est pour cela qu'il faut les considérer comme existantes, toutes les fois qu'on a la certitude que le projectile a pénétré dans la cavité abdominale. Le contenu gastro-intestinal est versé dans la cavité péritonéale immédiatement après l'accident ; ce fait manque assez rarement, il ne se produit pas dans les cas où l'organe frappé est vide, lorsque la perforation est trop petite, ou bien, enfin, lorsque le trajet de la blessure est oblique, ce qu'on peut vérifier dans les cas de perforation de la vessie ou de l'estomac ;

3° L'hémorragie interne est une complication des plus fréquentes et des plus graves parmi les complications immédiates qui peuvent se produire dans les plaies abdominales par arme à feu ;

4° La pénétration dans le péritoine des fragments de vêtements, se produit très facilement ; ces fragments s'arrêtent ordinairement au niveau des bords de la perforation intestinale, ou bien restent dans les plaies que le projectile a faites en passant dans le parenchyme du foie ou de la rate ;

5° Ces corps étrangers, sans parler de l'infection péritonéale qu'ils peuvent déterminer, constituent un obstacle à l'accolement de la perforation au péritoine des organes voisins, et rendent, par conséquent, impossible l'oblitération spontanée ;

6° Il résulte de ce qui précède, que les ressources de la nature se trouvent ainsi limitées ; par conséquent, il y a tout avantage à ne pas livrer les malades à eux-mêmes, et à intervenir chirurgicalement. (*Riforma medica*, n° 114, 1896.)

Sur un cas de septicémie et de sclérème chez un nouveau-né. — Dans le cas que rapporte Comba, il s'agit d'un nouveau-né pas à terme, venu au monde dans un accouchement laborieux. Lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, le septième jour, on trouva : respiration irrégulière ; aphonie ; pouls petit, imperceptible, température rectale à 36 degrés ; ictère ; rigidité des muscles de la face et des membres inférieurs, induration scléromateuse généralisée.

L'enfant ne tarda pas à succomber, et, à l'autopsie, on constata les lésions suivantes : bronchite diffuse, infiltration séreuse de la couche cellulaire sous-cutanée, foie jaunâtre, rate de volume normal, de couleur rougeâtre, reins pâles. On pratiqua l'examen histologique qui donna les résultats que voici :

A l'intérieur des bronches, nombreux bacilles décapsulés, qui ne se coloraient pas par la méthode de Gram ; dégénérescence graisseuse du rein et nécrose de l'épithélium des tubuli ; exsudat séreux dans les capsules glomérulaires ; hyperhémie de la couche corticale ; dégénérescence graisseuse d'un certain nombre de cellules hépatiques ; infiltration séreuse dans le tissu interstitiel conjonctif des muscles ; fibres musculaires normales.

Enfin, l'examen bactériologique du sang, puisé dans le cœur et dans les poumons, quelques heures après la mort, montra la présence d'un bacille qui peut être identifié, d'après l'auteur, par ses caractères morphologiques, son action pathogène et son mode de culture, avec le bacille de Friedländer. Ajoutons que la rate, les reins, le foie, la peau et les muscles ne contenaient pas de micro-organismes.

Une question se pose maintenant : par quelle voie l'infection s'est-elle faite ?

Par l'ombilic ? Non certes ! et pour cette raison bien sim-

ple qu'on n'a constaté aucune altération des vaisseaux ombilicaux. Etant donné les lésions constatées dans les bronches, on serait porté à croire que c'est des voies digestives que partit le micro-organisme pour infecter l'économie.

Quoi qu'il en soit, cette infection a eu pour conséquence la destruction exagérée des globules et une néphrite doublement grave, et par son étendue et par son intensité. La néphrite a déterminé l'insuffisance rénale, à laquelle l'auteur attribue le rôle prépondérant dans la pathogénie du sclérème, dans son cas ; on admet en effet, aujourd'hui, que le sclérème n'est autre chose qu'un œdème généralisé et aigu de la couche cellulaire sous-cutanée.

Il n'est pas improbable que la longue durée de l'accouchement, qui a été, comme nous l'avons dit, assez laborieux, et, d'autre part, la naissance prématurée de l'enfant ne soient pas restées sans effet, et que ces deux causes aient prédisposé à l'infection.

A la fin de son intéressant travail, Comba examine la théorie de Baginsky qui suppose que le processus infectieux a une action directe sur la pathogénie du sclérème ; d'après l'auteur allemand, le processus infectieux déterminerait des altérations au niveau des parois des vaisseaux cutanés. Comba dit qu'il ne peut pas se prononcer, à l'heure qu'il est, sur la valeur véritable de cette hypothèse. (*Gaz. deg. Osp. e del. Clin.*, n° 59, 1896.)

Des filtres servant à l'épuration de l'eau à la campagne. — L'épuration de l'eau étant toujours une question très grave qui ne saurait trop attirer l'attention des hygiénistes et des médecins, nous croyons intéressant de signaler le travail de Coccone.

Cet auteur a examiné attentivement l'action de différents filtres, et il arrive à formuler les conclusions que voici :

1° Les cylindres de Kieselguhr contiennent toujours les micro-organismes pendant un laps de temps variant de trente-trois à cinquante-deux heures ;

2° Pendant cette période, le filtre donne passage aux germes aquatiques, capables de se multiplier dans l'épaisseur de ses parois, mais il ne laisse pas passer les germes pathogènes ;

3° La stérilisation du cylindre filtrant peut s'obtenir par l'ébullition dans l'eau pendant une heure ;

4° La résistance qu'oppose le filtre au passage des germes n'est pas influencée par la pression ;

5° La multiplication des germes aquatiques est considérablement influencée par la température ; elle varie, par conséquent, avec la température de l'eau, c'est pour cela que l'auteur n'a pas recherché l'action de la température sur le pouvoir filtrant des cylindres de Kieselguhr. (*Rif. med.*, n° 116, 1896.)

Dr TAFT.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'ophtalmologie (1), par MM. H. Truc et E. Valude.

Dans la plupart de nos écoles, faute de temps et de personnel, l'enseignement de l'ophtalmologie est essentiellement clinique. Le professeur, sur un sujet quelconque, pour être compris de ses élèves, doit toujours exposer les notions préliminaires correspondantes. Cette solution est fâcheuse, car elle entrave l'enseignement élémentaire et paralyse l'enseignement élevé ; les « Nouveaux éléments d'ophtalmologie » ont pour but de porter remède à cet état de choses.

Le plan en est conçu dans ce sens tout particulier.

L'anatomie, la physiologie, l'examen de l'œil, la réfraction, l'ophtalmoscopie, la pathologie générale et spéciale, la thérapeutique, forment nécessairement autant de parties, qui peuvent être étudiées progressivement ou consultées séparément. Mais, de plus, les symptômes élémentaires et leur séméiologie, les rapports des affections oculaires avec les maladies générales, les ophtalmies tuberculeuses, lymphatiques, lépreuses, syphilitiques, rhumatismales, goutteuses, etc., occupent aussi une place distincte ; de même, les éléments morbides similaires : tumeurs, blessures, hémorragies, états congénitaux, etc., qui sont groupés de manière à être appréciés dans leur ensemble et à fournir de larges données générales ; la thérapeutique est divisée en médicale et chirurgicale ; enfin les applications à l'hygiène, à la médecine légale, aux écoles, aux professions, à l'armée et à la marine, sont indiquées en des chapitres spéciaux.

Bon nombre de sujets, généralement assez peu étudiés dans les classiques, ont été esquissés : histoire générale et spéciale de l'ophtalmologie, anthropologie, anatomie comparée, expression et esthétique oculaires, technique histologique et bactériologique, blessures de guerre, pathologie vétérinaire, répartition géographique des maladies, hygiène des malades et des opérés, nomenclature des asiles d'aveugles, bibliographie générale, etc. Peut-être ces questions intéresseront-elles les élèves et les médecins.

Le but poursuivi a été de résumer en un seul ouvrage ce que l'on a écrit en des livres distincts, de fournir la plupart des renseignements nécessaires à l'étude de l'oculistique, de présenter une sorte d'introduction à la clinique et aux grands traités d'ophtalmologie.

De nombreux schémas facilitent l'intelligence des questions difficiles et la description des instruments ou des procédés opératoires.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier (1), par le docteur Grasset.

La seconde série des leçons professées à Montpellier, par le professeur Grasset, vient de paraître, et il nous semble intéressant d'en analyser quelques-unes, ne fût-ce que pour engager nos lecteurs à bien se pénétrer des autres.

Le livre commence par l' « étude de la fièvre des tuberculeux et de son traitement ». C'est là, certes, une bien vieille question, mais elle est de nouveau à l'ordre du jour, puisque cette année même à Paris, elle a fait l'objet de deux intéressantes thèses inaugurales (2).

La fièvre ne tient-elle pas une grande place dans l'évolution de la maladie? C'en est, comme disait Pidoux, « une des manifestations les plus importantes, » la plus significative peut-être, au point de vue de la prognose et des indications thérapeutiques.

La plupart des auteurs classiques distinguent avec raison deux espèces de fièvres :

La fièvre de granulation ou de tuberculisation qui se rattache aux poussées granuleuses et aux inflammations périgranuleuses ;

2° La fièvre de résorption ou fièvre hectique, fièvre des époques avancées de la maladie, « qui résulte d'un véritable empoisonnement par les produits septiques accumulés dans les cavernes pulmonaires. »

M. Grasset s'attache à étudier surtout ce qu'il appelle la fièvre infectieuse primitive, la fièvre bacillaire proprement dite, la vraie fièvre initiale des tuberculeux.

Depuis longtemps, les auteurs ont constaté le défaut de parallélisme flagrant qui existe entre la fièvre et la lésion dans la tuberculose ; mais dans aucun cas, le « paradoxe

---

(1) In-8°, tome Ier. Prix de l'ouvrage complet : 20 francs. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson ; Montpellier, Coulet.
(2) Chrétien, Mangin-Bocquet. Th. de Paris.

entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique » (Landouzy) n'éclate comme ici.

Au cas de fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, la lésion tuberculeuse est peu de chose, elle est encore discrète, difficile à percevoir; la fièvre et l'état général occupent, au contraire, tout le tableau, et dans cette fièvre on trouve tous les degrés, depuis les cas très bénins, jusqu'aux cas les plus graves.

Les fièvres continues, les pyrexies, forment, on le sait, une échelle variable, depuis la synoque jusqu'à la prolongée de quatre semaines et plus; cependant, le groupe entier appartient à l'infection typhique; il en va de même dans l'infection tuberculeuse, qui comprend cette même échelle de types sériés.

Le bacille de Koch, comme le bacille d'Eberth, peut créer un état infectieux général, dans lequel la fièvre joue le principal rôle symptomatique, et constituer une pyrexie dont les types s'échelonnent depuis l'embarras gastrique fébrile jusqu'à la fièvre typhoïde.

Dans ces formes, la lésion tuberculeuse est à peine indiquée. On voit des gens qui ont des séries de fièvres typhoïdes, de fièvres muqueuses ou d'embarras gastrique fébrile, à durée plus ou moins longue; la première atteinte est claire, la seconde étonne, la troisième paraît extraordinaire; on ne les retrouve que le jour où les signes physiques des lésions tuberculeuses viennent éclairer le diagnostic.

M. Grasset met ces faits en évidence et y insiste avec grande raison; il conseille comme traitement l'antipyrine à doses faibles, données d'une façon très régulière, échelonnées dans les vingt-quatre heures, et comme hygiène, l'air renouvelé la nuit par la ventilation et le jour par de longues heures passées en plein air, le malade étant allongé, à l'abri du vent et garanti contre les variations brusques de la température.

Il faut citer les leçons sur « l'hystérie rabiforme, sur l'hystérie mâle et la neurasthénie, sur la maladie de Morvan, sur les associations hystéro-organiques, sur un cas de pseudotabes, sur les mouvements involontaires au repos chez les tabétiques, etc. ». Ces leçons sur les affections du système nerveux, duquel le professeur Grasset a depuis si longtemps fait son sujet préféré, revêtent encore ici la marque si personnelle et si originale du maître de Montpellier.

Dans une étude sur la *Pneumococcie*, atténuée ou aggravée, le maître revient sur ce sujet de la fluxion de poitrine, si chère et à juste titre à l'école de Montpellier.

Pour M. Grasset, la pneumoccocie thoracique atténuée comprend non seulement la pneumonie abortive, la fébricule pneumonique de Charcot et Bernheim, mais encore la congestion pulmonaire de Woillez et la congestion pleuro-pulmonaire de Potain. On veut aussi faire rentrer, dans la pneumoccocie atténuée, un certain nombre de cas de bronchites, peut-être même de broncho-pneumonies.

Les différences cliniques qui existent cependant, qui ont été constatées par tous les médecins et qui la rapprochent plutôt des bronchites, viendraient tout simplement du mode de pénétration du pneumocoque. Le micro-organisme s'introduirait dans le poumon par la voie sanguine et la voie lymphatique, dans le cas de congestion pulmonaire et de pneumonie; par les canaux aériens, la voie bronchique, dans les cas de bronchite et de broncho-pneumonie.

La pneumococcie atténuée s'étend donc de plus en plus et l'unité de la cause microbienne refait l'ancienneté clinique de la fluxion de poitrine.

Dans une autre leçon « sur les rapports du rhumatisme articulaire aigu et des pseudo-rhumatismes », M. Grasset incline à penser que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie infectieuse à part, une espèce nosologique particulière; si c'est un microbe banal qui la cause, c'est un microbe banal doué d'une fonction pathogène spéciale. Le rhumatisme articulaire aigu garde son individualité clinique et nosologique, son type, sa manière d'être..., même quand le rhumatisme articulaire est secondaire, si tant est qu'il le puisse être, toujours il garde ses caractères cliniques propres, toujours il conserve ses caractères anatomiques spéciaux qui le séparent et doivent le faire mettre à part des arthrites infectieuses.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

570. M. Paumelle. Recherches sur le pouls dans la pneumonie franche des enfants, principalement pendant la convalescence. — 571. M. Paté. Essai d'études cliniques sur le traitement de l'infection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique et les injections intra-veineuses d'eau salée. — 572. M. Rousseau. Tractions rythmées de la langue et insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés. — 573. M. Picou. De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'homme adulte. — 574. M. Boullenger. De l'action de la glande thyroïde sur la croissance. — 575. M. Pigeonnat. Contribution à la thérapeutique chirurgicales des gros fibromes utérins (hystérectomie abdominale. Méthode péritonéale). — 576. M. Vezinat. De la blennorragie ascendante chez la femme. — 577. M. Bassaget. De l'hydrocystome. (Contribution à la pathologie des glandes sudoripares.) — 578. M. Marmier. Les toxines et l'électricité. — 579. M. Forestier. De la gangrène par artério-sclérose et de son traitement. — 580. M. Piedvache. De la néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale, en particulier dans les petits calculs du rein. — 581. M. Chapard. Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes, dans les végétations adénoïdes. — 582. M. Monjoin. Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose. — 583. M. Lachouille. Étude comparative de l'ostéotomie et de la résection dans les ankyloses du genou, consécutives à des tumeurs blanches chez l'enfant. — 584. M. Brinon. Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juillet 1896, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Sercy, médecin en chef de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Reynaud, médecin principal des colonies.

— Par décret, en date du 7 août 1896, MM. les docteurs Billot et Pastre ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Par décret, en date du 12 août 1896, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Auvray, médecin principal.

Au grade de médecin principal. — M. André, dit Duvigneau, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe. — M. Brochet, médecin de deuxième classe.

— Les candidats dont les noms suivent sont admis à concourir à Rochefort pour l'École de Bordeaux :

MM. Ayraud, Marchegay, Grailliot, Bertrand, L. Rabourdin, Brochard, Fermond, Petit, Chemin, Couvy, Laurens, Rogé, Girard, Gisselbrecht, Clavet, Dufour, Lescure, Braud, Guillet, Chagnolleau, Richard, Moreau, Epron, Chaneau, Grossin, Rousseau, Constantin, Ledoux, Tel, Jousset, Delmas, Béliard, Rey, Hervé, Pascau, Brustier, Marty, Ducasse, Dellel, Auchier, Boutin,

Kohler, H. Rabourdin, Marque, Delhommeau, Carrère, Barthe, Valentin, de Fornel, Devillars, Maillé et Azémar, ce dernier soldat au 143e de ligne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Demeurat (de Paris) et Petiteau (des Sables-d'Olonne).

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 95. — JEUDI 20 AOUT 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 20 AOUT 1896. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'avons qu'une seule communication à signaler. M. de Brun (de Beyrouth), qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de tétanos, cette affection étant très fréquente en Syrie, appelle l'attention de l'Académie sur quelques symptômes peu connus du tétanos, en particulier sur le raccourcissement musculaire consécutif. Il cite une observation dans laquelle ce raccourcissement musculaire était des plus nets et portait sur le triceps sural.

Après cette communication, comme il n'y avait plus rien à l'ordre du jour, la séance a été levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

La suffocation; questions médico-légales (1).

I

La question qui vous sera posée par le juge d'instruction est celle-ci : On trouve un cadavre : l'individu a-t-il été enfoui vivant ou mort? Combien de temps peut-on rester enfoui avant de mourir?

Je laisse naturellement de côté les fakirs, qui sont dans des conditions toutes particulières qu'on ne retrouve pas ailleurs. Les exemples que je puis vous citer sont nombreux, et quelques-uns sont très typiques.

En 1848, après les journées de février, le roi Louis-Philippe dut prendre le chemin de l'exil. Il traversa avec une partie de sa famille le jardin des Tuileries, pour monter en fiacre à la place de la Concorde. Deux gardes nationaux gisaient, inanimés, aux portes du jardin. Afin d'épargner au vieux roi une émotion pénible, des gens de bonne volonté enfouirent rapidement ces corps sous un tas de sable; on les en retira quelques heures après; l'un de ces hommes, qui n'avait été qu'en état de mort apparente, vivait encore.

Pendant la retraite de Russie, le général Ornano, chargeant l'ennemi à la tête d'un escadron, est blessé et précipité de son cheval. Son aide de camp, le capitaine Tascher, lui porte secours et constate qu'il ne donne plus signe de vie et le fait enfouir sous un tas de neige, car le temps manquait pour lui donner une sépulture plus convenable. Puis il court annoncer à Napoléon la mort du général. Quelques heures après, Ornano revient se mettre à la disposition de l'empereur. Quarante ans plus tard, à l'enterrement du capitaine Tascher, devenu général, le maréchal Ornano tenait un des cordons du poêle.

Lorsqu'il s'agit d'enfants, les exemples de survie sont nombreux. Tardieu estime que, si la couche de terre n'est pas très considérable, un enfant enfoui peut vivre quatre à cinq heures. Il a noté, une fois, une survie de huit heures. Nous nous trouvons là en présence de faits qui rappellent de loin ceux dont les fakirs sont coutumiers.

Vous savez par les expériences de Harvey, répétées par William Edwards et par P. Bert, que des êtres qui viennent au monde peuvent vivre dans des conditions de milieu qui seraient incompatibles avec la vie, pour des adultes. Harvey a fait accoucher une chienne dans un baquet d'eau. La mère a succombé, les petits chiens ont survécu. William Edwards a repris ces expériences. Paul Bert les a répétées également, en les variant. Il a constaté que des chiens nouveau-nés pouvaient vivre un certain temps dans de l'eau dont la température ne dépasse pas 14 degrés. Si on élève la température de l'eau, à 20 degrés, par exemple, ils meurent en quelques minutes. Cette expérience semble contraire à tout ce que nous apprend la physiologie, mais elle est exacte. Paul Bert a constaté également que les tissus des jeunes animaux consommaient dix fois moins d'oxygène que ceux d'un animal adulte : leur nutrition est donc ralentie, comme celle des fakirs.

Caussé (d'Albi) a raconté l'histoire d'une jeune fille de dix-sept ans, qui est restée enfouie, vivante, pendant quinze heures sous une couche de terre de plusieurs mètres d'épaisseur. Cette jeune fille était peut-être une hystérique, mais Caussé (d'Albi) n'a pas insisté sur ce point.

L'enfouissement accidentel, celui des ouvriers pris sous l'éboulement d'une sablière ou d'une mine, donne le plus souvent lieu à une enquête médico-légale.

Des ouvriers sont enfouis dans une carrière, on les croit morts et on va renoncer à leur sauvetage. C'est alors qu'il est du devoir des médecins et des ingénieurs d'intervenir et

(1) Extrait d'une leçon recueillie par M. le docteur Reuss (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*).

de faire continuer les travaux. On a retiré vivants des ouvriers qui avaient été enfouis pendant six ou sept jours. Je sais que, dans l'immense majorité des cas, il n'est pas question d'un enfouissement tel que nous le comprenons; il s'agit de gens plutôt envoûtés, enfermés dans un espace confiné où ils ont encore à leur disposition une certaine quantité d'air respirable. Quelquefois des fissures laissent pénétrer un peu d'air du dehors; on entend, au moins les premiers jours, ces ouvriers crier et parler.

Je puis vous citer le fait suivant, qui date de six mois et qui n'est pas encore jugé. C'était quelque part sur la ligne d'un chemin de fer. Cinq ouvriers sont pris sous un éboulement. On en retire deux, puis on dit qu'il est inutile de pousser plus loin les travaux de sauvetage, les trois autres devant être morts. Un médecin, qui était présent, insiste, et avec raison, pour que l'on continue les travaux; il s'emporte et finit par traiter d'imbécile l'individu qui s'opposait à la reprise des travaux. Celui-ci se ceint de son écharpe: c'était le maire. Le médecin comparaîtra ces jours-ci en justice, pour répondre du délit d'outrages envers un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions. Il a eu du moins la satisfaction de voir continuer les travaux de déblaiement et le bonheur de pouvoir rappeler à la vie un des trois ouvriers que, sans lui, on eût abandonnés.

Ne perdez donc jamais courage, faites continuer les fouilles bien plus longtemps que vous n'avez, scientifiquement, l'espoir de retirer quelqu'un vivant.

Lorsqu'il s'agit d'une expertise, notez exactement les traces de violence : et pour savoir si des individus ont été enfouis vivants, recherchez avec le plus grand soin la présence des matières pulvérulentes au milieu desquelles le corps a été retrouvé, dans les organes de la respiration et de la digestion.

Le docteur Matthysen, en 1842, trouva dans la trachée et l'estomac d'un individu des cailloux et du sable, qui s'y étaient introduits à la suite des efforts d'inspiration et de déglutition faits par cet homme au moment où il fut enfoui.

Les expériences du docteur Béringier datent de 1851. Il ensevelit des petits chiens sous des cendres; il les retira au bout de quinze heures et, à l'autopsie, il trouva des cendres jusqu'au milieu de l'œsophage et dans la glotte.

Le docteur Raynaud (de Montauban) a été commis dans une affaire de suffocation criminelle. Il retrouva dans la trachée, dans l'œsophage, dans l'estomac, et jusque dans le duodénum de la victime, des grains de blé. L'enquête démontra qu'effectivement cet homme était mort étouffé; ses meurtriers lui avaient maintenu la tête enfouie dans un tas de blé.

Quel que soit l'endroit où un individu vivant est enfoui, il fait des efforts considérables pour respirer. Vous pouvez juger de l'intensité de ces efforts d'inspiration en vous souvenant des résultats de l'autopsie, pratiquée par M. Descouts, d'un ouvrier égoutier tombé la face sur la cunette de l'égout du boulevard Rochechouart. Il trouva la trachée et les bronches bourrées de graviers, dont l'un avait la grosseur d'un haricot.

Si un nouveau-né respire au moment où on le projette dans une fosse d'aisances, car c'est là un procédé d'infanticide très commun, et s'il tombe dans la couche de matière pâteuse qui s'appelle, en terme du métier, *le chapeau*, vous trouverez à l'autopsie, de la matière fécale dans les bronches, dans l'estomac, et jusque dans l'oreille moyenne; si vous faites une coupe du poumon et que vous pressiez entre vos doigts une tranche de tissu pulmonaire, vous verrez sourdre par les ramifications bronchiques de petites chandelles de matière fécale.

Des savants anglais, membres de la Société britannique, ont essayé de mesurer la puissance de ces efforts d'inspiration. Ils ont suspendu par les pattes de derrière des petits chiens, la tête en bas, de telle façon que le nez vînt affleurer une cuve à mercure plutôt qu'y plonger. Au bout de deux minutes, ils ont constaté la présence du mercure dans les bronches et jusque dans les alvéoles.

Est-ce un signe absolu? Non, il y a des causes d'erreur.

Lorsqu'on enterre un cadavre dans un terrain très meuble et soumis à des trépidations fréquentes, on peut trouver dans le nez, dans la bouche, dans le pharynx, des matières pulvérulentes. Ces matières pulvérulentes pénètrent dans les orifices naturels, c'est vrai; mais ce mode de pénétration est tout différent de celui dont je vous parlais à l'instant; il ressemble à l'ensablement des tuyaux placés dans la terre.

Quand vous serez appelés à faire une autopsie dans un cas de ce genre, quand la question posée par le juge est celle-ci: « Voici un corps : l'individu a-t-il été enterré vivant ou mort? » faites bien attention, au moment où vous examinez les organes respiratoires, à ne pas transporter, avec vos pinces ou vos ciseaux, du sable du larynx dans les bronches.

Recueillez quelques mucosités à la bifurcation des bronches : placez-les sur le dos d'une de vos mains et étalez-les avec un doigt; si elles contiennent un grain de sable, fût-il imperceptible, vous le sentirez : ce sera une présomption de l'enfouissement de l'individu, vivant.

LA NEURO-FIBROMATOSE GÉNÉRALISÉE

Par le docteur L. LANDOWSKI,
Ancien interne des hôpitaux.

La neuro-fibromatose généralisée est une affection que caractérise la triade symptomatique suivante :

Tumeurs de la peau,
Tumeurs des nerfs,
Pigmentation cutanée,

accompagnant un ensemble fonctionnel particulier.

C'est une véritable entité morbide qui a une étiologie spéciale, une évolution définie, une caractéristique anatomo-pathologique, et dont le diagnostic est parfois assez délicat.

HISTORIQUE. — Un sérieux travail d'anatomie microscopique, dû à Recklinghausen (*Ueber die multiplen fibrome der Haut und ihre Beziehung zu der multiplen neuromen*, 1882), les études de Lahman (Die multiplen fibrome in ihre Beziehung zu der neuro-fibromen, *Virchow's Archiv*), Trélat (observation inédite, 1883), Hebra, Roumen, Launois et Variot, Landowski (*Gazette des hôpitaux*, 1894, et thèse : *D'une maladie caractérisée par la présence de tumeurs cutanées, de tumeurs des nerfs, de pigmentation de la peau accompagnant un ensemble fonctionnel particulier*, 1894), Vincenzo Brigidi (*Multiple neurofibrome der peripherischen Haut und Muskelnerven mit fibroma molluscum*, 1894), enfin, tout récemment, les belles leçons cliniques de Marie (1896) : voilà ce que la littérature médicale contient sur ce sujet.

Etiologie. — Le mode de début de la neuro-fibromatose semble assez variable. Le plus souvent elle est congénitale ; dans ce cas, l'hérédité est souvent évidente. Cette hérédité peut être directe et remonter à deux ou trois générations, ou collatérale ; c'est ainsi que la neuro-fibromatose se retrouve chez plusieurs frères et sœurs. Enfin, l'influence héréditaire peut être variée, c'est-à-dire que les formes diverses de neuro-fibromatose sont observées sur plusieurs individus d'une même famille.

Il existe cependant des cas où la neuro-fibromatose semble être survenue à l'âge adulte.

On trouve toujours alors des causes occasionnantes : mauvaises conditions hygiéniques, surmenage extrême, froid, traumatisme, maladies infectieuses en rapport direct avec le début de l'affection. Dans les cas où l'hérédité coïncide avec cette apparition tardive, il est naturel de supposer que ces causes, mettant l'organisme dans des conditions de moindre résistance, ont favorisé le développement de la diathèse latente, ainsi que cela a lieu pour certaines maladies familiales, les myopathies, par exemple.

Symptômes. — Ils sont de deux ordres :

1° Symptômes physiques ;
2° Symptômes fonctionnels.

Les premiers sont les plus importants : il nous occuperont tout d'abord.

a. *Tumeurs cutanées.* — Elles sont caractérisées par des masses sessiles ou pédiculées, de dimensions variables, depuis un grain de mil jusqu'à la grosseur d'une noix. Quelques-unes présentent, à leur surface, des points noirs qui paraissent formés par une accumulation de matière sébacée ; quelques autres, en général les plus volumineuses, ont une teinte légèrement violette ; d'autres, enfin, une couleur rosée.

Elles siègent sur tout le corps, mais sont presque toujours plus confluentes sur le tronc, le cou et la tête, plus rares sur les membres, surtout à mesure que l'on approche des extrémités. Elles sont exceptionnelles aux mains et aux pieds, la face n'est pas indemne, les paupières, le front, le cuir chevelu sont souvent atteints. Les organes génitaux externes et les muqueuses sont presque toujours respectés.

Ces tumeurs font corps avec la peau et se déplacent avec elle ; leur consistance est variable : tantôt elles donnent au doigt la sensation d'un grain de raisin dont on aurait retiré la pulpe, tantôt elles sont dures et fibreuses, tantôt ce sont des masses molles et gélatineuses traversées par des cordons résistants ; d'ailleurs, la consistance n'est pas uniforme dans tous les points d'une même tumeur. A la périphérie, on déprime aisément un tissu mou, spongieux, lâche, alors que vers le centre on rencontre un noyau plus ferme. Ces tumeurs sont indolentes, elles n'occasionnent au malade aucune gêne ; ces différents caractères les distinguent nettement des tumeurs nerveuses.

b. *Tumeurs nerveuses.* — Elles ne se révèlent guère à l'inspection ; ce n'est qu'en regardant attentivement les membres à jour frisant, qu'un observateur averti pourrait les deviner. En effet, celles qui siègent sur les branches superficielles du radial, du saphène, du crural, soulèvent légèrement la peau, comme le feraient des ampoules variqueuses, mais celle-ci, à leur niveau, ne présente aucun changement de coloration.

C'est surtout la palpation, et la palpation attentive, qui permet de les diagnostiquer. On sent, principalement à la région interne du bras, sur le trajet du cubital, à la face postérieure de l'avant-bras, à la partie antérieure de la cuisse, souvent vers le bord externe du creux poplité, quelquefois même dans les espaces intercostaux, des tumeurs profondes, sensibles à la pression, rapprochées les unes des autres comme les grains d'un chapelet, mobiles sous une peau absolument normale, mais ne permettant qu'un déplacement latéral, et reprenant, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, leur situation, semblables à un nœud fait sur un fil.

La peau, à leur niveau, ne présente aucune modification de la sensibilité, aucun trouble trophique dépendant directement de la tumeur nerveuse.

Nous verrons, au chapitre Anatomie pathologique, la forme, les dimensions, le siège exact de ces tumeurs, leur rapport avec les tumeurs cutanées.

c. *Pigmentation de la peau.* — Dans tous les cas observés, les taches pigmentaires étaient sensiblement les mêmes. Ce sont des xanthomes. On ne remarque que des différences de nuances dans la coloration. Tantôt ce sont des taches couleur café au lait ; tantôt elles sont plus pâles encore ; tantôt elles sont d'un brun roux. Leurs dimensions sont variables, et on peut les diviser en deux catégories :

1° Pigmentation ponctiforme ;
2° Pigmentation par plaques.

La pigmentation ponctiforme colore surtout le visage, le tronc, les lombes, les extrémités des membres.

Ce piqueté brunâtre vient confluer parfois autour d'une tumeur cutanée, laissant entre lui et la pigmentation voisine un espace de peau saine. Parfois, les taches sont éparses, isolées, parfois elles forment un enduit jaunâtre continu.

La pigmentation par plaques est toute différente. Elle donne au corps un aspect qui rappelle celui des chevaux pie.

Ce sont de larges taches, fréquemment de la dimension de la paume de la main, qui siègent habituellement à la racine des membres.

Les deux différentes variétés de pigmentation que nous venons de décrire se rencontrent, en général, sur le même sujet, avec une inégale répartition ; le piqueté domine, les grosses taches sont rares.

Ajoutons, pour en terminer avec ces éléments cutanés, la présence accessoire de nœvi pilaires et vasculaires, d'ailleurs très peu nombreux.

2° *Symptômes fonctionnels.* — La motilité, en ce qu'elle a d'essentiel, est habituellement conservée ; les seuls troubles que l'on observe de ce côté sont de la lenteur dans les mouvements, et un manque total d'énergie musculaire.

La sensibilité est plus affectée : ce sont des crampes douloureuses dans les membres, des douleurs lancinantes et térébrantes, des arthralgies qui tourmentent le malade et contribuent à rendre ses mouvements difficiles.

Les sujets présentent de l'hypo-esthésie cutanée : la piqûre, la brûlure ne sont chez eux qu'imparfaitement ressenties.

Les troubles trophiques sont excessivement rares.

Ce qui domine l'ensemble des symptômes fonctionnels, c'est un état général de dépérissement, une dépression intellectuelle, une langueur, une torpeur qui rappelle celle de la maladie d'Addison.

Le facies est hébété; le corps plus ou moins voûté, amaigri, chétif.

On trouve, dans la plupart des observations de neuro-fibromatose, des troubles du côté de la mémoire, qui, sans présenter de lacunes bien évidentes, sans qu'on note d'amnésie nette des choses récentes, est cependant paresseuse, incertaine. On a signalé et nous avons nous-même observé, chez deux malades, un embarras de la parole rappelant assez le bégaiement.

Tels sont les phénomènes qui constituent l'ensemble symptomatique de la neuro-fibromatose généralisée.

Ils ne présentent de variété que par l'inégale importance des éléments essentiels dans les différents cas : tantôt le molluscum domine, tantôt c'est la pigmentation qui attire surtout l'attention, tantôt, enfin, ce sont les phénomènes douloureux qui amènent le malade à l'hôpital.

Marche, durée, terminaison. — Qu'elle soit congénitale ou qu'elle paraisse acquise, l'affection peut se manifester de différentes manières :

1° Les taches pigmentaires, les tumeurs cutanées et les tumeurs nerveuses se sont montrées à la fois.

2° Les taches pigmentaires ont été congénitales, les tumeurs ne se sont montrées que plus tard.

Dans ce dernier cas, l'apparition des tumeurs cutanées peut se faire de deux façons différentes : ou bien c'est une grosse tumeur : « tumeur majeure, » qui apparaît et à laquelle viendront se joindre en plus ou moins grand nombre des tumeurs plus petites; ou bien ces petites tumeurs généralisées apparaîtront simultanément ou par poussées successives. Ces poussées peuvent se faire à intervalles plus ou moins longs, suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade. Quoi qu'il en soit, leur nombre augmente invariablement, et l'on en a pu compter jusqu'à un millier sur un même individu.

La marche de la maladie est lentement progressive, et la plupart des observations signalent la mort dans un état de cachexie particulier, conséquence inévitable des troubles fonctionnels décrits précédemment.

Il importe d'ailleurs de noter comme complication, ou mieux comme variété, le développement anormal d'une tumeur parfois très petite au début et qui, bientôt, s'accroît pour acquérir les dimensions considérables du névrome plexiforme.

Signalons, enfin, la dégénérescence cancéreuse possible de l'une des tumeurs cutanées.

Diagnostic. — L'étude des symptômes nous a montré qu'il pouvait y avoir prédominance de l'un des éléments de la triade symptomatique; le plus habituellement, ce sont les fibromes cutanés qui attirent surtout l'attention, et par leur nombre et par leur volume. Parfois, les fibromes nerveux seuls inquiètent le malade. Il importe, dans le premier cas, de faire le diagnostic avec le fibroma molluscum généralisé, les gommes sous-cutanées, les adénopathies généralisées, les lipomes et fibro-lipomes; dans le second, de ne point confondre notre affection avec les manifestations cutanées et nerveuses de la lèpre.

Le fibroma molluscum généralisé se présente sous l'aspect de tumeurs cutanées, de nombre variable, et dont les caractères principaux sont la mollesse et l'indolence; leur volume est habituellement peu considérable. Elles siègent presque toujours sur le tronc, le cou et la tête, et sont, en général, exceptionnelles sur les membres.

La présence sur les membres de tumeurs moins apparentes que les précédentes, simulant plutôt des ampoules variqueuses que des productions dermiques, fera soupçonner des fibromes nerveux surajoutés aux fibroma molluscum. La pigmentation cutanée complètera le diagnostic.

Les gommes sous-cutanées, les lipomes, les adénopathies généralisées se distinguent aisément de la neuro-fibromatose par leur aspect, leur consistance, leur siège.

La lèpre, dans sa forme tuberculeuse ou noueuse, dans sa forme anesthésique ou tropho-neurotique, peut simuler, à s'y méprendre, la neuro-fibromatose.

Dans la lèpre tuberculeuse ou noueuse, les taches précèdent toujours l'apparition des tubercules, mais ces taches hyperhémiques, ou érythèmes lépreux, sont d'un rouge pâle ou vineux, parfois violacé et livide. Elles sont d'ordinaire plus foncées au centre qu'à la périphérie; lisses et luisantes, elles forment un très léger relief sur les téguments.

Il est impossible de confondre ces macules avec la pigmentation caractéristique de la neuro-fibromatose.

Il n'en est pas de même des taches pigmentaires de la lèpre, qui sont de couleur café au lait, bronzées, brunâtres, en tout analogues à celles de la neuro-fibromatose généralisée.

Les tubercules lépreux, eux aussi, peuvent simuler les fibromes nerveux simples; mais le lépromé hypodermique est constitué, soit par des nodosités isolées les unes des autres (léprome inodulaire), soit par des plaques plus ou moins étendues, en général oblongues, présentant parfois de légères bosselures à leur surface (léprome en nappe ou diffus).

Toute confusion entre la lèpre et la neuro-fibromatose généralisée paraît devoir être impossible si l'on fait entrer en considération les notions étiologiques spéciales, les troubles sensitifs et trophiques, la recherche du bacille d'Hansen.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs cutanées et celles qui sont situées sur le trajet des nerfs ont une même structure fondamentale : ce sont des fibromes.

Les *fibromes de la peau* sont essentiellement formés de faisceaux ondulés de tissu conjonctif refoulant le corps papillaire qui s'amincit par compression et circonscrivant des lacunes de formes diverses. Tantôt l'élément fibreux y domine, tantôt l'élément cellulaire.

Les glandes sébacées, les follicules pileux, les glandes sudoripares se trouvent renfermés dans ces tumeurs. Les follicules pileux sont souvent altérés, gonflés comme si le tissu de la tumeur les avait oblitérés, les muscles de ces follicules ont leurs fibres écartées par le tissu conjonctif de nouvelle formation; les tubes des glandes sudoripares sont repoussés à la périphérie; on y trouve une assez grande quantité de fins vaisseaux, riches en cellules, qui semblent comprimés et une fort petite quantité de fibres nerveuses plus ou moins dissociées.

Les *fibromes des nerfs* ont un aspect macroscopique variable. Tantôt, c'est un simple renflement du nerf, tantôt ce sont deux renflements accolés, réunis par un pédicule en forme d'U, tantôt, enfin, la tumeur est appendue au nerf par un pédicule assez long, ce qui lui assure une grande mobilité.

Leur grosseur varie d'un grain de millet à une lentille. Quelques-unes sont plus volumineuses encore. Leur couleur

est nacrée ; par places, elles sont marbrées de petites ramifications vasculaires qui leur donnent un aspect rosé. Leur consistance est ferme : elles sont résistantes à la coupe, la surface de section ne donne pas de suc.

Le microscope y fait voir des tubes nerveux à myéline, de directions diverses ; quelques-uns entourés en spirale, quelques autres, mais rares, d'aspect monoliforme ; ils sont séparés par un tissu conjonctif dense. Dans quelques-unes de ces tumeurs, les fibres nerveuses sont écartées, refoulées à la périphérie du fibrome, où elles forment éventail, tandis que la partie centrale est exclusivement conjonctive, formée d'une multitude de fibrilles entrecroisées en tous sens, au milieu d'une gangue légèrement granuleuse et de cellules aplaties. Le pédicule est constitué par des tubes nerveux plus serrés, au milieu d'un tissu fibreux abondant.

La pigmentation cutanée est due à la présence de granulations jaunes, brunes et noires, fort abondantes dans le protoplasma des cellules de Malpighi, surtout dans celles qui normalement déjà renferment des granulations pigmentaires.

Signalons aussi la présence de granulations pigmentaires dans le corps des cellules connectives et entre les fibres conjonctives du corps papillaire.

Telles sont les lésions de la neuro-fibromatose généralisée. Pour ce qui est de l'origine de ces lésions, de leur point de départ, il est encore fort discuté. Les uns, avec Recklinghausen, voient identité complète de structure entre les tumeurs nerveuses et les tumeurs cutanées et considèrent ces deux variétés de productions conjonctives comme des neuro-fibromes développés au dépens de la gaine conjonctive des nerfs.

Les autres reconnaissent aux tumeurs cutanées des origines diverses : 1° fibromes développés aux dépens de la gaine des vaisseaux ; 2° de la gaine des nerfs ; 3° des enveloppes conjonctives des glandes sudoripares et sébacées. C'est là l'opinion qui nous paraît la plus juste.

Cette différence entre les tumeurs de la peau, d'origines diverses, et les tumeurs profondes, toujours d'origine nerveuse, répond d'ailleurs aux données cliniques et caractérise d'autant mieux chacun des éléments de la triade symptomatique qui fait le sujet de ce travail.

INTOXICATION BÉNIGNE

PROVOQUÉE PAR L'EMPLOI DE LA POMMADE PICRIQUÉE DANS LES BRULURES

Par le docteur P. SZCZYPIORSKI (de Longwy).

La méthode du traitement des brûlures par l'acide picrique, vulgarisée par M. le docteur Thiéry (1), se généralise partout et donne, d'une façon assez constante, de très bons résultats. Pure, elle est applicable aux brûlures superficielles n'ayant pas détruit le chorion. Modifiée par l'adjonction d'un corps gras, elle trouve son emploi dans d'autres variétés de brûlures, car les surfaces cruentées ne s'accommodent pas longtemps de la méthode pure appliquée dans toute sa rigueur. En effet, pour décoller le pansement sec, on déchire souvent les capillaires et on provoque parfois des douleurs très vives. Pour ces raisons, l'emploi d'un corps gras paraît, dans ces cas, nécessaire. Donc, dans les brûlures profondes, j'associe à la méthode Thiéry la vaseline aristolée (à 5 p. 100), qui m'a déjà rendu de grands services, et les résultats sont très satisfaisants. Je voulus cependant essayer l'emploi de la vaseline picriquée à 5 p. 100, et je l'appliquai, au commencement du mois de juillet 1896, concurremment avec les compresses trempées dans l'eau picriquée à saturation, dans deux cas de brûlures ayant détruit, sur une assez grande étendue, une certaine épaisseur de la peau.

Les résultats en furent les suivants : au bout de trente-six heures après l'unique application de la pommade, apparition du sub-ictère et de l'érythème rubéoliforme généralisé à toute la surface cutanée, érythème en macules irrégulières, à bords comme déchiquetés, de volume de 50 centimes à 2 francs, par places confluentes, ne disparaissant pas complètement à la pression. Les urines devenaient rouge foncé, couleur acajou ; langue chargée, inappétence ; malaise général ; en outre, les deux brûlés (hommes de vingt-huit et de trente-six ans) devaient s'aliter pour deux ou trois jours. On ne renouvela plus l'emploi de la pommade picriquée, mais on continuait les applications d'eau picriquée et de vaseline aristolée ; et au bout de dix jours environ il n'y eut plus trace ni de l'érythème ni du sub-ictère. L'état général redevint parfait. Quant aux brûlures, dans un cas elles guérirent avec une rapidité extraordinaire ; dans l'autre, la cicatrisation en est très avancée.

Je dois remarquer que jamais, et je vois des brûlures journellement, et de fort étendues, je n'ai observé des accidents semblables après l'application de la solution aqueuse d'acide picrique. Du reste, la méthode Thiéry, pure ou modifiée par le docteur Papazoglou, vise exclusivement l'acide picrique en solution.

Je rédigeai cette note pour mettre en garde les futurs expérimentateurs contre les dangers résultant de l'emploi de la pommade picriquée dans les brûlures. La même remarque s'applique certainement à l'emploi de l'acide picrique en poudre. Il y a donc lieu de les bannir de la thérapeutique des brûlures, et de ne se servir que d'acide picrique en solution, aqueuse de préférence, sans addition d'alcool.

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 69 et 243.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATION

Sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos. — M. H. DE BRUN (de Beyrouth) relate une observation qui démontre l'existence d'un véritable raccourcissement de certains muscles, à la suite du tétanos. Il s'agit d'un portefaix, chez lequel le tétanos, consécutif à l'application d'un cautère, laissa, après sa guérison qui fut tardive, des troubles singuliers de la marche et de la station. Le sujet marchait sur la pointe du pied, ou, plus exactement, sur l'avant-pied, le talon ne touchant jamais le sol ; au repos, dans la station debout, le talon gauche restait à 6 centimètres du sol, le droit à 4 et demi.

Si le malade voulait appliquer par terre la totalité de la plante du pied, il ne pouvait le faire qu'en écartant lentement les jambes par un mouvement de glissement latéral, la pointe des pieds fortement tournée en dehors. Cette démarche spéciale était due à un vrai raccourcissement du triceps sural, raccourcissement qui immobilisait le pied en extension sur la jambe, les deux segments formant un angle qui ne pouvait être réduit au-dessous de 130 degrés. Les

muscles atteints présentaient un durcissement ligneux. L'altération musculaire avait également frappé le biceps du bras gauche, se localisant exclusivement aux couches profondes du muscle et maintenant l'avant-bras dans une demi-flexion sur le bras. On sentait, dans la profondeur de la masse musculaire bicipitale, au niveau de sa face postérieure, comme une lanière résistante et inextensible, se continuant inférieurement avec le tendon d'insertion du muscle, et contrastant, par sa rigidité, avec la souplesse molle de la partie superficielle.

Ce raccourcissement musculaire, qui avait également intéressé le masséter gauche, s'était développé peu à peu pendant la maladie, au milieu de douleurs tantôt sourdes, tantôt assez violentes pour empêcher le sujet de dormir, douleurs localisées dans les masses des muscles et que la pression à leur niveau, et surtout les mouvements articulaires forcés exagéraient au point de faire crier le malade. Au moment où celui-ci quitta l'hôpital, trois mois et demi après son entrée, il ne souffrait plus et présentait une grande amélioration dans la marche.

Après avoir encore cité deux autres observations personnelles, présentant la plus grande analogie avec la précédente, M. de Brun signale un certain nombre de symptômes peu connus qu'il a eu l'occasion d'étudier en Syrie où le tétanos est assez fréquent. Il insiste sur la constipation qui résiste aux purgatifs et aux lavements, et se reproduit avec une opiniâtreté extraordinaire, après chaque évacuation laborieusement provoquée.

Pendant tout le cours de la maladie, l'appétit est souvent conservé et prend, pendant la convalescence, les proportions d'une *véritable fringale*. La soif est ardente et torture les malades du commencement à la fin de l'affection.

La transpiration, variable suivant les sujets et variable également d'une heure à l'autre chez le même individu, survit à la maladie et devient parfois, soit au cours de l'affection, soit pendant la convalescence, d'une abondance excessive, inondant le lit, sans jamais s'accompagner des améliorations qui succèdent aux transpirations critiques.

A signaler également le besoin de se déplacer. On voit souvent, au moment où les phénomènes de contracture commencent à s'atténuer, le malheureux patient, encore incapable d'un mouvement spontané, supplier qu'on modifie la position de ses membres et de son corps.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie cérébrale (1), par A. Broca et P. Maubrac.

J'ai bien étudié le livre de MM. Broca et Maubrac, et je n'hésite pas à déclarer que les auteurs ont fait là une œuvre vraiment scientifique, aussi judicieusement conduite que clairement et savamment exposée. Que l'on ne veuille pas voir là un éloge banal tel que, hélas! trop souvent il s'en échappe de la plume des critiques médicaux. C'est un travail de haute importance, qui tranche sur la médiocrité des œuvres trop nombreuses dont on inonde actuellement la littérature médicale.

Les trois premiers chapitres sont d'ordre anatomique et physiologique et passent en revue les circonvolutions, la topographie cranio-cérébrale, l'histoire si intéressante des localisations avec les documents les plus nouveaux.

Trois autres chapitres terminent cette première partie consacrée aux généralités. Ils traitent des indications cliniques de la chirurgie cérébrale, du manuel opératoire, de ses procédés et des dangers de l'intervention.

Les auteurs arrivent ainsi à la deuxième partie, qui étudie les lésions spéciales, justiciables de la chirurgie, rejetant, après l'avoir mentionnée la classification d'Horsley, ils en adoptent une plus simple et plus logique.

Tout d'abord les lésions traumatiques, avec leurs accidents immédiats, secondaires ou tardifs. C'est là un chapitre important où les indications du trépan sont nettement posées. Puis viennent les complications si fréquentes des otites suppurées, étudiées avec une compétence toute spéciale.

La question des tumeurs intra-craniennes, qui vient également d'être bien mise au point dans la thèse d'Auvray, occupe près de 100 pages. Il y a bien à faire encore de ce côté et c'est une voie nouvelle où la chirurgie s'avance à grands pas.

Les autres chapitres, quoique moins importants, touchent à des points des plus curieux, discutent le rôle encore contesté et contestable du chirurgien dans les hémorragies et les ramollissements cérébraux, la paralysie générale, l'hydrocéphalie, l'idiotie, etc., l'épilepsie essentielle. Évidemment, tous ces problèmes ne sont pas encore définitivement résolus. Mais c'est déjà beaucoup d'avoir mis au point ces questions d'actualité et de les avoir discutées avec autant d'autorité.

A. R.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

585. M. Dubé. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares. — 586. M. Lemère. Sur l'hémorragie du cordon ombilical. — 587. M. Laran. Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek. — 588. M. Balland. De l'influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. — 589. M. Dubost. Etude sur les complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non dipthéritiques. — 590. Mlle Tzeytline. Cirrhose syphilitique héréditaire tardive. — 591. M. Ecart. Quelques observations de paralysie générale de longue durée. — 592. M. Ricordeau. Contribution à l'étude des délires septiques. — 593. M. Peyrichon. Etude sur les hygromas des bourses séreuses de la face antérieure du genou. — 594. M. Rabiner. Contribution à l'étude clinique du mutisme et du bégaiement chez les hystériques. — 595. M. Mauvais. Essai sur les pleurésies parapneumoniques. — 596. M. Dupont. Traitement et pathogénie de certaines tumeurs douloureuses du rebord alvéolaire consécutives à l'extraction des dents vivantes.

— Par décret, en date du 3 août 1896, M. le docteur Bégué a été nommé chevalier du Mérite agricole.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — SAMEDI 22 AOUT 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 22 AOUT 1896. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les complications opératoires dans le traitement chirurgical des goitres; indications opératoires.

Par le docteur A. Rivière,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Dans une précédente étude sur le *Traitement chirurgical des goitres* (*Gaz. des hôp.*, 30 mai 1896), nous avons décrit les différentes méthodes opératoires (thyroïdectomies, strumectomies, exothyropexie, etc.), auxquelles on peut avoir recours pour la guérison des tumeurs thyroïdiennes. Ces opérations qui, comme nous l'avons montré, possèdent aujourd'hui une technique bien réglée, peuvent présenter, suivant la nature des goitres, certains incidents qu'il est bon de connaître ; elles peuvent aussi être le point de départ d'accidents asphyxiques, hémorragiques et autres, qui sont la plupart inhérents à la région sur laquelle on opère. Ce sont ces complications, ainsi que les indications de l'intervention chirurgicale, que nous aurons particulièrement en vue dans cette étude. Nous laisserons pour le moment de côté l'étude des accidents secondaires aux thyroïdectomies totales, opérations qui, d'ailleurs, doivent ne plus être pratiquées. Ces accidents (myxœdèmes, tétanie, manies, etc.), qui apparaissent un temps variable après l'ablation de toute la thyroïde, appartiennent bien à l'histoire du traitement chirurgical des goitres, mais, comme traitement, elles sont en dehors de toute action externe et relèvent avant tout, aujourd'hui, de la médication thyroïdienne dont nous nous occuperons plus tard.

Comme dans toute opération, certaines précautions préliminaires doivent être prises, dans tous les cas où elles sont possibles. Ces précautions, dans l'espèce, visent particulièrement l'époque favorable pour l'intervention et l'anesthésie, qui sera de préférence pratiquée avec tel ou tel agent et pourra même, selon les circonstances, être simplement locale au lieu de générale.

I

Époque favorable pour l'intervention. — Dans la pratique courante, à moins d'urgence, on s'abstient, et avec raison, chez la femme, de toute opération pendant la période menstruelle et aussi dans les derniers jours qui précèdent son apparition. Cette prohibition de tout acte chirurgical, pendant cette phase génitale chez la femme, a tout particulièrement sa raison d'être dans les opérations sur la glande thyroïde. On connaît, en effet, l'influence non douteuse de la menstruation, des fonctions sexuelles sur la congestion de cet organe. En ne tenant pas compte de ces phénomènes physiologiques, on court le risque de voir se produire, du côté de la plaie, des congestions douloureuses, des hémorragies et aussi tout un ensemble d'accidents nerveux généraux, augmentés par l'état menstruel de l'opérée et très probablement par des troubles fonctionnels d'origine thyroïdienne. Plusieurs fois, à la clinique, nous avons vu les règles être avancées de quelques jours chez des opérées de goitre et chez ces malades, comme chez quelques femmes qui avaient dû être opérées d'urgence à un moment rapproché de leurs règles, nous avons été témoin des accidents que nous signalons plus haut. Ces complications, qui provoquaient chez les malades un état pathologique plus ou moins bien défini, s'accompagnaient également d'une élévation de la température, qui atteignait 39 et 40 degrés et qui se maintenait notablement au-dessus de la normale pendant toute la durée des règles, alors que la plaie non infectée ne pouvait expliquer cette hyperthermie de quelques jours.

Sans attacher à ces phénomènes d'origine menstruelle [également signalés par Roux (de Lausanne)] plus d'importance qu'ils ne méritent, M. Poncet pense que, lorsqu'on peut choisir son moment, toute opération thyroïdienne est contre-indiquée chez la femme, non seulement pendant la menstruation, mais encore dans les huit jours qui la précèdent. Les expériences récentes de M. Charrin (1) sur la nature, sur la qualité de l'hémorragie menstruelle, alors qu'il s'agirait à ce moment, chez la femme, d'une sorte de toxhémie hématique, viendraient encore, s'il était nécessaire, à l'appui d'une abstention opératoire systématique chez les goitreuses en souffrance de règles.

II

Anesthésie. — La plupart des opérations faites à la clinique de M. Poncet, pour ne pas dire toutes, ont été prati-

(1) Charrin, dans une leçon sur la chlorose (*Gaz. hebd.*, janvier 1896), émet l'hypothèse que les fonctions menstruelles purgent l'économie de certains poisons; les organes génitaux ayant à cet égard un rôle d'élimination. Il s'appuie sur la clinique et des expériences commencées avec Carnot. Ne pourrait-on, en rapprochant ces faits de la fréquence du goitre exophtalmique, chez la femme, pendant la période sexuelle, proposer une nouvelle théorie du basedowisme, en lui donnant pour cause une « intoxication thyroïdo-génitale »?

quées sous l'anesthésie générale. *A priori*, il semble bien que, pour une intervention de cette importance, on ne doive pas refuser aux malades le bénéfice de l'anesthésie; il est certain cependant que la tumeur thyroïdienne provoquant, dans les cas ordinairement opérés, des troubles respiratoires et quelquefois cardiaques, l'éthérisation ou la chloroformisation doivent être d'un emploi plus surveillé et d'un pronostic plus réservé que pour d'autres anesthésies. Faisons remarquer, en passant, que le champ opératoire étant situé à proximité des orifices nasal et buccal, le maniement des agents anesthésiques et le maintien de l'asepsie seront plus difficiles. Mais ce ne sont pas là de véritables contre-indications, pas plus d'ailleurs que les accès antérieurs de suffocation, le cornage : le chirurgien et ses aides devront simplement forcer la surveillance de l'asepsie et de l'anesthésie et se tenir prêts pour une trachéotomie dont l'urgence peut s'imposer, ainsi que nous l'avons quelquefois observé.

Dès lors, doit-on chloroformer ou éthériser? Nous pensons que, dans les cas simples, sans trachéo-bronchite appréciable, sans expectoration muqueuse, l'éther, en raison de son innocuité, doit être préféré. Au contraire, chez les sujets d'un certain âge, chez ceux qui présentent des signes de trachéo-bronchite, d'emphysème ou de catarrhe pulmonaire, etc., on donnera du chloroforme, dont les vapeurs sont moins irritantes pour l'arbre respiratoire (1). Avec ce dernier agent, on s'expose moins à la production, au cours de l'opération, des abondantes et gênantes mucosités pharyngiennes, trachéales, bronchiques; et on ne court pas au même degré le risque de voir se produire, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, des accidents broncho-pulmonaires qui peuvent, surtout chez les sujets déjà âgés, entraîner la mort.

Il semble bien que, dans la pathogénie de ces complications pulmonaires, on doive, dans une certaine mesure, incriminer l'irritation produite par les vapeurs anesthésiques, sur un terrain souvent préparé par le goitre; mais on ne doit pas oublier que le refroidissement, auquel le sujet est parfois trop longtemps exposé, que le choc chirurgical, portant sur une région richement et diversement innervée, peut-être même une sorte d'action élective du traumatisme thyroïdien sur les pneumogastriques (2) doivent également compter étiologiquement (3).

D'ailleurs nous admettons, pour certains cas, faciles à prévoir, l'anesthésie locale à la cocaïne, telle que Reclus l'a proposée et que Roux la pratique; mais nous croyons qu'il faut s'en tenir à l'insensibilisation (4) de la peau et des couches superficielles qui, comme on le sait, bénéficient dans cette région d'un certain degré d'inhibition.

Julliard et Roux (de Lausanne) redoutent l'anesthésie générale, qu'ils accusent d'augmenter la congestion veineuse, les hémorragies, et de provoquer, pendant ou après l'opération, des vomissements dangereux. Roux ajoute que l'anesthésie cocaïnique (exempte de dangers sérieux) permet mieux de se rendre compte de la marche de l'opération, met à l'abri de l'asphyxie, et, tout en reconnaissant que les malades souffrent, il prétend avoir des interventions moins accidentées que la plupart des opérateurs.

Nous comprenons très bien les craintes de Roux et cela d'autant mieux que nous avons vu parfois M. Poncet intervenir sans anesthésie chez des goitreux qui l'avaient refusée ou chez qui il n'eût pas été prudent de la pratiquer. Mais lorsqu'elles n'ont pas pour but d'enlever de petites tumeurs récentes, facilement et rapidement énucléables, les opérations sur la glande thyroïde, pratiquées sans anesthésie, s'accompagnent d'un choc traumatique, d'un épuisement nerveux tout autre qu'avec l'anesthésie. Les malades, dans ces cas, accusent des douleurs violentes pendant l'opération, puis, pendant les premiers jours qui suivent celle-ci, ils présentent parfois des accidents nerveux bizarres, de l'anxiété, de l'excitation, de la tachycardie, des douleurs irradiées, etc., et une élévation marquée de la température : tous phénomènes qui pourraient être définis par le syndrome : basedowisme aigu.

III

Hémorragies. — Les hémorragies sont plus particulièrement à redouter dans le cours d'une thyroïdectomie que d'une strumectomie; elles peuvent, dans l'un et l'autre cas, surtout le premier, être d'origine artérielle, mais le plus souvent on se trouve en présence d'hémorragies veineuses, dont l'abondance et la gravité sont subordonnées au nombre et au calibre des veines divisées.

Dans le premier temps des opérations thyroïdiennes (section de la peau et des couches musculaires recouvrant le goitre), l'hémorragie veineuse est peu à redouter, quoique, dans certains cas où la tumeur est devenue rapidement volumineuse, les réseaux veineux cutanés et sous-cutanés soient très développés.

Les grosses veines ne doivent être sectionnées qu'entre deux pinces hémostatiques, et, en tous cas, il est prudent de ne pas couper ces rameaux anormalement développés des jugulaires antérieure ou externe, sans que les doigts d'un aide n'exercent en bas, au-dessus de la ceinture clavi-sternale, une légère compression, qui suffit pour mettre à l'abri d'une complication heureusement rare, mais à laquelle il faut toujours penser : l'entrée de l'air dans les veines.

En second lieu, au niveau du goitre même, durant les manœuvres nécessitées par son ablation, peuvent se produire de nouvelles hémorragies. Mais alors la zone dangereuse, vraiment hémorragipare, est surtout capsulaire, périphérique, ainsi qu'on peut s'en rendre aisément compte d'abord par l'aspect de la tumeur, laissée en place ou luxée entre les lèvres de la plaie, puis par l'incision du parenchyme thyroïdien. Ce dernier, hypertrophié ou non, peut être considéré, *opératoirement parlant*, comme relativement exsangue, alors que la capsule et, dans certains cas, les cloisons qui séparent les masses goitreuses sont, au contraire, très vasculaires. Ces notions anatomo-pathologiques ont une grande importance pratique : elles permettent, en effet, de manœuvrer sans arrière-pensée dans des tissus que l'on avait trop volontiers, jusqu'ici, considérés comme devant être la source d'hémorragies graves (1). Lorsque les parties goitreuses auront été mises à nu sur une certaine étendue, il faut toujours, dans l'isolement des plans musculaires, procéder avec ménagement, et c'est avec les doigts que l'on doit dégager doucement la tumeur qui, suivant son ancienneté et surtout certains traitements opératoires antérieurs (ponctions, injections, drainage), peut être très vascularisée et adhérente aux couches voisines. Si l'on ne procède pas avec douceur, on peut déchirer des veines parfois

(1) Pour Schönlank (Soc. méd. de Berlin, 1894), les hypersécrétions bronchiques seraient dues aux impuretés de l'éther, et pour Vogel (*Ibid.*), disparaîtraient après l'administration d'opium aux malades.

Poppert (*Deuts. Med. Wochens.*, 1894) accuse l'éther de donner parfois de l'œdème pulmonaire grave : mais cette opinion n'est étayée que par un seul fait personnel.

(2) Rousseau. Société de biologie, 1895.

(3) Ces contre-indications à l'éthérisation ont, du reste, été bien mises en relief par M. Poncet, dans la discussion sur les anesthésiques, qui eut lieu l'année dernière à la Société de chirurgie.

(4) Les injections plus profondes sont, en effet, assez difficilement réalisables dans le champ thyroïdien, et nous craindrions que, dans ces tissus si vasculaires et, par conséquent, d'une absorption si facile, des phénomènes d'infection ou d'intoxication cocaïnique pussent aisément se produire.

(1) Broca. In *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. thyroïdectomie.

volumineuses et avoir du sang en grande quantité. Ces hémorragies capsulaires du début de l'opération doivent être d'autant mieux prévenues que le sang, en inondant le champ opératoire, gêne notablement les manœuvres ultérieures et que l'hémostase avec des pinces est assez souvent difficile à réaliser : l'hémostase spontanée aussi d'ailleurs, car il s'agit de déchirures, de divisions de veines plus ou moins incomplètes, mais toujours peu favorables à la formation d'un caillot.

S'il s'agit d'un kyste, incisé ou non, que l'on décortique, le décollement méthodique peut s'accompagner d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant; mais cet écoulement ne présente habituellement pas de dangers. Il s'agit d'hémorragies en nappe provenant du tissu thyroïdien déchiré, lacéré, et le chirurgien n'a guère à s'en préoccuper avant l'extirpation complète de la tumeur.

Nous avons, du reste, déjà parlé de cette hémorragie, normale après les strumectomies (1) : nous avons alors insisté sur la valeur d'une *suture thyroïdienne* (suture hémostatique) bien faite, et sur la nécessité d'une hémostase complète.

Roux (de Lausanne) pratique des sutures en étage (2) qui nous semblent analogues au faufilage thyroïdien de M. Poncet, et Julliard, pour arrêter les suintements sanguins, se sert d'éponges avec compression élastique.

Il arrive assez souvent que, dans les heures ou les premiers jours qui suivent l'intervention, la plaie thyroïdienne donne d'assez grandes quantités d'un liquide séro-sanguinolent. C'est là une des raisons pour lesquelles M. Poncet reste partisan d'un drainage presque systématique. Il ne faut pas, dans ces cas, croire trop volontiers à une hémorragie secondaire, mais il ne faut pas oublier non plus, ainsi que nous l'avons ailleurs indiqué, que le réveil, les mouvements du malade, les efforts, la toux, et peut-être même une sorte de réaction vasculaire locale, peuvent faire réapparaître l'écoulement du sang si l'hémostase n'a pas été parfaitement assurée.

Tous les chirurgiens ont eu des accidents de ce genre à déplorer : Roux a vu des hémorragies graves consécutives (non mortelles) des thyroïdiennes supérieure et inférieure ; nous avons observé, à la clinique, des hémorragies veineuses ou même en nappe, et nous avons vu succomber à Lyon, de cette façon, un goitreux opéré par Reverdin lui-même.

Au cas où l'hémorragie consécutive paraîtrait grave, il faudrait faire sauter les points de suture, aller, si possible, à la recherche des vaisseaux qui dorment, les pincer (3) et lier, sinon faire de la compression.

IV

Entrée de l'air dans les veines. — L'entrée de l'air dans les veines est une complication opératoire qui doit naturellement préoccuper le chirurgien lorsqu'il intervient dans la *zone dangereuse* du corps thyroïde. Il se trouve, en outre, dans de mauvaises conditions par suite du développement ordinairement anormal des troncs veineux congestionnés par la présence de la tumeur et l'asphyxie ou le tirage si fréquents.

(1) A. Rivière. Traitement chirurgical des goitres, Revue générale. *Gaz. des hôpit.*, 30 mai 1896.

(2) Comme M. Poncet, Roux a abandonné la soie pour le catgut (auto-infection secondaire de la soie).

(3) On sait que les opérations pour goitres sont de celles où l'on use le plus des pinces hémostatiques : il n'est pas rare de voir le champ opératoire encombré de 60 à 80 pinces, dont on laisse parfois un certain nombre à demeure. Nous croyons, cependant, que les chirurgiens très habitués aux goitres en emploient beaucoup moins. Nous avons vu souvent M. Poncet faire des ablations avec un nombre très restreint de pinces.

Rappelons aussi qu'il s'agit d'interventions très sanglantes et que Senn (1) a montré que ces embolies gazeuses surviennent généralement chez des opérés ayant subi préalablement une large perte de sang.

Nous recommanderons comme mesure préventive de ne couper les veines qu'entre deux ligatures ou mieux entre deux pinces hémostatiques, et de manœuvrer avec prudence pour la mobilisation et le dégagement des parties hypertrophiées, en évitant avec soin les déchirures veineuses. Dans les cas où la plaie se couvre de sang noir, il faut immédiatement qu'un aide applique des tampons hémostatiques et comble avec eux les vides qu'a pu laisser dans les tissus avoisinants le goitre déplacé et, suivant à mesure le décollement de la tumeur, remplace artificiellement la compression exercée par elle. Lorsque l'hémorragie continue, il faut rechercher rapidement les vaisseaux divisés pour les étreindre dans les mors de pinces hémostatiques. Le meilleur moyen de se mettre à l'abri de l'entrée de l'air est donc, soit à l'aide de pinces, soit par des tampons, d'accoler les parois veineuses qui appartiennent au bout cardiaque. C'est, en quelque sorte, une opération hémostatique qu'il faut faire, hémostase pour laquelle les pinces et les tampons nous paraissent préférables aux doigts d'un aide obturant les vaisseaux au niveau de la ceinture clavi-sternale.

L'entrée de l'air est un accident relativement fréquent dans les interventions sur le corps thyroïde. Wœlfler a eu une mort immédiate ; Schinzinger (de Fribourg), Kroenlein, Borel, ont vu des malades succomber du deuxième au sixième jour : un malade de Billroth a guéri après thrombose de la jugulaire interne et de la sous-clavière. A la clinique, cette complication est survenue chez deux malades. Chez une jeune femme, atteinte de goitre cancéreux, M. Poncet entendit le *sifflement aspiratoire* bien connu, indiquant l'entrée de l'air dans les veines; au même instant, la face devenait d'une pâleur effrayante et l'aide qui surveillait l'anesthésie sentait le pouls disparaître sous ses doigts : la malade succombait quelques instants après et l'on avait de suite la notion que tous les moyens (qui furent d'ailleurs employés) pour la rappeler à la vie seraient inutiles. A l'autopsie, on trouva le cœur gauche rempli de bulles gazeuses, avec un sang spumeux. C'est un cas typique de mort presque subite. Dans un autre cas, où la quantité d'air qui avait pénétré fut certainement moindre, ainsi qu'on avait pu du reste en juger par le peu de durée du sifflement caractéristique, la malade survécut pendant quelques jours, puis succomba avec des accidents cardiaques. A l'autopsie, on trouva encore du sang battu dans les cavités cardiaques. Il s'agissait d'un vieux goitre (2) qui provoquait depuis longtemps des troubles fonctionnels graves, des accès de suffocation et l'on se proposait surtout de libérer la trachée comprimée.

L'entrée de l'air dans les veines ne semble pas fatalement mortelle; la quantité d'air aspiré joue certainement un grand rôle dans la gravité des accidents et l'on comprend qu'à côté de cas presque immédiatement mortels, on puisse rencontrer des cas de survie : ce n'en est pas moins un accident des plus redoutables.

Nous devons dire cependant qu'au cours des opérations thyroïdiennes, on entend parfois, d'une façon plus ou moins nette, le sinistre et caractéristique sifflement : un tel bruit peut être dû simplement à la pénétration de l'air dans les

(1) Senn. Étude expérimentale sur l'embolie d'air. *Philad. Med. Times*, 1885.

(2) La malade était une pauvre crétine venant de la Savoie et chez laquelle le goitre, apparu dans les premières années de la vie, avait arrêté le développement des facultés intellectuelles. Le tissu thyroïdien avait, du reste, subi dans son entier une véritable transformation myxémateuse, au milieu de laquelle il n'était possible d'apercevoir que quelques débris à peu près normaux de la thyroïde.

mailles du tissu conjonctif divisé et surtout dans les anfractuosités plus ou moins profondes que laissent à leur suite les masses mobilisées et luxées au dehors.

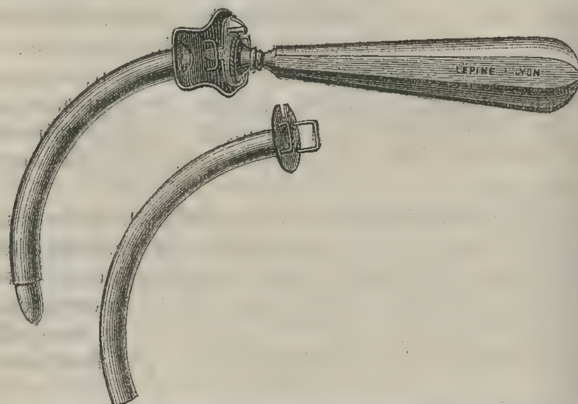
Nous avons dit les précautions à prendre pour éviter l'entrée de l'air : si elle s'est produite, que faire? A part l'obturation du vaisseau, non toujours possible, Trèves conseille d'inonder de liquide le champ opératoire, puis d'exercer des pressions sur le thorax pendant l'expiration. Pour nous, nous préférons la rapide hémostase (par des pinces), suivie du traitement ordinaire de la syncope et de l'asphyxie (surtout la respiration artificielle). Mais si une certaine quantité d'air a pénétré, si les battements du cœur se sont arrêtés, on ne saurait compter (comme le plus souvent dans des accidents anesthésiques) sur le retour à la vie.

V

Accidents déterminés par les lésions de la trachée. — Dans les interventions thyroïdiennes, les complications graves du côté des voies respiratoires sont particulièrement à redouter. Elles s'expliquent par les modifications subies par le larynx et la trachée : tantôt ces organes étant rejetés latéralement au point que leur direction prolongée réponde à l'angle inférieur de la mâchoire correspondante, tantôt ces organes, moins déviés, étant surtout déformés et plus ou moins aplatis. Ces lésions, d'ailleurs, souvent associées, donnent la clef des troubles fonctionnels existant de par le goitre et qui peuvent, pendant l'anesthésie, ou l'opération, ou même spontanément, provoquer des accidents asphyxiques aigus. Au reste, ces altérations de la trachée sont aisément diagnosticables; tout goitre qui provoque de la gêne respiratoire a nécessairement par compression entraîné des modifications de calibre de la trachée et même nous croyons que, dans les cas où celle-ci et le larynx sont fortement déviés, les troubles respiratoires existant doivent être encore imputés à des déformations du conduit. La déviation la plus grave est celle en lame de sabre, si bien décrite par Bonnet (1), Virchow et Demne, d'autant qu'il s'y ajoute ordinairement cette perte d'élasticité des cerceaux cartilagineux que Rose a décrite sous le nom de *dégénérescence graisseuse* et dont nous trouvons une excellente description dans la thèse de Delmas (2). Cette transformation de la trachée en un *ruban sans forme propre, ni résistance*, explique les accidents respiratoires survenant, soit pendant l'opération ou au cours de l'anesthésie, soit dans les premiers jours qui suivent, ou même ces *morts subites* survenant chez les goitreux, même sans cause appréciable. Nous ne croyons pas, dans ces cas, à la constante réussite du procédé de Kocher qui consiste, comme on sait, à passer dans une paroi latérale de la trachée (3) un fil suspenseur, à le fixer et à venir le nouer au-devant de l'angle antérieur avec un fil semblable attaché à la paroi opposée (une traction modérée faite avant de serrer le nœud corrigeant alors sensiblement la déformation). Reverdin laisse un lobe intact pour maintenir le calibre; mais la trachée s'aplatit dans toutes les parties mises à nu par l'ablation de l'autre lobe. Nous pensons que la seule conduite chirurgicale est de recourir à la trachéotomie qui peut être pratiquée soit pour conjurer seulement les accidents immédiats (trachéotomie tout à fait temporaire), soit pour prévenir une asphyxie à redouter à une échéance plus ou moins éloignée. La trachéotomie, nous l'avons déjà dit, aggrave le pronostic; aussi ne doit-elle être pratiquée qu'à bon escient. Cependant lors de toute intervention thyroïdienne, il faut être prêt à y recourir et avoir sous la main les canules nécessaires.

En présence d'une asphyxie que ne peuvent conjurer les moyens ordinaires, moyens auxquels il faut avoir systématiquement recours pendant un temps que l'opérateur peut seul apprécier comme durée et parmi lesquels il faut compter la luxation de la tumeur; en présence d'une telle asphyxie, il ne faut pas hésiter à pratiquer la trachéotomie. C'est d'après les altérations de la trachée et son degré de déformation que l'on jugera si la canule doit être ou non laissée en place. Dans les cas de doute, on peut, d'ailleurs, juger de la nécessité de cette dernière, en la retirant et en examinant comment se fait alors la respiration : s'il y a hésitation, il sera préférable de la laisser en place pendant les premiers jours.

Ainsi donc, lorsque, après l'ablation d'un goitre, on se trouve en présence d'une trachée déformée, ramollie, que l'on suppose être susceptible de subir, dans certains mouvements de la tête, des flexions, des coudures, il ne faut pas hésiter à recourir encore à la trachéotomie, qui offre alors un double avantage. En premier lieu, elle seule permet de conjurer ces morts rapides, parfois instantanées, qu'on observe en pareil cas et qui sont dues à un réflexe d'arrêt, à une sorte de syncope respiratoire (1). C'est ainsi que nous avons vu, dans un cas de ce genre, un malade succomber brusquement le soir même de l'opération, alors que cette dernière n'avait présenté aucun incident, et que, n'eût été



cette déformation trachéale devenue inopinément mortelle, l'opéré en question eût dû rentrer dans la catégorie de ceux chez qui la guérison est la règle. En second lieu, la trachéo-

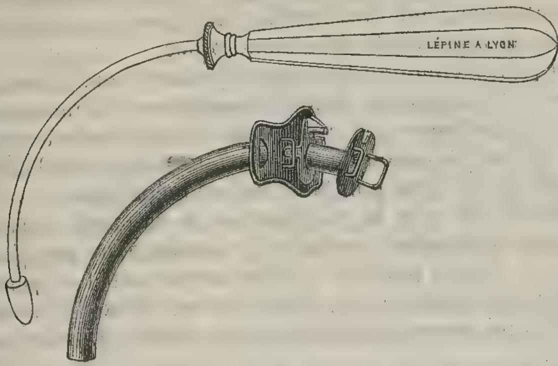
(1) Les déformations de la trachée, dans le goitre, ont depuis longtemps été magistralement décrites par Bonnet (Acad. des Sc. et *Gaz. méd. de Paris*, 1851).

(2) Delmas. *De la trachéotomie et du calibrage de la trachée dans les opérations sur la glande thyroïde*. Th. de Lyon, 1894.

(3) Il faut se rappeler que, dans ces cas, la trachée, aplatie en lame de sabre, présente un angle antérieur et un angle postérieur et des faces latérales.

(1) La mort subite, chez les goitreux, pendant et après l'opération *ou même spontanément*, est un fait anciennement connu. Rose, qui a consacré un mémoire important à cette question (La mort par les goitres et la cure radicale des goitres, *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1878), l'attribue à une dégénérescence graisseuse du cœur, ayant une origine mécanique et succédant à la dilatation des bronches, au catarrhe pulmonaire et à l'emphysème, déterminés eux-mêmes par la difficulté de la respiration que cause la diminution du calibre de la trachée. Au reste, la mort subite dans les sténoses trachéales n'est pas un accident rare : l'histoire des polypes du larynx et des corps étrangers en offre maints exemples. Dans ces cas, comme pour la mort chez les goitreux, nous attribuons une part importante à une action réflexe, et dans certains cas aussi, à l'hypertrophie du thymus (par persistance ou reviviscence de cet organe) récemment mise en cause. Verdan (*Pathogénie du crétinisme*, Paris, 1864) avait déjà montré ses relations avec le goitrisme; mais c'est surtout Paltauf qui décrivit l'*état thymique*, principalement chez les basedowiens (chez qui, prétend-il, le thymus s'hypertrophie par ses follicules lymphatiques). Les morts subites par hypertrophie du thymus ont été décrites dans le goitre par Schnitzler (*Semaine méd.*, 1894). Marie (Soc. méd. des hôp., 1893) a vu cette hypertrophie chez une myxœdémateuse et une exophtalmique, etc. Au point de vue qui nous intéresse (thérapeutique), nous croyons devoir tenir compte des trois facteurs : lésions cardio-pulmonaires, inhibition réflexe et compression thymique dans certains cas. (Nous avons observé cette hypertrophie thymique à la clinique.)

tomie permet de rendre à l'organe ses dimensions normales, de rétablir son calibre. Il est donc indispensable, en pareil cas, d'utiliser des canules de dimensions spéciales : les longues canules avec mandrin du professeur Poncet, dont nous donnons ici le dessin, ont un double but : 1° elles



permettent de dépasser le rétrécissement trachéal, quelles que soient sa longueur et sa cause (goitre plongeant ou hypertrophie thymique), et par cela même d'assurer le rétablissement normal de la respiration, résultat qui ne pourrait être obtenu dans la plupart des cas avec les canules habituelles ; 2° elles rendent possible l'écartement sur toute leur hauteur des parois trachéales déformées, rétrécies et, en assurant un calibrage parfait, elles fournissent à l'organe un tuteur sur lequel il pourra cicatriser ses lésions.

A quel moment, en pareil cas, faut-il enlever la canule? La durée de son séjour est naturellement relative ; mais nous avons vu des malades chez qui on ne pouvait l'extraire que cinq à six semaines après l'opération, sans provoquer de la gêne respiratoire ; on ne doit, en tous cas, la retirer complètement qu'après tâtonnements et lorsqu'on a acquis la conviction que la respiration n'est nullement embarrassée après son ablation et dans diverses positions du tronc, de la tête et du cou. Les observations de canules laissées en place, après une trachéotomie, pendant des années et sans inconvénients sérieux, ne sont, du reste, pas rares.

Cependant chez les sujets âgés, le catarrhe et l'emphysème pulmonaire, souvent préexistants, peuvent aggraver le pronostic et il est bien entendu que la canule ne doit être laissée en place qu'autant que sa présence est nécessaire.

Les longues canules sont non moins indispensables lorsqu'il existe, au-devant de la trachée, une épaisseur plus ou moins considérable de parties molles, de tissu goitreux qui, naturellement, mangent une partie de la longueur de l'instrument : dans le goitre cancéreux non extirpable, la trachéotomie ne peut être utile qu'avec elles.

Faut-il pratiquer la trachéotomie ou la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne? Nous donnons la préférence à la première opération, sans méconnaître les avantages de la seconde dans d'autres cas : c'est qu'en effet, la trachée étant à nu, sa taille ne présentant ni danger, ni difficulté, permet cependant seule l'introduction des grosses et longues canules dont nous avons parlé et qui ne pourraient trouver passage dans la brèche du ligament inter-crico-thyroïdien.

« En somme, croyant que la trachéotomie aggrave le pronostic des opérations sur le corps thyroïde, nous nous rangeons à l'opinion de Kocher et Roux qui évitent autant que possible cette complication de l'intervention, nous n'en faisons pas comme Rose un complément régulier de l'ablation d'un goitre suffocant et nous conseillons, lorsqu'elle est reconnue nécessaire, l'emploi des grandes canules. »

VI

Antisepsie de la plaie opératoire. — Les précautions aseptiques et antiseptiques doivent être prises là comme ailleurs et à ce sujet nous ne pourrions que répéter ce qui a été dit maintes fois. En tous cas, il est bon aussi de rappeler que toute espèce de lavages ou d'irrigations de la plaie est formellement contre-indiquée, non seulement parce qu'il s'agit d'une plaie qui doit être considérée comme aseptique et qui, à ce titre, exclut tout contact avec des liquides antiseptiques, mais encore parce qu'ils sont susceptibles de provoquer des accidents immédiats et d'une durée plus ou moins longue. Reverdin n'a-t-il pas montré que le lavage de ces plaies à l'acide phénique pouvait amener de l'aphonie et Roux n'attribue-t-il pas au sublimé un de ses rares insuccès?

Le sang sera donc étanché avec des tampons secs de gaze stérilisée et du commencement à la fin de l'opération, on ne cherchera à réaliser et à maintenir que l'asepsie. Dans une région aussi vasculaire et à tissu celluleux particulièrement lâche, région par conséquent très susceptible d'absorber et d'emmagasiner les substances antiseptiques employées, il faut redouter les phénomènes d'intoxication qui, dans maintes circonstances, nous ont paru venir se surajouter au *syndrome thyroïdien* présenté par certains opérés. Nous voulons surtout parler de l'iodoforme, dont la poudre étalée en large surface est rapidement absorbée et dont on connaît la facilité d'intoxication pour certains sujets (1). Mais si l'on croit devoir iodoformiser (au cas par exemple où des liquides de kyste thyroïdien auraient pu contaminer la plaie), on devra se contenter du contact rapide de l'iodoforme avec les surfaces cruentées. L'hémostase réalisée, on assèchera ainsi la plaie cavitaire avec de la gaze iodoformée chiffonnée, agissant par exemple durant deux à trois minutes comme tampon antiseptique. A la surface de la plaie, se trouve ainsi déposée une légère couche pulvérulente dont la toxicité doit être considérée comme nulle (grâce aussi à l'écoulement du liquide) et qui est capable de jouer un certain rôle au point de vue antiseptique : une mince lanière de gaze iodoformée pénétrant dans la plaie et faisant issue au dehors pour assurer l'écoulement des liquides pourra également être employée sans inconvénients. Ce drainage imparfait peut suffire après l'ablation de petites tumeurs thyroïdiennes, mais il ne faut pas oublier que les mèches de gaze jouent souvent le rôle de tampon, d'où rétention des liquides ; et après les ablations de goitres un peu volumineux, il vaut mieux drainer avec de vrais drains, en caoutchouc, en verre, par exemple.

Si une hémorragie en nappe exigeait le tamponnement de la cavité opératoire, il serait prudent de n'utiliser que de la gaze iodoformée faible et pour éviter une absorption trop facile et trop rapide, on ne l'introduira que dans un parapluie formé par deux ou trois doubles de gaze stérilisée qui, seule, sera en contact direct avec les tissus. Ce « Mikulicz cervical » offre ainsi les avantages d'un pansement aseptique et antiseptique ; et nous le recommandons spécialement pour les cas où l'ablation d'un volumineux goitre rétro-sternal a laissé un vide, dangereux à plus d'un titre, derrière la ceinture osseuse.

VII

Réunion. Sutures. Drainage. — En principe, on doit rechercher la réunion par première intention après une opération de goitre et cette réunion ne peut être obtenue que par des points de suture méthodiquement appliqués et permettant un adossement exact des bords cutanés. Un plan de sutures profondes (à part le faufilage thyroïdien), sutures perdues au catgut des aponévroses sectionnées et des extrémités musculaires divisées, ne présentera que des

(1) Rappelons l'analogie des symptômes produits par l'*iodisme* et le *thyroïdisme* : analogie dont la découverte de la « thyroïodine » vient peut-être de donner l'explication (Baumann, Roos, Ewald, etc., 1896).

avantages, tout au moins lorsque ce temps de l'opération sera facilement réalisable et que les bouts musculaires seront aisés à retrouver : ce qui arrive dans les cas de goitres petits ou moyens, alors que les muscles sus-jacents ne sont pas largement étalés en éventail au-devant de la tumeur : c'est la suture-pansement de Roux (de Lausanne). Il faut néanmoins faire remarquer (et Roux est aussi de cet avis) qu'au point de vue fonctionnel, la non-réunion des muscles divisés peut être considérée comme sans importance (Poncet). En effet, quant à l'apparence de la région et aux mouvements, nous n'avons pas observé de différence entre les anciens opérés, suivant que cette pratique avait été ou non suivie. Quant aux sutures de la peau, elles doivent être faites à points séparés avec des fils métalliques de calibre convenable. Une suture nous paraît cependant ici particulièrement indiquée, en nous plaçant au point de vue de la forme qui, dans cette région, doit être sauvegardée, surtout en tant que cicatrices chez les femmes et les jeunes filles : c'est la *suture intra-dermique*. Ce procédé, préconisé par Pozzi à la suite d'un voyage en Amérique où il l'avait vu pratiquer, a été employé par MM. Poncet (1) et Rollet (2) après les thyroïdectomies ; un élève de M. Poncet, M. Daurand (3), qui a choisi ce sujet de thèse inaugurale, en a montré les avantages esthétiques après les opérations sur la région cervico-faciale et, entre autres, après les ablations de goitres.

Voici comment la suture intra-dermique est pratiquée à la clinique. Un fil de soie fin, enfilé à une aiguille de Hagedorn et terminé par un anneau de plomb servant d'arrêt, est passé à l'extrémité supérieure de la plaie à suturer (ce sera le seul point cutané) : puis on fait cheminer alternativement, de chaque côté de la plaie, en une suture en surjet, ce fil *dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané*, mais en rasant le plus possible le bord cutané sans l'entamer. Les points sont faits de telle sorte que l'affrontement soit parfait et, arrivé à la partie inférieure de la plaie, on arrête le fil avec un plomb perforé, comme supérieurement. Au bout de cinq à six jours, le fil peut facilement être retiré par des tractions modérées, après enlèvement d'un des plombs.

Ces dessins ont été obligeamment mis à notre disposition par M. Pozzi.

Cette suture a l'avantage, tout en étant assez rapide, de ne laisser qu'une ligne de cicatrice insignifiante au lieu de ces *échelles de perroquet*, parfois observées.

Il sera toujours prudent de placer un drain, plutôt trop gros que trop petit, dans l'angle inférieur de la plaie : cette pratique est justifiée par l'écoulement séro-sanguinolent abondant qui accompagne toutes les interventions sanglantes sur la thyroïde, écoulement dû non seulement à des sérosités traumatiques, mais aussi à une hypersécrétion thyroïdienne abondante, comme en témoigne l'examen du tissu thyroïdien « exothyropexié ».

(1) PONCET. *Bulletin méd.*, et Soc. nationale de méd. de Lyon, 1896.
(2) ROLLET et COMMANDEUR. *Arch. prov. de chir.*, 1896.
(3) DAURAND. *De la suture intra-dermique*. Th. de Lyon, 1896.

Pour cette double raison, sans même tenir compte d'une infection, à la rigueur possible, il faut donc drainer, et c'est ici le cas de répéter que l'on se repent souvent de n'avoir pas drainé, jamais de l'avoir fait.

Si le chirurgien a dû laisser dans la plaie une ou plusieurs pinces hémostatiques, le drainage avec les tubes habituels de caoutchouc peut être inutile : les pinces, grâce à leur rigidité, en remplissant très bien l'office.

Si la plaie s'étend au loin dans plusieurs sens, il sera bon de placer deux ou trois drains au maximum allant dans ces diverses directions et se réunissant à l'angle inférieur de la plaie, comme en canon de fusil : drains qui seront d'ailleurs fixés par un ou deux points de suture métallique.

Craint-on de voir la cicatrisation de la partie inférieure de la plaie demander, par suite du drainage, un peu plus de temps, on pourra parer à ce léger inconvénient en passant, entre chaque lèvre de la plaie, un ou deux fils à suture d'attente qui seront immédiatement serrés, le drain enlevé (Socin).

Si la plaie est ce qu'elle doit être — aseptique — les drains devront être enlevés le troisième ou quatrième jour ; mais leur ablation est subordonnée à l'abondance de l'écoulement du liquide, dont on juge d'après le degré de souillure des pièces de pansement.

C'est aussi à cet écoulement qu'est subordonnée l'épaisseur du pansement qui doit être assez simple et léger pour ne comprimer ni le cou, ni la partie supérieure de la poitrine. Il sera proportionné, comme épaisseur, à l'abondance des liquides séro-sanguinolents exhalés par la plaie et il sera renouvelé, comme dans la suite, du reste, dès qu'il sera souillé extérieurement.

Dès les premières heures qui suivent le premier pansement, il sera bon de voir s'il ne comprime pas le cou, la poitrine, ce qui est, du reste, la règle ; il ne faut pas craindre de donner des coups de ciseaux libérateurs jusqu'à ce que le malade se trouve tout à fait bien.

VIII

FIÈVRE THYROÏDIENNE POST-OPÉRATOIRE. — Depuis plusieurs années, à la clinique, on avait remarqué chez les malades opérés de goitre une élévation notable de la température, se produisant pendant les trois ou quatre premiers jours, même au delà, sans infection appréciable de la plaie. Des recherches poursuivies méthodiquement ayant montré qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre septique post-opératoire, on en vint à penser à une sorte de toxhémie d'origine thyroïdienne (1). Le lendemain de l'opération, la température s'élève souvent, en effet, à 39 et même 40 degrés pour osciller ensuite entre 38 et 39 degrés et retomber enfin à la normale (2). Gérard (*De l'exothyropexie*) et Jenny (*De l'atrophie des goitres*), dans leurs thèses, ont étudié ces modifications de la température après les interventions sanglantes sur le corps thyroïde. Ils ont montré qu'il s'agissait de phénomènes variables dans leur apparition et leur modalité, pouvant d'ailleurs faire défaut. Cette hyperthermie, très prononcée et tenace lorsqu'on a pratiqué des manœuvres prolongées et étendues sur le tissu thyroïdien (par exemple lors des dilacérations nécessitées par une décortication laborieuse), peut, au contraire, faire complètement défaut après les énucléations, rapidement exécutées, de petites tumeurs superficielles plus ou moins indépendantes du parenchyme thyroïdien. On comprend, dès lors, la variabilité de ce phénomène comme intensité et durée.

(1) Poncet et Jaboulay, Orcel in thèses de GÉRARD. Lyon 1893, et JENNY (Lyon 1893), déjà cités.
(2) Nous avons déjà dit que ces phénomènes d'intoxications étaient aggravés par l'apparition des règles.

Habituellement, lorsque la fièvre se maintient, elle s'accompagne d'accidents généraux qui sont certainement moins sous sa dépendance que sous celle de la cause de la fièvre elle-même. C'est ainsi que certains opérés présentent de l'agitation, des malaises divers, des douleurs mal localisées, parfois viscérales, de l'accélération du pouls et de la respiration, de la tachycardie ; enfin, suivant la remarque de M. Poncet, de véritables accidents basedowiens post-opératoires. D'ailleurs la disparition de tous ces phénomènes coïncide avec la chute de la température.

Quelle interprétation convient à ces faits? Au début, il sembla *a priori* que l'on dût penser à l'infection ; mais, nous l'avons dit déjà, les précautions antiseptiques dans ces opérations avaient été aussi rigoureuses que pour d'autres interventions et l'état de la plaie dut d'ailleurs faire rejeter cette idée.

Au reste, après les exothyropexies, alors qu'il s'agissait d'une opération à ciel ouvert, où la plaie, aseptiquement pansée à plat, ne pouvait provoquer la moindre rétention, les mêmes accidents se produisaient et parfois avec une acuité telle, pendant les deux ou trois premiers jours, qu'ils devaient imposer des réserves de pronostic. Chez ces derniers opérés, il était facile de reconnaître, d'après l'examen d'une plaie, non seulement en surface, mais en saillie, que l'on n'avait pas affaire à des phénomènes d'origine infectieuse.

Nous croyons donc pouvoir attribuer à cette *fièvre thyroïdienne post-opératoire* une étiologie spéciale tenant à une fonction thermogène de la glande.

Quelle interprétation donnerons-nous de cette fièvre qui existe bien réellement? S'agit-il, à la suite du traumatisme de la glande et des vaisseaux lymphatiques (voies absorbantes nombreuses ouvertes par la dilacération du parenchyme), d'une hypersécrétion thyroïdienne avec résorption massive des produits thyroïdiens sécrétés? Ou bien faut-il invoquer une modification de ces sécrétions, de physiologiques devenues pathologiques, à la suite du traumatisme chirurgical? Ou bien peut-être encore devrait-on supposer un trouble fonctionnel glandulaire avec rétention passagère des produits qui doivent être normalement éliminés? Entre ces diverses théories, il est difficile de conclure, mais nous admettrions volontiers que la fièvre thyroïdienne et les symptômes généraux qui l'accompagnent relèvent de la pénétration, dans le système circulatoire, de quantités anormales de tissu thyroïdien qui, soit directement, produisent une toxhémie fébrile, soit indirectement, agissent par une action trop rapide de destruction de substances toxiques, brûlées en quelque sorte par les liquides de la glande (1).

L'hypothèse d'une hypersécrétion thyroïdienne, avec absorption exagérée, trouverait sa justification : 1° dans le fait maintes fois constaté, surtout après les exothyropexies, que pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération les pièces de pansement sont souillées par une sécrétion séreuse très abondante qui est certainement d'origine thyroïdienne ; 2° dans cet autre fait, que la température de la fièvre thyroïdienne (comme nous l'avons encore constaté récemment) ressemble beaucoup dans son tracé à celle que provoque chez les goitreux l'ingestion de substance thyroïdienne (2). Chez les malades, en effet, et surtout les goitreux éprouvés par la médication thyroïdienne, les symptômes observés ont la plus grande analogie avec ceux que nous venons de décrire.

Il faut également signaler chez les goitreux opérés certaines atteintes possibles à l'état général : on voit parfois un amaigrissement rapide, une sorte d'anémie aiguë caractérisée par de la pâleur, de la faiblesse, enfin par une convalescence prolongée, qu'étaient loin d'expliquer le traumatisme chirurgical et ses suites locales des plus simples. On se trouve là en présence d'une auto-intoxication, d'un empoisonnement thyroïdien non sans analogie (sinon la guérison spontanée) avec certaines formes de myxœdèmes aigus récemment décrites.

Mais cela rentre dans les accidents secondaires des interventions thyroïdiennes et nous ne voulons pas insister.

(1) On sait, d'ailleurs, au point de vue de la toxicité urinaire, que chez les chiens auxquels on a enlevé la thyroïde tout entière, la température s'abaisse de 1 à 2 degrés, en même temps que, d'après Laulanié (Soc. de biol., 1891), la toxicité urinaire est très augmentée. Orcel a trouvé, chez les malades atteints de fièvre thyroïdienne, une diminution légère de la toxicité urinaire.

(2) C'est Robin (*Lyon méd.*, 1892) qui attira le premier l'attention sur cette fièvre de la médication thyroïdienne : en rapport avec les expériences d'Horsley (absence de myxœdème chez les animaux thyroïdectomisés réchauffés), elle fut décrite à nouveau par Murray (*Brit. Med. Journ.*, 1893) ; Ord et White (*Idem*, 1893), etc.

IX

Accidents pulmonaires. — Quoique le cadre de cet article ne nous permette pas d'envisager les accidents secondaires, non opératoires, des interventions thyroïdiennes, nous ne pouvons complètement passer sous silence les bronchites, bronchopneumonies ou pneumonies survenant assez souvent, surtout chez les sujets âgés. Les causes de ces complications, auxquelles il faut penser pour les éviter, sont d'abord les inflammations chroniques des voies aériennes préexistant de par le goitre, puis l'influence de l'anesthésie, principalement à l'éther, le refroidissement auquel l'opération expose trop souvent le malade, les tiraillements exercés souvent sur le pneumogastrique et le sympathique, la chute pendant l'opération de liquides dans la trachée, quelquefois la trachéotomie et enfin le décubitus qui amène une congestion pulmonaire défavorable.

Ces complications pulmonaires, qui surviennent généralement dans les premiers jours, sont parfois graves, surtout chez les gens âgés.

Il ne semble pas, au reste, que l'intensité du traumatisme thyroïdien ait une grande valeur pathogénique, puisque les accidents pulmonaires furent observés après la simple exothyropexie (1).

D'ailleurs les faits cliniques sont d'accord avec l'expérimentation, puisque sur 45 autopsies de lapins thyroïdectomisés, Rousseau (2) a retrouvé 42 fois des lésions pulmonaires du même type, c'est-à-dire de la congestion plus ou moins étendue de la trachée et des poumons et des noyaux, en nombre variable, de bronchopneumonie, ce qui explique facilement la dyspnée des animaux après l'opération. Rousseau ne veut pas attribuer ces accidents à de l'infection, car les précautions les plus minutieuses d'asepsie et d'antisepsie ont été prises, ni à la trachéite qui peut exister seule sans concomitance de pneumonie, *ni à une névrite du nerf vague* (opinion de Magon et Arthaud), car les tiraillements de ces nerfs pratiqués dans d'autres recherches n'ont pas amené de pneumonie. Ces accidents seraient plutôt consécutifs à un empoisonnement du nerf vague et de son noyau par la substance toxique qui s'accumule dans l'organisme après l'ablation des corps thyroïdiens. Capobianco a du reste trouvé des altérations de ces nerfs.

X

Dysphagie. — Très souvent, après les interventions thyroïdiennes, survient une dysphagie intense. Le soir même, le lendemain de l'opération, le malade se plaint de ne pou-

(1) Du Bouchet. Exothyropexie dans un cas de goitre comprimant la trachée. Mort par pneumonie infectieuse. *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1894.

(2) Rousseau. Broncho-pneumonie consécutive à la thyroïdectomie chez le lapin. Soc. de biol., 1895.

voir que très difficilement avaler. Il en est ainsi pendant quatre à cinq jours le plus souvent, et quelquefois même après l'ablation de toutes petites tumeurs thyroïdiennes, puis la déglutition redevient normale. Cette dysphagie peut être attribuée, dans des cas rares, à des lésions œsophagiennes, plus fréquemment soit à l'ascension du larynx en plein foyer traumatique, soit encore à des dilatations variqueuses aiguës et douloureuses du pharynx, de la base de la langue, que nous a souvent montrées Jaboulay et qui sont dues à la ligature du tronc thyro-linguo-facial.

Cette *angine* n'a d'ailleurs rien de grave et disparaît d'elle-même.

XI

Lésions opératoires des nerfs de la région. — Nous ne pouvons insister longtemps sur ce sujet, ne pouvant faire que des recommandations de prudence s'imposant d'elles-mêmes. Rappelons la nécessité de procéder avec douceur dans les manœuvres digitales d'isolement de la tumeur, l'inutilité ordinaire des lavages antiseptiques qui peuvent irriter dangereusement les cordons nerveux : rappelons aussi que les accidents de section ou de dilacération nerveuse s'observent presque uniquement lors des thyroïdectomies, surtout pour cancer (intervention dont nous ne sommes guère partisan).

Dans cet ordre d'idées, Reverdin, Kappeler, Bruns ont observé des troubles pupillaires dépendant évidemment de lésions du *sympathique* et l'on sait que, pendant longtemps, le myxœdème, la tétanie, etc. furent attribués à des lésions nerveuses. Roux insiste sur la difficulté qu'il eut parfois à séparer du tronc thyroïdien les rameaux du sympathique, souvent enroulé comme un lierre autour d'un arbre.

Lucke, Mauser, Fischer ont vu la mort arriver après des sections de *pneumogastrique* survenues au cours d'opérations de cancer thyroïdien et Riedel incrimina, dans un cas, l'imbibition de ce nerf par l'acide phénique. Deux autopsies de morts rapides ont révélé à Julliard et à Boyer des suffusions sanguines dans la gaine du nerf.

Maas, à la suite d'une section de l'*anse de l'hypoglosse*, a observé une paralysie unilatérale de la langue, avec gêne de la parole et de la mastication. Mais ce sont surtout les lésions du *récurrent* qui sont fréquentes. Au reste, on a le droit de s'étonner, quand on réfléchit aux rapports du corps thyroïde avec les troncs nerveux et à la confusion qu'une tumeur volumineuse apporte dans ces rapports, que les blessures ne soient pas plus ordinaires. Cela est surtout vrai pour le récurrent, dont les rapports avec la thyroïdienne inférieure, d'après Jaboulay (1) et Villard, sont tels qu'il est parfois impossible (surtout à gauche) d'en éviter la prise dans la ligature des branches de la thyroïdienne inférieure. D'ailleurs les lésions récurrentielles existent souvent avant l'opération, définitives suivant Julliard, guérissables par l'intervention suivant la plupart des chirurgiens. Le récurrent peut être pincé, lié ou sectionné. Au moment de l'accident, le chirurgien peut être averti : Wegner voit un de ses opérés prendre un violent accès de toux qui cesse lorsqu'une des pinces est retirée; Hamilton voit suffoquer un malade à la suite de la ligature en masse de la corne inférieure et la respiration redevenir libre lorsque le fil est desserré.

La section unilatérale donne une voix très altérée, mais la respiration continue à se bien faire, alors que la mort survient généralement par asphyxie dans les lésions bilatérales (Kappeler, Maas).

Il nous faut d'ailleurs insister sur la fréquence des troubles dysphoniques transitoires succédant aux opérations sur la thyroïde : ce sont les seuls que nous ayons jamais observés à la clinique, bien que nous ayons fait ordinairement l'examen laryngoscopique des opérés. Ces accidents passagers tiennent soit aux tiraillements subis par les nerfs de la région, soit aux irritations provoquées par l'acte opératoire lui-même ou les lavages antiseptiques (acide phénique, Reverdin) que nous avons condamnés. Rappelons, à ce sujet, l'histoire suggestive des deux opérés de Richelot et Schwartz qui, aphones après thyroïdectomie, et chez qui des laryngologistes, comme Krishaber et Poyet, avaient diagnostiqué une section bilatérale des récurrents, guérirent cependant.

Au reste, répétons-le, les lésions récurrentielles sont souvent antérieures à l'opération et parfois inévitables lors d'une thyroïdectomie; elles ne doivent être considérées que comme une embûche de plus sur le terrain, parfois si dangereux, des interventions thyroïdiennes.

(1) Jaboulay. *Lyon méd.*, 1893.

XII

Indications opératoires. — Jusqu'à ces dernières années, le traitement chirurgical du goitre était à peu près exclusivement réservé aux tumeurs thyroïdiennes provoquant des accidents de compression graves, des troubles respiratoires, des accès de suffocations, etc. Actuellement, les conditions sont très changées, grâce aux immenses progrès réalisés par la technique opératoire et l'asepsie. Des considérations esthétiques doivent dès lors entrer en ligne de compte, surtout chez les jeunes filles et femmes, et elles seules suffisent, comme nous l'avons vu faire parfois à la clinique chirurgicale, pour justifier l'intervention; d'autant mieux que la suture intra-dermique permet d'obtenir une cicatrice linéaire aussi peu apparente que possible.

Quant aux indications opératoires pour le goitre qui s'accompagne de troubles fonctionnels, elles sont assez impérieuses par elles-mêmes pour n'être point corroborées par la question de forme, utile cependant pour la complète satisfaction. Disons simplement qu'au point de vue du *goitre suffocant*, nous croyons, comme la plupart des auteurs, qu'il faut opérer le plus tôt possible, et de préférence trop tôt que trop tard.

Rappelons que suivant la nature du néoplasme thyroïdien, on pratiquera soit la strumectomie, soit la thyroïdectomie, et enfin, dans les cas où cette dernière paraîtrait dangereuse, par suite de la vascularité de l'organe, de l'âge, de l'état général des sujets, etc., on aura recours, dans les formes suffocantes, au déplacement des masses compressives, à leur exothyropexie et parfois à la simple mise à l'air de la tumeur.

Chez les *goitreux crétins*, ou tout au moins chez ceux ayant subi une certaine dégénérescence intellectuelle, nous croyons, dans certains cas, à l'utilité d'une intervention. Tout au moins chez les individus jeunes, ou chez ceux n'ayant subi que depuis peu la déchéance crétinoïde. Dans ces cas, l'ablation de portions goitreuses et surtout l'exothyropexie ou le *thyroïdo-éréthisme* (1) pourront rendre des services. Nous avons vu, à ce point de vue, plusieurs améliorations très nettes : de même qu'après les interventions thyroïdiennes, on peut voir disparaître des symptômes bi-

(1) Le thyroïdo-éréthisme est une opération proposée par M. Poncet pour remédier à la déchéance organique des hypothyroïdiens (ces individus — myxœdémateux plus ou moins congénitaux — qui, nés dans des pays à goitre, présentent une atrophie manifeste de leur glande thyroïde). Cette opération, très simple, qui consiste à introduire dans la glande thyroïde des chevilles d'ivoire ou des corps irritants lentement résorbables, a pour but de remplacer d'une façon permanente les effets obtenus par la greffe ou les injections, ou l'ingestion thyroïdienne. Pratiquée trois fois par M. Poncet, elle a donné de bons résultats. Poncet. *Lyon méd.*, 1893; *Bull. méd.*, 1894; — et Ravé. Th. de Lyon, 1894.

zarres confinant à la manie : une tristesse maladive dans un cas récent.

Goitre exophtalmique (1). — Relativement aux indications de l'opération dans le goitre exophtalmique, elles seront, si nous pouvons nous exprimer ainsi, subordonnées à la nature même de la maladie de Basedow : nous voulons dire par là que chirurgicalement parlant, sans vouloir prendre parti parmi les nombreuses théories pathogéniques, mais nous plaçant uniquement au point de vue de la thérapeutique locale, nous considérerons deux grandes classes de goitre exophtalmique (2) : 1° les goitres exophtalmiques, à proprement parler chirurgicaux, c'est-à-dire ceux dans lesquels une tumeur thyroïdienne *a précédé d'un temps plus ou moins long*, parfois de nombreuses années, l'éclosion des symptômes basedowiens et alors que souvent on est en présence d'un goitre encapsulé, ou même kystique; 2° de goitres exophtalmiques avec ou sans hypertrophie thyroïdienne très apparente, dans lesquels, en tous cas, le goitre s'est montré *en même temps* que l'exophtalmie, la tachycardie, etc. : la tumeur est alors charnue et surtout vasculaire.

La première catégorie des goitres exophtalmiques est la plus justiciable d'une opération qui a pour but, comme dans un goitre simple, l'ablation ou la disparition de la tumeur. Un très grand nombre de ces cas relèvent des formes frustes et fausses, bien décrites par Gauthier de Charolles et Teissier (3) : nous croyons même pouvoir affirmer qu'il n'existe guère de cas de goitre, surtout chez la femme, où l'on ne pourrait découvrir, avec un peu de complaisance, quelque symptôme de basedowisme, tout au moins un certain degré de nervosisme. Quoi qu'il en soit, la guérison du goitre s'accompagne ordinairement alors de la disparition des accidents généraux, parfois aussi d'une simple amélioration. Mais il faut se rappeler que les résultats se font parfois longtemps attendre et Mikulicz (4) cite des cas où la guérison ne fut complète qu'au but de deux ou trois ans. Un traitement médical, dont l'hydrothérapie (5) est la base devra être indiqué. Il va sans dire que l'on aura d'autant plus de prise sur l'affection générale qu'elle datera d'une époque plus rapprochée. Il faut d'ailleurs aussi s'attendre à des récidives (6).

Dans la deuxième classe des goitres exophtalmiques à forme fruste ou classique, l'opération ne peut viser ordinairement une tumeur ou une hypertrophie véritable de la glande, en dehors de celle dépendant d'une vascularité très exagérée de l'organe. On devra alors, le plus souvent, ne chercher qu'une simple action directe sur le parenchyme thyroïdien, qu'une mise à nu, une exposition à l'air de ce tissu dont la structure et les conditions physiologiques sont susceptibles d'être modifiées par l'acte opératoire lui-même, et ultérieurement par des pansements à plat. C'est dans ces cas que la simple incision médiane des parties molles qui recouvrent la thyroïde a pu amener des guérisons; mais l'effet curatif nous semble devoir être d'autant plus certain que, soit par une incision seulement médiane, soit par une incision en T ou cruciale, on aura, coupant les couches musculaires sous-jacentes, mis à nu une plus grande étendue du parenchyme thyroïdien. Que se passe-t-il alors? Par quel mécanisme la glande hypertrophiée subit-elle un certain degré d'atrophie entraînant à sa suite la diminution ou la disparition des phénomènes généraux? Nous l'ignorons; mais il existe probablement là quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans la péritonite tuberculeuse, après une simple incision sous-ombilicale.

Nous ajouterons, cependant, que, si une tumeur goitreuse coïncide nettement avec un vrai goitre exophtalmique, on est autorisé, étant donné la prépondérance actuelle des théories thyroïdiennes, à faire l'ablation de cette tumeur, suivant les cas, par une strumectomie ou une thyroïdectomie partielle (1). Nous croyons également qu'en face d'un goitre très vasculaire, on sera autorisé à tenter la ligature des artères thyroïdiennes (Kocher, Mikulicz, Roux, etc.), malgré que cette opération soit parfois alors délicate et grave.

D'ailleurs, quoi qu'il en soit de la pathogénie constante de la maladie de Basedow, il semble bien que toutes les formes aient pour point de départ un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, que celui-ci soit secondaire à un goitre ou à une lésion du système nerveux central ou périphérique. Ainsi pourraient s'expliquer les guérisons ou améliorations bizarres de basedowiens, après une opération quelconque (simulée, nasale, annexielle), qui aurait rétabli l'équilibre fonctionnel de la glande.

Concluons en disant que les *opérations pour goitre exophtalmique doivent être aussi simples et aussi rapidement menées que possible;* elles peuvent être, en effet, dangereuses, surtout chez les sujets atteints d'accidents basedowiens graves. Il faut craindre d'abord les hémorragies (Roux, Mikulicz); puis, pour M. Poncet, peut-être par suite de la pénétration en masse dans le système vasculaire des produits thyroïdiens qui ont déjà causé les accidents existants, craindre que ces derniers s'accroissent et, donnant à la maladie une forme suraiguë, entraînent la mort dans les premiers jours qui suivent l'opération. C'est ainsi que chez la malade de la Salpêtrière, opérée par M. Poncet dans le service de M. Brissaud, malade qui mourut dans la nuit post-opératoire, les symptômes basedowiens prirent immédiatement une gravité extrême (2) : angoisse et agitation continue, pouls à 160 et 180, troubles respiratoires indiquant une intoxication bulbaire. En outre, il fallut également incriminer un certain degré d'intoxication iodoformée (3); des chiffons de cette gaze ayant été directement appliqués sur la thyroïde mise à nu; cependant, l'analogie de ces accidents mortels avec ceux observés à un moindre degré chez d'autres exophtalmiques opérés et en dehors de tout empoisonnement iodoformé laissa supposer que dans la circonstance il fallait surtout incriminer une excitation intense du tissu thyroïdien.

Cancer du corps thyroïde. — Les indications de l'interven-

(1) Voici les diverses étapes et les noms principaux à signaler à propos du traitement du goitre exophtalmique. Watson fait, en 1873, une ablation suivie de guérison; Lister en 1877, Naughton Jones en 1874 et Ollier, en 1877, se servent avec succès des caustiques. Mais la vraie période des succès commence aux deux thyroïdectomies de Tillaux (1880-1881), puis de Perrin (Acad. de méd.).

Jusqu'en 1888 (succès de Dubreuil, de Montpellier) période d'arrêt, après laquelle il faut citer, en France, Poncet, Tuffier, Jaboulay; les thèses de Solary (Paris, 1894) ; de Stefani (Lyon, 1894) ; de Durand (Paris, 1895); Revues générales de Hascovec (*Gaz. des hôpit.*, 1895); Heydenreich (*Semaine méd.*, 1895); le rapport de Brissaud, etc.

A l'étranger : Putmann, Trendelenburg, Kocher, Mikulicz (Congr. chir. all., 1896); Lemke, Briener, Stierlin, Wœfler, etc.; Roux (de Lausanne); Socin, Krönlein (en Suisse).

Enfin, au point de vue des opérations curatives du basedowisme ne s'adressant pas à la glande thyroïde : *Opérations annexielles* (Bouilly, Picqué. Soc. de chir., 13 fév. 1895); *Opérations simulées* (Prengrueber. *Bull. méd.*, 1889); *Opérations nasales* (Hacke, 1884, Hoffmann, Frænkel, Gottstein, Musehold, etc.).

(2) Cette classification est à peu près celle de Tillaux : névrose exophtalmique, avec ou sans tumeur thyroïdienne, avec cette différence, cependant, que nous attachons une grande importance à la venue antérieure du goitre.

(3) *Lyon méd.*, 1884 et 1893.

(4) Mikulicz. Congr. de chir. all., 1896.

(5) On pourra essayer aussi la médication thyroïdienne, thymique (succès de Mikulicz; insuccès de Taty et Guérin. Congr. de Bordeaux, 1895), le phosphate acide de soude (Kocher).

(6) Jaboulay. *Lyon méd.*, 1896.

(1) Quoique cette opération soit beaucoup plus grave dans ce cas-là (Poncet, Kocher, Mikulicz, Roux, etc.), fréquence des hémorragies.

(2) *Médecine mod.*, 1894.

(3) Probablement, d'ailleurs, l'action de l'iode ne fait que s'ajouter à celle de l'hyperthyroïdisation et la favoriser si les théories de Trousseau, des Genevois et de Baumann sont exactes.

tion radicale, dans le cancer du corps thyroïde, sont particulièrement rares en raison de la diffusion rapide et de l'extrême malignité de la tumeur. Albert, Kœnig, dans leur *Traité de pathologie externe*, s'appuyant sur leur expérience et la statistique déplorable de Braune, repoussent toute intervention, même la trachéotomie! M. Poncet est quelque peu de cet avis. Roux, au contraire, annonce des succès, et M. Péan (1) publiait récemment une superbe observation d'ablation totale d'un cancer thyroïdien suivie de la résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée (au bout de seize mois pas de récidive).

Rappelons cependant que le cancer thyroïdien présente, au point de vue de l'opération, deux variétés qu'il faut séparer. Le plus souvent, la tumeur forme un bloc thyroïdien partiel en général qui, dans tous les cas, a déjà plus ou moins envahi les tissus voisins, infecté les ganglions carotidiens et médiastinaux et rendu, par cela même, toute tentative curative illusoire. Dans les formes de carcinose aiguë (2), qui simulent parfois à s'y méprendre une thyroïdite inflammatoire, les lésions marchent avec une telle rapidité, qu'après avoir essayé d'opérer ces tumeurs on acquiert vite la ferme conviction d'une réelle impuissance. Il en est d'ailleurs de même pour les formes subaiguës dont l'évolution est plus lente, mais qui tuent encore très vite, car il n'existe pas, à proprement parler, de forme chronique : la durée moyenne d'évolution de ces cancers variant de quelques semaines à quelques mois. Comme l'avait déjà indiqué Orcel dans un important mémoire et dans sa thèse (3), le cancer thyroïdien diffus est inopérable; les seules opérations sur l'efficacité desquelles on puisse relativement compter, sont des opérations palliatives : la trachéotomie, les larges incisions circumthyroïdiennes, qui ont pour but de lutter contre les troubles respiratoires graves provoqués par la déformation et l'altération de la trachée, de diminuer par de larges débridements une sensation souvent horriblement pénible de « carcan », de constriction du cou et de douleurs atroces irradiant dans toute la région cervico-faciale.

La « trachéotomie » est ici une opération d'urgence : elle exige, si on la veut utile, les très longues canules déjà décrites; car l'épaisseur considérable des parties molles néoplasiques sépare habituellement le pavillon de l'instrument de la plaie trachéale. D'ailleurs, les déformations de la trachée peuvent être très étendues, descendre très bas, jusqu'au niveau des bronches.

Les « larges incisions circum thyroïdiennes », proposées et pratiquées par M. Poncet (Congrès de chirurgie, 1891), trouveront leurs indications dans la constriction cervicale et dans ces douleurs, en partie par compression, qui ne peuvent céder qu'à la levée de l'étranglement et à la section des branches nerveuses.

Quels que soient, du reste, les efforts tentés, le pronostic n'en reste pas moins extrêmement grave, peut-être même à une échéance plus rapprochée que sans ces opérations cependant urgentes.

Le cancer thyroïdien n'est cependant pas toujours inopérable : il est une forme de néoplasme malin, enkysté de par son siège primitif, dont l'ablation relativement facile et complète peut donner une survie notable et aussi une guérison complète. Il s'agit alors de la transformation maligne d'un vieux kyste, transformation intra-kystique, se produisant aux dépens de la paroi interne, et par cela même restant indépendante des tissus voisins pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce que la poche ait été franchie. Ce cancer encapsulé, assimilable à d'autres néoplasies malignes intra-kystiques (kystes sébacés du cuir chevelu, kystes proligères de l'ovaire, avec transformation épithéliomateuse), peut être enlevé complètement et l'opération donner une guérison définitive. Cette catégorie de cancer thyroïdien, dont nous avons vu des exemples, est malheureusement la plus rare. A ce titre, elle ne paraît pas devoir, en raison de la fréquence de la forme diffuse, modifier le pronostic qui reste des plus graves.

Nous y rattacherons les formes peu fréquentes d'adénomes malins de Wœlfler, de goitre métastatique de Krishaber. Bennett (1) a extirpé une tumeur à siège insolite qui était un adénome thyroïdien avec, au centre, des apparences de sarcome, et M. Jaboulay (2) vient d'observer, à la suite de la mise à l'air d'une tumeur thyroïdienne principale, la diminution de noyaux métastatiques, sans que, pourtant, fût modifié le résultat final.

(1) Péan. *Gaz. des hôpit.*, 1895.
(2) Nélaton. *Gaz. des hôpit.*, 1849. — E. Rollet. *Gaz. des hôpit.*, 1888. — Orcel. *Du cancer du corps thyroïde*. Th. de Lyon, 1889, et *Province méd.*, 1889. — Bertrand. *Cancers aigu et latent du corps thyroïde*. Th. de Lyon, 1895.
(3) Orcel. Loc. cit.

(1) Bennett. *Médecine mod.*, déc. 1895 : La chirurgie dans les hôpitaux anglais.
(2) Jaboulay. *Lyon méd.*, juin 1896.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 août 1896, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Barbier, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Marestaing, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Mahé, Mercier, Puech, Bourdette, Jones, Langlois, Roux, Le Même, Mangin-Bocquet, Bouquet, Raynaud, Brody de Lamotte, Sergent, Dutournier, Briault, Pillard, Beaufort, Barada, Petit, Constant, Cerf, Dreyfus, Ollivier, Briche, Bonhommet, Thouvenin, Grouhel, Faguet, Lefaye, Lorenzi, Haulin, Collin, Strafforielli, Laugier, Schwaab, André, Chocquet, Hannebelle, Pietri, Fourel, Delahousse, Roche, Lefournier, Servas, Brechoteau, Isnard, Scherb, Mouille, Degrand, Lemesle, Candelier, Durand.

— Par décision ministérielle, en date du 20 août 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Huchart, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême; Bourdon, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; Perrin, pour le 10e d'artillerie; Lauza, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; Fabre, pour le 126e d'infanterie ; André, pour l'hôpital militaire de Nancy; Famechon, pour le 21e d'artillerie ; Marty, pour l'hôpital militaire de Belfort ; Schmit, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Gazin, pour le 163e d'infanterie; Georges, pour l'hôpital militaire de Nancy; Sibille, pour le 152e d'infanterie; Béchard, pour le 2e génie; Bischoff, pour le 8e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Maupetit, pour le 77e d'infanterie; Riff, pour le 135e d'infanterie ; Godet, pour le 130e d'infanterie; Petit, pour le 1er zouaves; Frilet, pour le 4e chasseurs à cheval; Artigues, pour le 17e chasseurs à cheval; Auger, pour le 2e dragons; Marignac, pour le 1er régiment étranger ; Cherpitel, pour le 5e chasseurs à cheval ; Lausac, pour la poudrerie militaire du Bouchet ; Gaillard, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée; Ravoux, pour le 15e d'infanterie; Moingeard, pour le 19e escadron du train des équipages.

MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier,

pour le 99e d'infanterie; Castaing, pour le 115e d'infanterie; Dormand, pour le 133e d'infanterie; Chabrut, pour le 36e d'artillerie; Roulet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Jaulmes, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Perrogon, pour le 65e d'infanterie; Chevron, pour le 4e dragons; Sabatier, pour le 83e d'infanterie; Binet, pour le 135e d'infanterie; Pech, pour le 1er régiment étranger.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 97. — MARDI 25 AOUT 1896. 69e ANNÉE. MARDI 25 AOUT 1896. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

La suffocation; questions médico-légales (1).

II

Enfouissement dans un espace confiné. — Lorsque des nouveau-nés sont en état de mort apparente, il peut arriver qu'on les place dans un espace confiné, tel qu'une boîte, une malle ou un tiroir de commode, pendant qu'on s'occupe de la mère. Ils y restent un certain temps et ils meurent.

Tardieu rapporte l'histoire d'une sage-femme arrivant à la mairie pour déclarer la naissance d'un enfant mort-né qu'elle apportait dans un panier. Au moment où elle ouvre son panier, l'enfant crie et l'officier de l'état civil lui dit : « Mais il n'est pas mort, il crie! »

Tardieu estime qu'un enfant peut vivre environ une heure dans une caisse, si cette caisse contient trois fois son volume d'air. Il est possible que ce temps soit plus long, rappelez-vous les expériences de Harvey.

J'ai eu à faire une enquête dans les conditions suivantes : Un enfant âgé de huit à neuf ans disparaît. Son père s'était remarié et la belle-mère, qui ne passait pas dans le quartier pour être très tendre pour son beau-fils, fut accusée de l'avoir fait disparaître. Au bout de six jours de recherches, on retrouva le cadavre du petit garçon blotti dans une malle. Alors on se demanda comment il avait pu être enfermé dans cette malle, s'il s'y était placé lui-même ou s'il y avait été placé par une autre personne. L'enquête se continua, et l'on apprit que le jour de sa disparition cet enfant avait joué à cache-cache avec ses camarades. Ceux-ci ne s'étonnèrent pas de ce qu'il n'avait pas reparu, ils pensèrent qu'il s'était retiré du jeu.

Nous avions fait sauter le pène du couvercle de la malle : une fois le corps retiré, il fut impossible de la refermer. On a dit alors : « Quelqu'un a donc fermé cette malle quand l'enfant s'y était blotti? »

Le cadavre était en putréfaction; le bois avait joué sous l'influence de l'humidité; il a suffi que cette malle fût placée, à la Morgue, dans un lieu sec, pour qu'elle se refermât très bien au bout de quelques jours.

On peut aussi mourir, en espace confiné, dans les bains de vapeur. Nous avons fait cinq ou six expertises médico-légales à la suite d'affaires de ce genre. On avait autrefois l'habitude, dans ces bains, de laisser la clef qui règle l'arrivée de la vapeur à la disposition des clients; ceux-ci tournaient parfois cette clef, comme ils auraient tourné le robinet d'eau chaude d'une baignoire pour réchauffer leur bain. Puis ils ne parvenaient plus à fermer ces robinets, et on les trouvait morts dans les petits cabinets où se prennent ces bains.

Deux facteurs sont ici en jeu : l'extrême chaleur peut suffire pour amener la mort, et d'un autre côté l'air est sursaturé par une énorme quantité de vapeur d'eau. Dans un bain de vapeur du faubourg Saint-Denis, nous avons constaté que, dans la petite pièce où un accident de ce genre s'était produit, la température était montée à 80 degrés en dix minutes.

Les individus qui succombent ainsi ne meurent pas brûlés, ils ne sont pas cuits. On les a toujours trouvés étendus par terre; tous portaient des brûlures du deuxième ou du troisième degré, disposées en traînées le long du corps et terminées par une petite brûlure circulaire en forme de goutte. Il semblerait que des gouttes d'un liquide bouillant, tombant de leur tête, aient coulé le long de leur corps; cette explication serait plausible si ces individus étaient morts debout : mais il meurent couchés, et je ne puis vous expliquer l'origine et le mécanisme de ces brûlures.

III

Compression des parois thoraciques. — Vous entendrez très communément accuser des nourrices d'avoir étouffé un enfant, qu'elles ont placé dans leur lit, soit avec un oreiller, soit avec le bras, soit même avec le sein en lui donnant à téter.

On a également accusé des chats d'avoir étouffé de petits enfants en se couchant sur leur poitrine.

Je vous l'ai déjà dit : un grand nombre d'enfants de trois à quatre mois, quand ils prennent une bronchite capillaire, meurent dans le premier accès de suffocation; *ils n'ont jamais toussé auparavant*, circonstance que ne manquent pas de faire valoir les parents ou les voisins qui accusent une nourrice ou une fille-mère d'avoir étouffé son nourrisson.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 945.

Lorsqu'un enfant a deux ou trois ans, il résiste plus longtemps, et s'il succombe, il meurt après après avoir eu déjà trois ou quatre accès suffocants. Tout le monde, dans son entourage, sait qu'il est malade.

Que trouvons-nous à l'autopsie? Un peu de spume dans les bronches, comme dans les suffocations criminelles : mais dans celles-ci, la spume est formée par des mucosités fluides.

Dans le catarrhe suffocant, au contraire, nous trouvons du muco-pus qu'on fait saillir sur une coupe du poumon serré dans les doigts, sous forme de petites chandelles; cette constatation seule vous permet de dire que l'enfant a succombé au catarrhe suffocant de la bronchite capillaire, et non pas à la suite d'une tentative criminelle.

Nous avons, en étudiant la mort des adultes par compression des parois thoraciques, affaire à deux mécanismes bien distincts :

En effet, un adulte peut mourir suffoqué dans les mêmes conditions que dans l'*inhibition;* seulement, au lieu d'être tué par un coup sur le larynx, il succombe à un coup sur la région épigastrique. Tous ceux d'entre vous qui ont été au lycée connaissent le coup de tête dans l'estomac, fort en honneur dans certains jeux. Les personnes qui fréquentent les bals publics de bas étage le connaissent également. Lorsqu'un bourgeois s'est aventuré dans un de ces bals, il est parfois suivi, à la sortie, par des gens sans aveu qui, à un moment, lui donnent un coup de genou ou de tête dans l'estomac et le volent. L'effet de ce coup de tête est d'anihiler les moyens de défense de la personne attaquée, elle suffoque pendant quelques instants, et ce court espace de temps suffit pour accomplir le vol. Mais il arrive aussi que l'individu ainsi attaqué tombe et meurt, par inhibition.

Dans des cas de ce genre, le médecin légiste ne trouve aucune trace de violence, pas d'ecchymose, pas de suffusion sanguine dans les parois de l'abdomen. Cela se conçoit, car au moment où le coup est reçu, la paroi de l'abdomen est lâche, elle n'est pas appuyée sur un plan résistant.

Lorsque le coup a été porté dans la poitrine, au lieu d'intéresser le creux de l'estomac, il peut y avoir quelques complications au point de vue médico-légal.

Nous en trouvons un exemple dans Tardieu.

Moi-même j'ai été commis dans deux affaires de ce genre, dont l'une était un peu embarrassante. Il s'agissait d'un gardien de la paix qui, reconnaissant un malfaiteur dans la rue, veut l'arrêter. Celui-ci lui donne un coup du bout de sa canne, au niveau du troisième ou du quatrième espace intercostal gauche. Le gardien de la paix tombe et meurt. Il avait une ecchymose à peine apparente de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Mais, à l'autopsie, nous constatons qu'il avait une pleurésie à droite.

Cet homme avait-il succombé à une mort subite à la suite du coup reçu, ou à une mort subite occasionnée par sa pleurésie? Il ne m'a pas été possible de me prononcer nettement; il y avait là une complication qui obligeait le médecin légiste à laisser la question en suspens.

Du reste, les complications sont l'écueil de la médecine légale. Dans ces leçons, je vous présente les faits tels qu'ils doivent évoluer normalement; je vous en donne un schéma pour ainsi dire. Mais dans la réalité, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTINOMYCOSE EN FRANCE

ACTINOMYCOME DU MAXILLAIRE A FORME NÉOPLASIQUE LIMITÉE DATANT DE HUIT ANS (1)

Par M. le docteur Paul Ducor.

I

Les observations d'actinomycose semblent se multiplier suffisamment depuis deux ou trois ans (2) pour permettre de croire que la question doit être bien connue de la plus grande partie du corps médical français et que par conséquent la publication d'un cas nouveau ne saurait offrir un bien grand intérêt.

Cependant, d'une part, depuis que M. Nocard communiqua, en 1887, à l'Académie de médecine, le premier cas d'actinomycose humaine, diagnostiquée en France par M. Lucet, vétérinaire à Courtenay, le total des observations publiées dépasse à peine le chiffre de 40; le nombre des cas connus n'est donc pas véritablement bien élevé dans notre pays.

D'autre part, le diagnostic vrai a été bien rarement porté au début des accidents; le plus souvent, il a été établi seulement après que de nombreux médecins, ne pensant pas à l'actinomycose, avaient supposé le malade atteint de toute autre affection.

Enfin l'actinomycose se présente sous des aspects si variés, suivant la forme et le siège du mal, la date du début, les associations microbiennes fréquentes, l'influence variable du traitement, la tendance plus ou moins marquée à l'envahissement ; son évolution est modifiée par tant d'éléments divers que chaque observation nouvelle peut servir à fixer un trait dans l'histoire d'une maladie de laquelle on ne saurait donner facilement une description d'ensemble; car ses manifestations osseuses, cutanées, viscérales, paraissent, de prime abord, d'une nature aussi différente que semblent l'être, pour un observateur non prévenu, la coxalgie, l'adénite scrofuleuse, la phtisie pulmonaire.

De plus, la question se complique de celle des maladies parasitaires voisines (bothriomycose, etc.) et des pseudo-actinomycoses (pied de Madura, etc.), dont la séparation avec l'actinomycose vraie, prévue par plusieurs observateurs, a été récemment établie par M. Blanchard, dans sa magistrale exposition des maladies produites par les parasites végétaux, in *Traité de pathologie générale* de Bouchard.

C'est ce qui me décide à publier l'histoire d'une malade, soumise depuis neuf ans à l'observation de très nombreux médecins et chirurgiens, parmi lesquels les plus autorisés de Paris et de la province, qui, n'ayant pas songé à rechercher les signes de l'actinomycose, ont cru se trouver en présence d'une tout autre manifestation morbide; et cependant j'ai pu, chez la personne qui fait le sujet de cette étude, diagnostiquer, à distance, une forme, très rarement reconnue d'ailleurs, de la maladie qui nous occupe.

Ma malade, actuellement âgée de quarante-deux ans, appartient aux classes élevées de la société; d'une très bonne santé habituelle, elle a des antécédents héréditaires excellents : sa mère est vivante, son père et ses grands-parents sont morts de maladies aiguës dans un âge avancé.

En 1870, à l'âge de seize ans, elle contracte, en Corse,

(1) Communication à l'Académie de médecine le 7 avril 1896. — Rapport par M. Raphaël Blanchard le 4 août 1896.

(2) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 253 et 289.

une fièvre paludéenne de moyenne intensité; peu après (juin 1870), surviennent des douleurs vives au niveau d'une dent molaire inférieure droite; on pratique une incision qui donne issue à du pus et à la suite de laquelle les accidents disparaissent graduellement.

Juillet. Un mois plus tard, se déclare une fièvre typhoïde guérie sans incidents notables.

En 1888, dix-huit ans après, à Libourne, où elle habitait à cette époque, la malade est prise brusquement, en pleine santé (28 mars), de douleurs modérées siégeant en arrière de l'angle inférieur de la mâchoire du côté droit, au niveau et un peu au-dessous du lobe de l'oreille. Trois jours après, apparaît une tuméfaction de la région parotidienne et temporale du même côté, ayant présenté immédiatement le volume d'une grosse noix et accompagnée d'un trismus assez sensible. Un médecin militaire, qui a occasion de voir la malade, diagnostique les oreillons.

8 avril. La douleur et la tuméfaction persistant, sans d'ailleurs production de fièvre, le docteur Demptos (de Libourne) porte le diagnostic d'abcès, qu'il ouvre par une incision de la peau; la petite plaie opératoire donne issue à un liquide clair, dont l'écoulement dure près de deux mois, sans interruption, ce qui fait supposer une fistule salivaire, consécutive à une blessure du canal de Sténon, fistule qui guérit d'ailleurs sans laisser de traces. A la suite de l'intervention, les douleurs disparaissent peu à peu et la tumeur diminue de moitié; le trismus est à peine sensible.

15 mai. La malade fait à Paris un séjour de trois semaines, pendant lesquelles sa tumeur est soumise à quelques séances d'électrisation.

29 juin. On constate une tuméfaction du maxillaire et de la joue, à l'angle de la mâchoire. M. Fabre, dentiste à Libourne, extrait à différentes reprises trois dents toutes en parfait état; la malade n'a d'ailleurs jamais souffert des dents depuis le mois de juin 1870; aujourd'hui encore, pas une des dents restées en place n'est cariée.

Le professeur Lanelongue (de Bordeaux), appelé en consultation, croit à des accidents occasionnés par une éruption difficile de la dent de sagesse; il conseille d'ouvrir la tumeur par la voie buccale. L'incision donne issue à un liquide séro-hématique, couleur jus de pruneau; la tumeur diminue de nouveau très sensiblement de volume à la suite de l'intervention; mais les mâchoires sont encore très légèrement contracturées.

En 1889, l'état reste à peu près stationnaire; cependant on constate, à de rares intervalles, l'issue d'une petite quantité de pus par l'orifice de l'incision; la très légère constriction des mâchoires qui persiste n'empêche pas les mouvements de la mastication; les douleurs peu marquées surviennent par crises semblables, dit la malade, à des rages de dents.

En 1890, les crises douloureuses augmentent peu à peu de fréquence et d'intensité; cependant la difformité causée par la tumeur est assez peu sensible pour que la malade continue à aller dans le monde et puisse, le 8 avril, se rendre au bal, décolletée.

Le 10 juillet, étant alors installée près de Paris, elle consulte un médecin des hôpitaux, qui l'avait déjà vue à différentes reprises; espérant avoir affaire à un kyste ou à un simple abcès, il fait au thermocautère une large incision de la mâchoire qui, malgré une triple tentative, ne donne issue à aucun produit.

A partir de ce moment, les douleurs deviennent atroces et la tumeur, augmentant très rapidement de volume, occupe peu à peu la situation actuelle et présente l'apparence que nous aurons à décrire; si bien que le même médecin, revoyant la malade quinze jours après, porte définitivement le diagnostic de sarcome.

En 1891, la malade est vue par le docteur Léon Labbé, puis en novembre par le professeur Lannelongue (de Paris).

En 1893, les crises douloureuses et la gêne de la mastication augmentent peu à peu. A partir de ce moment, la malade est suivie par M. le docteur Trognon, qui s'attache à combattre les phénomènes douloureux par la morphine, assure du mieux possible l'alimentation et en même temps maintient l'asepsie buccale, par des irrigations très fréquentes d'eau boriquée tiède.

9 juin. La malade est vue en consultation par MM. Tillaux, Routier, Labadie-Lagrave, qui portent le diagnostic d'ostéosarcome et conseillent l'ablation du maxillaire; elle refuse l'opération et en juillet consulte le docteur Lecoq, curé de Guiseniers (Eure), auquel la tumeur paraît être de nature parasitaire. Un peu plus tard, à Tours, le diagnostic porté est sarcome.

Février 1894. La malade est vue par M. le docteur Hutinel, dont le diagnostic est sarcome. Elle s'adresse à M. Boberg, médecin suédois, qui pratique le massage de la tumeur jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle ce massage est abandonné à la suite des incidents ci-après.

Octobre. L'ouverture pratiquée au thermocautère, en juillet 1890, qui ne s'était jamais entièrement cicatrisée, redonne par intermittences issue à des produits mucopurulents.

20 novembre. A la suite d'une séance de massage, qui est définitivement interrompu dès ce jour, il survient une douleur atroce siégeant particulièrement tout le long de la branche montante du maxillaire, accompagnée de forte fièvre; en même temps s'établit une suppuration qui ne doit plus tarir et qui devient peu à peu plus abondante; par intervalles, se produisent des hémorragies en nappe, dont on devient très difficilement maître; la muqueuse gingivale dans la partie atteinte est comme criblée d'une série de petites ouvertures fistuleuses, presque imperceptibles, par lesquelles s'écoule incessamment un liquide muco-purulent, strié de glaires tenaces; la faiblesse est extrême, l'alimentation très difficile.

Janvier 1895. Tous les troubles s'accentuent; l'état général est des plus graves et, le 13 février, la situation devient absolument inquiétante; les vomissements incessants, le délire, l'extrême petitesse du pouls et tous les symptômes pré-agoniques font croire à une fin prochaine.

14 février. Contre toute attente, le tableau est modifié par l'évacuation brusque d'une énorme quantité de pus, à la suite de laquelle se produit une détente assez sensible.

Peu après, M. Trognon pratique par la peau, dans la partie supérieure de la tumeur, une ponction qui donne issue à des produits séro-sanguinolents, couleur jus de pruneau; la petite plaie opératoire se cicatrise très vite; une seconde ponction, pratiquée plus tard, se comporte de même.

Avril. L'état général s'améliore peu à peu; les crises douloureuses s'atténuent; la malade peut faire quelques pas et, trois mois après, être transportée dans le Loiret, où elle reprend quelques forces; mais la maigreur persiste, ainsi que les troubles fonctionnels : tuméfaction, trismus, hémorragies intermittentes, suppuration presque continue.

La malade est vue à Châteaurenard, par le docteur Bizet, puis, près de Coulommiers, par le docteur Rouillon, et en août, à Versailles, par le docteur Laurent, qui se rallie au diagnostic : sarcome; diagnostic accepté par plusieurs autres médecins très distingués qui ont occasion de voir la patiente à Paris, où elle rentre en septembre ; l'état général est alors des plus mauvais et les troubles morbides de plus en plus accentués jusqu'au 28 octobre, époque à laquelle, mis au courant de la maladie, je puis établir à distance, dans des circonstances tout à fait particulières, le diagnostic d'actinomycose.

Voici comment, par l'analyse de certains commémoratifs, et sans avoir vu la malade, je pus reconnaître l'affection dont elle était atteinte : une de mes clientes vient me consulter pour certains troubles, dont elle attribue la persistance à la fatigue, causée par des veilles prolongées auprès d'une amie très malade, atteinte depuis huit ans, me dit-elle, d'un sarcome énorme des mâchoires, donnant lieu à des crises douloureuses, intermittentes, et à une suppuration presque continue, d'ailleurs sans odeur.

Le fait d'une tumeur des mâchoires aussi considérable et d'aussi longue durée, donnant lieu à des douleurs intermittentes avec une sécrétion comme celle qui m'est décrite, me porte à croire qu'il ne s'agit pas d'ostéo-sarcome, et, d'autre part, le geste fait par ma cliente pour représenter la volumineuse tumeur de son amie, me fait penser à la possibilité d'une manifestation actinomycosique, analogue à celle des bovidés, telle que j'avais pu en observer à la Villette, en 1893, pendant une visite faite à l'occasion du Congrès de la tuberculose, visite m'ayant permis d'examiner avec attention deux bœufs atteints d'actinomycose, l'un de la langue, l'autre, du maxillaire inférieur, et d'étudier ensuite une question qui me paraissait aussi intéressante que peu connue.

L'interrogatoire de ma cliente m'apprend que les produits déversés incessamment dans la bouche, par une multitude de petits orifices, sont constitués par du pus et par une matière glaireuse, très visqueuse, au milieu de laquelle, à plusieurs reprises, on a observé quelques petits corps colorés en jaune ou en roux, de la grosseur et de la forme d'un grain de semoule.

J'avais à tenir compte de cette constatation qui paraissait se rapporter aux éléments caractéristiques de l'actinomycose, mais je sentais mon impression confirmée surtout par la présence de fistulettes très fines et nombreuses ; j'insiste sur ce point, car, c'est un des faits dont j'ai été le plus frappé dans la lecture de nombreuses observations; et il faut certainement attacher une grande importance à la constatation de nombreux orifices, criblant une tumeur que l'on pourrait croire sarcomateuse.

La remarque a déjà été faite, mais elle ne me paraît pas avoir suffisamment attiré l'attention des observateurs, de même que le fait d'un trismus précoce et persistant, déjà signalé comme un caractère précieux pour le diagnostic de l'actinomycose.

L'examen de la malade, sur lequel je reviendrai, me donne la certitude que je suis bien en présence d'un actinomycome; mais, voulant appuyer mon affirmation sur une preuve bactériologique, et en attendant de me rencontrer avec M. Trognon, médecin habituel de la malade, je fais recueillir les sécrétions de la nuit, dans lesquelles je crois reconnaître des fragments de mycélium que je soumets au contrôle de M. Nocard.

En son absence, son chef de laboratoire, ayant examiné les échantillons recueillis, ne peut déceler la présence de produits actinomycosiques, et me fait part du résultat de ses recherches, négatif, d'ailleurs, tant au point de vue de la tuberculose que de l'actinomycose ; il trouve de nombreux organismes, tels que la bouche en recèle, et des streptocoques en très grande quantité.

Ce premier résultat négatif n'ébranlait pas ma conviction, car je connais la facile altérabilité de l'actinomycète, de nombreux examens successifs étant souvent nécessaires pour découvrir les corpuscules caractéristiques, dissociés ou perdus dans une gangue glaireuse très tenace. Aussi, je me préparais à provoquer une seconde analyse des produits, lorsque, le 9 novembre, M. Nocard m'apprit qu'en reprenant l'examen, il avait constaté la présence du mycélium actinomycosique.

Le microscope ratifiait ainsi le diagnostic que j'avais pu établir cliniquement à distance par l'analyse des commémoratifs et qui m'avait paru indiscutable après examen direct de la tumeur.

Je dois présentement faire connaître l'état de la malade au moment de cet examen, le 4 novembre.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Quelques réflexions sur une coutume singulière des femmes publiques indigènes (1).

Par M. le professeur Rey,

Chirurgien de l'hôpital civil et du Service municipal des vénériennes à Alger.

I

Parmi les coutumes de nos indigènes algériens, il en est de fort curieuses, et pour la plupart très peu connues. Chargé depuis sept années du service des vénériennes, quelques-unes de ces mœurs me sont devenues aujourd'hui familières par suite d'un contact presque journalier avec les femmes arabes ou kabyles, plus encore qu'avec les autochtones de nos salles de chirurgie à l'hôpital libre d'Alger.

La surprise et l'intérêt manifestés par nos nombreux visiteurs hivernaux, étrangers ou français, m'avait engagé à préparer l'an dernier une courte notice sur l'une de ces habitudes bizarres. Mais, avant de la publier, j'ai cru devoir, pour pallier les difficultés d'une description un peu aride, en confier la reproduction à l'un de nos artistes les plus distingués, M. Ferran, dont notre École des sciences édite chaque année les beaux travaux.

Ainsi que notre titre l'indique, les faits que nous allons signaler concernent à peu près uniquement les prostituées adultes. Il s'agit de brûlures, faites uniquement à l'aide de la cigarette, pour des causes diverses, peu nombreuses, presque toujours les mêmes. Ces blessures constituent presque de véritables mutilations. Ajoutons cependant que nous avons vu quelquefois cet exemple suivi par certains représentants du sexe fort qui gravitent autour de la Mauresque cartée.

Dans les deux tableaux que j'ai l'honneur de présenter à la Société des sciences médicales, on peut voir non seulement les cas de brûlures les plus caractéristiques, mais

(1) *Lyon méd.*, 1896, nº 28.

encore divers tatouages, choisis parmi les plus typiques et les plus élégants.

Nous n'avons pas actuellement l'intention d'aborder l'intéressante étude de ces tatouages. Elle exigerait une connaissance approfondie du pays arabe ou kabyle, et nous ne savons rien au delà de ce qui a été mis sous nos yeux par les hasards de la pratique hospitalière. D'après des renseignements certains qui nous ont été fournis par des agents indigènes attachés à la police d'Alger, et qui, auparavant, avaient rempli les mêmes fonctions dans les communes mixtes ou en territoire militaire, ces dessins assez variés, souvent très dissemblables, constituent les caractères ethniques d'une tribu ou tout au moins d'une région déterminée. A des yeux exercés, les tatouages des membres suffisent pour retrouver leur origine; mais les profanes eux-mêmes peuvent porter un diagnostic facile à l'aide des dessins du visage : l'Arabe est marquée sur les joues et les tempes; la Kabyle orne la ligne médiane, le front, le menton et le cou.

D'ordinaire ces tatouages sont l'œuvre de professionnels de l'un et l'autre sexe qui se déplacent et font ainsi des trajets considérables pour exercer leur industrie. Ils travaillent en général fort vite, une ou deux heures à peine leur suffisent pour mener à bonne fin leurs dessins les plus compliqués. Leur salaire varie entre quelques piécettes et deux ou trois douros.

Il résulte des récits recueillis auprès de la plus grande partie de nos malades que la majorité de ces tatouages, les plus beaux surtout, ont été exécutés au cours de la seconde enfance, vers l'âge de huit à dix ans. Par suite de l'accroissement normal des téguments, il arrive souvent que l'aspect des dessins s'altère, sans s'effacer toutefois complètement; les surfaces bleuies se troublent, les lignes perdent leur régularité primitive.

Quant aux brûlures de cigarettes, nous avons dit qu'elles nous paraissent être l'apanage des prostituées et d'un petit nombre des individus qui les fréquentent. Elles se rencontrent exclusivement sur le membre supérieur, exceptionnellement au bras et à la main, presque toujours à la face antérieure ou dorsale de l'avant-bras, de préférence sur cette dernière. L'étendue en est variable; elle oscille depuis les dimensions d'une pièce de 20 centimes jusqu'à celles de 2 francs et au-dessus.

Il est peu d'exemples que ces blessures soient uniques; on en compte depuis deux ou trois jusqu'à vingt et même plus. D'habitude, elles sont disposées verticalement en rangées plus ou moins parallèles à l'axe du membre. Quelques-unes chevauchent et empiètent sur la circonférence des plaies voisines.

Toujours leur profondeur est considérable, la lésion dépasse les limites du derme et attaque le tissu sous-cutané. Il se forme ainsi des ulcérations saignantes, arrondies en cupules, à bords verticaux; la suppuration est à peu près constante, s'accompagnant de croûtes épaisses. La guérison ne s'effectue qu'avec lenteur et demande souvent deux ou trois septénaires et plus. Ce fait n'a rien qui puisse surprendre, car la victime, loin de demander un pansement quelconque, s'empresse d'enlever celui qu'on lui impose.

Il en résulte des cicatrices indélébiles, gaufrées, comparables au sceau imprimé par la chancrelle, alors que l'inoculation avait pour siège favori la face externe de la cuisse, où de basses températures concouraient à l'extension du virus chancreux. D'abord la teinte en est livide, puis elle tend définitivement à blanchir sur les peaux claires, tandis qu'elle conserve des colorations variables chez les sujets à pigmentation accentuée.

Ce qui ne laisse pas d'étonner, c'est l'indifférence profonde témoignée par les indigènes pour un mal dont ils sont les propres auteurs. L'aspect de ces stigmates indélébiles n'éveille en eux aucun regret. Ils se contentent de sourire quand on appelle leur attention sur ces plaies les plus récentes et les plus enflammées; pour eux, la douleur semble ne pas exister. D'ailleurs, ils se bornent rarement à une unique et première tentative.

On pourra voir, dans les quelques exemples que nous allons citer, pour quels motifs futiles, quelquefois même grotesques, l'idée de cette auto-cautérisation est suggérée.

Observation I. — Nos deux bras les plus pigmentés proviennent d'une fille arabe, Arthonia bent Mohamed, née à Orléansville, âgée d'un peu plus de vingt ans. Le membre droit est tatoué en mitaine, avec mailles losangiques, recouvrant un peu plus de la moitié inférieure de l'avant-bras; au-dessus s'étale un écusson également en losange, ainsi que deux fleurons analogues, plus petits, tracés à chaque extrémité du pli du coude.

A gauche, c'est une palme surmontant un dessin losangique du dos de la main, dont l'annulaire porte une bague indigène en métal blanc.

Les tatouages sont l'œuvre d'une vieille Mauresque qui en faisait métier : une heure a suffi pour exécuter tout le travail, dont le prix s'est élevé à 10 francs. L'enfant avait alors sept à huit ans. Plus tard, elle s'est fait percer les oreilles; l'opération a compris cinq véritables trous pour l'oreille gauche et quatre pour l'oreille droite, irrégulièrement espacés, un sur le lobule, les autres sur le pourtour du rebord cartilagineux.

On remarque six brûlures cicatrisées, à la face antérieure de l'avant-bras droit; elles ont été faites simultanément à Blidah, dans une maison publique, au cours d'une ivresse causée par l'anisette. Celles de l'avant-bras gauche ont été exécutées à Alger, à deux reprises et à plusieurs mois d'intervalle, les cinq plus anciennes pour une discussion avec la tenancière pendant une ivresse due encore à l'anisette. Les deux dernières ont été provoquées par le chagrin qui a suivi son incarcération au Dispensaire.

Obs. II. — Dabia bent Taharab, née à Beni-Mengueled, cercle de Fort-National (Kabylie), âgée de vingt-cinq ans environ, fille soumise depuis plus de six ans; jamais mariée. Ses tatouages, réprésentés par l'avant-bras droit de notre second tableau, avec anneau doré à l'index, remontent à l'âge de huit ans. Ils sont dus à une femme kabyle, dont c'était la profession, et qui a été payée 2 francs pour le dessin du bras et 1 franc pour celui de la figure. Ce sont des rangées de petits rectangles bleuâtres, disposés dans un ordre variable.

A deux reprises différentes, elle s'est fait simultanément six brûlures sur la face antérieure de l'avant-bras; les premières au Dispensaire, qui dépendait alors de l'hôpital libre de Mustapha, par colère de voir sa sortie différée; les secondes, toutes récentes, à Alger, pour le même motif.

Obs. III. — Fathma bent el Hadji, née de parents kabyles, âgée de dix-neuf ans, veuve à dix-sept, sans enfants. Reste près de deux ans chez les parents de son mari, puis refuse de se marier avec un membre de cette famille et va rejoindre sa mère. Celle-ci ayant été écrasée par une voiture, Fathma est entrée dans une maison publique de Mauresques, il y a environ quatre mois.

Tatouée aussi, il y a huit ou neuf ans, par une profession-

nelle. Les dessins représentent sur son poignet deux barres transversales crénelées ; ceux de l'avant-bras, de même style, rappellent les caractères hiéroglyphiques. Notre dessin représente l'avant-bras gauche, on remarque une bague avec chaton bleu sur le médius.

S'est brûlée après s'être enivrée avec de l'absinthe parce que ses camarades l'avaient fait mettre en colère. Ses brûlures, de cicatrisation toute récente, ont été faites en même temps. Elles ont une coloration lie de vie, sauf la plus petite et la plus élevée dont la croûte n'est pas encore tombée.

Obs. IV. — Ibanifa bent Mohamed, vingt ans (de Blidah). Quatre brûlures sur la face dorsale de l'avant-bras droit ; deux faites au Dispensaire de Médéah, datant d'un an environ, par chagrin d'y être entrée (grandeur d'une pièce de vingt centimes). Une, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, étant grise dans un café chantant; la dernière, fraîche encore, datant d'un mois, pour être restée longtemps au Dispensaire d'Alger.

Obs. V. — Ouria bent el Madani, dix-sept ans (de Boghari), cinq brûlures, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, datant de deux ans. Pour le plaisir de se brûler.

Obs. VI. — Fathma bent Konider ben Mohammed, vingt ans (de Bordj Menaiel). Une brûlure datant de huit jours, sur la face dorsale du poignet gauche, par colère d'être entrée au Dispensaire.

Obs. VII. — Aïcha bent Ahmed ben Mohamed (d'Azeffem), vingt-cinq ans. Sept brûlures à la face dorsale de l'avant-bras, datant de trois ans. Faites en état d'ivresse par l'anisette, en un seul jour, à son arrivée à Alger.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

1. M. Lefebvre. Contribution à l'étude de l'absence congénitale du péroné. — 2. M. Letailleur. Contribution à l'étude du sarcome des enfants. — 3. M. Derome. Ruptures de la sclérotique. — 4. M. P. Laurent. Des réactions chimiques de l'estomac (valeur clinique des procédés Hayem-Winter, Lescœur et Malibrand, P. Laurent). —5. M. P. Lenoir. Des insufflations d'air dans le traitement des péritonites tuberculeuses. — 6. M. Deléarde. Contribution à l'étude de l'actinomycose. — 7. M. Lebon. Contribution à l'étude des kystes à grains riziformes du poignet. — 8. M. Houriez. De la cirrhose alcoolique hypertrophique. — 9. M. Lemoine. Des effets physiologiques de la santonine et des accidents produits par son emploi abusif. — 10. M. Joubin. Contribution à l'étude du développement des canaux pancréatiques. — 11. M. Grouhel. Étude médico-légale des maladies post-traumatiques. — 12. M. Degroote. Sur quelques nouveaux cas de myélite grippale. — 13. M. Dubuisset. Contribution à l'étude de la hernie inguinale compliquée d'hydrocèle. — 14. M. Delabrousse. Quelques recherches sur les micro-organismes de l'air dans les hôpitaux de Lille. — 15. M. Candelier. Du curetage total de l'utérus comme méthode d'avortement provoqué. — 16. M. Chocquet. De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés d'arthrite sèche. — 17. M. A. Dubois. Des angines scarlatineuses. Leur traitement par le sérum de Marmorek. Considérations sur la nature streptococcique de quelques angines susceptibles de la même thérapeutique. — 18. M. Mahée. Contribution à l'étude des arthrites cervicales non tuberculeuses. — 19. M. Berquet. De la tuberculose pulmonaire; son étiologie générale (statistique de l'hôpital de Lille). — 20. M. Singer. Contribution à l'étude de l'urano-staphylorraphie. — 21. M. Briche. Étude sur une forme rare de fracture isolée du bassin. Fracture transversale du sacrum. — 22. M. Louart. De l'influence du courant continu dans les métrorragies. — 23. M. Méplaux. Étude de pathologie générale. Des rapports du sarcome dans l'inflammation. Nature inflammatoire du sarcome. — 24. M. Kaminsky. Étude sur la paralysie générale d'origine alcoolique à l'asile d'aliénés d'Armentières. — 25. M. Gugelot. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. — 26. M. Blaire. Contribution à l'étude de la phosphaturie. Sa valeur diagnostique et pronostique. — 27. M. Minet. Sur les tumeurs solides des tuniques du scrotum. — 28. M. Verny. Traitement des affections aiguës du poumon par la balnéation chaude. — 29. M. Ringot. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de méthyle. — 30. M. Léonidoff. De l'absinthe. Considérations générales sur sa composition, ses effets physiologiques et toxiques. Étude particulière de son action sur les fonctions de l'estomac.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 août 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin principal, M. Curet, médecin de première classe ; au grade de médecin de première classe, M. Dessemond-Sicard, médecin de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 20 août 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Carbonnier et Poret, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Normand, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Leymarie, pour le 50e d'infanterie; Sallet, pour le 131e d'infanterie; Oui, pour le 43e d'infanterie.

— Le syndicat des médecins de la Seine a adressé à la commission des patentes le résumé suivant des *desiderata* du corps médical :

1° Que la patente des médecins, actuellement fixée au quinzième de la valeur locative, soit dorénavant fixée d'après la valeur des locaux, servant à l'exercice de la profession, en excluant les pièces destinées au logement des femmes et des enfants; il est injuste d'imposer d'autant plus lourdement celui qui a d'autant plus de charges que sa famille est plus nombreuse ;

2° Comme conséquences le médecin qui a plusieurs domiciles ne sera soumis à la patente que pour le ou les domiciles où il exerce; l'enregistrement des diplômes donnant seul le droit d'exercer, la double patente ne sera plus imposée à celui qui déclare et prouve ne pas exercer dans chacun de ses domiciles;

3° Les chevaux et voitures servant à l'exercice de la profession seront considérés comme instruments de travail et non de luxe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baudré (du Neubourg); Damas (de Thiers); Jouslain, ancien maire de Saint-Jean-d'Angély ; Leclerc (de Martres-Tolosane); Sacqueépée (d'Argueil); Vanner (de Gannat) et Vaulot (de Saint-Dié).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion de 10 jours dans les Alpes, en Dauphiné et en Savoie* (organisée avec le concours de la Société des voyages économiques.

Départ de Paris, le 8 septembre 1896, retour à Paris, le 18 septembre 1896.

Itinéraire *:* Paris, Lyon, Grenoble, la Grande Chartreuse, le Bourg-d'Oisans, la Grave, le Col du Lautaret (altitude 2075 mètres), Briançon, le Col du Mont-Genèvre (altitude 1900 mètres), Oulx, le Mont-Cenis, Modane, Chambéry, Aix-les-Bains (le lac du Bourget et l'abbaye d'Hautecombe), Paris.

Prix : 1re classe, **320** francs ; 2e classe, **290** francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemins de fer; les

bateaux, voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions seront reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*
Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 98. — JEUDI 27 AOUT 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 27 AOUT 1896. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une demi-douzaine de membres dans la salle, autant de journalistes et un candidat dans la salle des Pas-Perdus, tel était l'aspect de l'Académie. C'est devant cet auditoire restreint qu'ont été faites trois intéressantes communications. C'est d'abord M. Lucas-Championnière, qui a appelé l'attention sur le rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales. Chemin faisant, M. Championnière a fait ressortir toute l'importance du traitement à prescrire aux obèses à ce point de vue.

M. Javal a fait un discours sur la dépopulation de la France. Il a commencé par combattre les théories néo-malthusiennes; puis il a passé en revue les diverses solutions proposées et a conclu à la nécessité d'une loi protégeant d'une façon vraiment efficace les familles nombreuses aux dépens des célibataires ou des gens mariés sans enfants.

Enfin, M. de Brun (de Beyrouth) a combattu l'opinion défendue par M. Zambaco relativement à l'aïnhum et à la lèpre, et il s'est appliqué à démontrer qu'il s'agissait là de deux maladies bien distinctes.

LA SÉROTHÉRAPIE

AU CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE NANCY

La question si actuelle du traitement des maladies infectieuses, par les différents sérums, était à l'ordre du jour du Congrès de médecine, qui vient de se tenir à Nancy. Étant donné le mouvement scientifique qui se fait autour de cette méthode nouvelle, son importance incontestée, la valeur des résultats acquis et surtout les espérances qu'elle fait naître, nous allons reproduire, dans leurs parties essentielles, les principales communications qui ont eu lieu sur ce sujet.

Tout d'abord, citons en première ligne les deux rapports, de M. Roger et de M. Haushalter, qui mettent au point les résultats acquis par la sérothérapie.

I

M. Roger étudie successivement les **applications des sérums sanguins au traitement des différentes maladies.**

1° *Charbon.* — Il se caractérise par l'apparition de la pustule maligne; c'est une affection rare, généralement bénigne, aussi jusqu'ici n'a-t-on eu à faire, chez l'homme, aucune tentative sérothérapique.

2° *Choléra.* — On peut préparer contre le choléra deux sérums : l'un qui agit sur l'élément vivant; l'autre qui agit sur la toxine. Dans les recherches de Metchnikoff, Roux et Taurelli-Salimbeni, les animaux traités ont survécu dans la proportion de 56 p. 100, et les témoins de 16 p. 100.

Ces résultats ouvrent la voie aux applications thérapeutiques.

Quelques tentatives ont été faites sur l'homme. Pendant l'épidémie de Hambourg, Freymouth a recherché les effets produits par le sérum des convalescents; après avoir reconnu que 1/2cc injecté dans le péritoine d'un cobaye préservait contre une inoculation de 4/5cc de culture virulente, il pratiqua des injections sur trois malades, mais les faits sont trop peu nombreux pour permettre une conclusion.

3° *Coli-bacillose.* — Le bactérium coli, hôte habituel du tube digestif, peut provoquer les maladies les plus diverses; c'est l'agent le plus commun des affections aiguës des voies digestives, des inflammations biliaires ou urinaires; souvent la cause d'infections générales, d'endocardites septiques, de septicémies, etc.

Or, Cesaris Demel et Orlandi ont montré que les produits solubles du bactérium coli sont capables de conférer l'immunité aux animaux et de rendre leur sérum thérapeutique. Tout récemment, MM. Albarran et Mosny ont annoncé qu'ils avaient vacciné des animaux dont le sérum immunise le cobaye contre une inoculation virulente pratiquée vingt-quatre heures plus tard.

Ces résultats sont suffisamment encourageants pour permettre des applications pratiques, notamment dans les infections urinaires; il sera plus difficile de se servir de ce sérum dans d'autres circonstances, car il n'est pas toujours possible, pendant la vie des malades, de savoir si les accidents sont dus au coli-bacille.

Les étroites analogies qui existent entre le bactérium coli et le bactérium d'Eberth ont conduit quelques expérimentateurs à rechercher si le sérum qui combat l'infection coli-bacillaire peut combattre l'infection typhique. Sanarelli a eu le mérite d'établir la vaccination réciproque par les deux bacilles; C. Demel et Orlandi ont reconnu que le sérum des animaux vaccinés contre le bactérium coli entravait l'infection typhique expérimentale; ils ont même fait

quelques essais sur l'homme et ont obtenu des améliorations en traitant, avec ce sérum, des malades atteints de fièvre typhoïde.

Ces résultats, malgré leur intérêt, ne doivent pas faire considérer le sérum anticoli-bacillaire comme le spécifique de la dothiénentérie.

4° *Ozène.* — Belfanti et Della Vedora ayant admis, ce qui est loin d'être démontré, que l'ozène était dû à un bacille analogue ou identique au bacille de la diphtérie, ont été conduits à essayer le sérum dans cette maladie. Trente-deux individus ont été soumis à la médication : il y eut seize guérisons et seize améliorations, dont quatre légères. Les auteurs ont dû faire en moyenne 30 injections de 10[cc] chacun.

Ces tentatives ont été reprises mais les améliorations obtenues ont été légères et passagères, nullement supérieures à celles qu'on observe à la suite de tout traitement augmentant la sécrétion nasale ; c'est peut-être là tout le secret de la méthode qui, en tout cas, peut ne pas être inoffensive, étant donné les hautes doses de sérum qu'il faut injecter.

5° *Lèpre.* — Quelques tentatives sérothérapiques ont été faites contre la lèpre ; Carrasquilla prétend avoir amélioré notablement quinze malades au moyen d'un sérum dont la préparation n'est pas indiquée : d'après cet auteur, on observerait le retour de la sensibilité, la disparition des taches, des œdèmes et des tubercules, la cicatrisation des ulcérations, etc.

6° *Morve.* — Peu de recherches ont été faites sur la sérothérapie de la morve ; Chenot et Picq, sur dix animaux inoculés, en ont guéri sept en leur injectant du sérum de bovidés, c'est-à-dire d'une espèce naturellement réfractaire à la maladie.

7° *Pneumococcie.* — G. et F. Klemperer ont fait les premières tentatives pratiques : après s'être injecté à eux-mêmes de 0,5 à 3[cc] de sérum de lapin vacciné, et avoir constaté ainsi l'innocuité du liquide, ils en injectèrent de 6 à 10[cc] à des malades atteints de fièvre typhoïde : le résultat fut nul. Ils opérèrent alors sur six pneumoniques, et, avec 4 à 6[cc] de sérum, obtinrent l'abaissement de la température ; deux fois la maladie fut arrêtée aussitôt. Dans une autre série de douze cas, G. Klemperer observa également des améliorations très marquées avec des doses variant de 5 à 10[cc]. Les faits ultérieurs, publiés par d'autres, ne sont pas moins encourageants. En réunissant les observations de ces différents auteurs, nous trouvons un total de trente-neuf cas ; une seule fois le résultat fut nul ; dans tous les autres cas, il y eut une amélioration très marquée : vingt et une fois la crise se produisit le lendemain ou le surlendemain de l'intervention ; et, dans plusieurs cas, elle fut précoce, au sixième et même au cinquième et au quatrième jour. Il est bien difficile, dans les faits de ce genre, de ne pas admettre une action favorable du sérum.

Ce n'est pas seulement le sérum du lapin qui peut être efficace, c'est également celui de l'homme ; M. Roger a reconnu avec M. Charrin que « l'injection au lapin du sérum sanguin de l'homme pneumonique obtenu par saignée au moment de la défervescence ou sept jours après, rend le lapin réfractaire à l'inoculation du pneumocoque et cela quatre jours et même onze jours après l'injection du sérum ». Audeoud a appliqué à l'homme ces résultats expérimentaux. Il injecta à deux malades du sérum provenant d'un pneumonique convalescent : dans le premier cas, deux injections amenèrent la crise au sixième jour ; dans le second, la maladie se termina au cinquième jour, quinze heures après la première injection.

Enfin, tout récemment, dans son rapport au Congrès de Rome, Maragliano annonçait qu'il avait obtenu trente-neuf résultats favorables par l'emploi du sérum d'animaux vaccinés ou de malades guéris.

Mais il faut bien se garder, dans les tentatives de ce genre, d'avoir recours à du sérum de chien qui, loin d'entraver l'infection, la favorise.

Il existe une observation de sérothérapie dans la méningite pneumococcique qui, pour être unique, n'en est pas moins encourageante.

8° *Streptococcie.* — Différents expérimentateurs sont arrivés séparément à des conclusions identiques : possibilité de vacciner les animaux contre le streptocoque ; possibilité de préparer un sérum efficace contre les infections streptococciques expérimentales.

Il était tout naturel, dès lors, d'essayer dans les maladies de l'homme le sérum antistreptococcique. La première tentative fut faite par Gramakowsky qui traita deux érysipèles ; le résultat fut peu encourageant, puisque l'un des deux malades succomba. Le 23 février 1895, nous rapportions, à la Société de biologie, deux succès obtenus dans le service de M. Charrin ; il s'agissait de femmes atteintes de fièvre puerpérale, dont l'une profondément infectée ; elles survécurent toutes deux. M. Roger continue ainsi : « Le mois suivant, nous signalions deux autres cas, et le jour même de notre deuxième communication, M. Marmorek annonçait qu'il avait traité avec succès quarante-six malades atteints d'érysipèle.

Nous avons immunisé les animaux au moyen de cultures streptococciques stérilisées par la chaleur.

On peut arriver aussi à conférer l'immunité au moyen de toxines obtenues par filtration des cultures sur une bougie de porcelaine. C'est à ce procédé qu'a eu recours M. Vinay.

Enfin, Marmorek injecte dans les veines des doses progressivement croissantes de cultures vivantes de son streptocoque si virulent.

Toutes ces méthodes sont évidemment bonnes. Le seul point qu'il faudrait rechercher actuellement, c'est si les sérums sont plus efficaces quand ils ont été préparés par l'un ou l'autre de ces divers procédés, et s'ils sont tous également inoffensifs. Or, on a vu le sérum préparé au moyen de cultures vivantes, provoquer, au point d'injection, des abcès et des plaques d'érysipèle. Le résultat tient à la persistance des streptocoques. Cet inconvénient n'est pas de nature à faire abandonner la méthode, mais il faut être prévenu de ce fait et prendre quelques précautions : attendre plus longtemps pour saigner les animaux ou filtrer le sérum sur une bougie de porcelaine. Pour mettre en évidence l'action du sérum, on a pensé qu'il fallait traiter surtout les cas d'érysipèle. C'est ce qu'a fait M. Chantemesse. Cet auteur s'est servi du sérum de Marmorek ; il l'a essayé sur 501 malades et la mortalité a été de 2,59 p. 100. En examinant les faits de plus près, on peut les grouper en trois catégories : la première, où le sérum employé avait une force de 1 p. 7000, mortalité : 1,68 p. 100 ; la deuxième, où le sérum n'est actif qu'à 1 p. 2000, la mortalité s'élève à 6,54 p. 100, c'est-à-dire monte beaucoup plus haut qu'avec les traitements ordinaires ; enfin, avec un nouveau sérum à 1 p. 30000, la mortalité tombe à 1,03 p. 100.

M. Bolognesi a fait remarquer que par les traitements les plus simples on arrive à des résultats aussi favorables ; dans

le service du regretté Juhel-Renoy, la mortalité n'a pas dépassé 3,5 p. 100, et, à certaines époques, elle est tombée à 1,21 et même à 0,9 p. 100.

Dans notre service de l'Hôtel-Dieu annexe, nous avons traité 597 érysipélateux; si nous ajoutons 12 autres cas observés depuis, nous arrivons à un total de 609 malades; or, nous avons eu 21 décès, ce qui fait une mortalité globale de 3,43 p. 100; si on retranche de ces chiffres 7 cas où la mort fut due à une infection surajoutée par le pneumocoque, la mortalité tombe à 2,29 p. 100, et l'analyse des observations établit, de plus, qu'avant trente-cinq ans, un adulte bien constitué ne meurt jamais de streptococcémie; passé cet âge, s'il succombe, c'est, le plus souvent, parce qu'il a une tare organique, particulièrement des lésions du foie.

Le sérum doit donc être réservé pour les cas graves, où il pourra rendre des services, pour les cas à rechute ou les formes prolongées, enfin pour l'érysipèle des nouveau-nés, bien que, dans ce dernier cas, il ne paraisse pas fort efficace. Peut-être, cependant, obtiendrait-on de meilleurs résultats en suivant le procédé indiqué par Denys, c'est-à-dire en injectant le sérum autour de la plaque érysipélateuse.

C'est surtout dans les septicémies chirurgicales et puerpérales que l'action du sérum mérite d'être étudiée.

La fièvre puerpérale est encore beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit habituellement. De 1884 à 1893, la statistique de la ville de Paris enregistre 3000 décès dus à cette cause; ce chiffre doit être encore au-dessous de la vérité, beaucoup de cas figurant sous d'autres rubriques.

Les résultats obtenus avec le traitement sérothérapique ont été fort disparates; il était facile de le prévoir, car le plus souvent on est intervenu trop tardivement, ou bien on s'est attaqué à des infections mixtes, ou bien on a employé des doses insuffisantes de sérum.

Des faits fort encourageants ont été rapportés par MM. Josué et Hermary, Jacquot, Marmorek, Chrobak, Vinoy, Denys et Leclef. Par contre, à la Société obstétricale de France (avril 1896), la plupart des accoucheurs ont relaté des observations assez décevantes. M. Charpentier avait, avec le sérum, une mortalité de 35 p. 100, MM. Bar et Tissier de 50 p. 100 des malades infectés.

Notre statistique, qui a incontestablement le défaut d'être trop restreinte, comprend 12 cas de fièvre puerpérale, qui peuvent se diviser en deux groupes : ceux où le traitement a été insuffisant, c'est-à-dire où l'on a injecté de trop faibles quantités de sérum; deux malades rentrent dans cette catégorie, l'une d'elles est morte. Dans les dix autres cas, le traitement, commencé parfois tardivement, a donné neuf guérisons et une seule mort. Sans doute, parmi ces malades, plusieurs auraient certainement guéri sans sérum, mais il en est quelques-unes chez lesquelles les phénomènes présentaient une gravité extrême; une, entre autres, où un maître incontesté, M. Pinard, appelé auprès de la malade, avait jugé la situation désespérée. Seulement, pour obtenir des effets thérapeutiques, il faut employer des doses considérables de sérum : introduire 60^{cc} par jour, 30 le matin et 30 le soir. Dans un cas, nous avons injecté sans inconvénient 300^{cc} en quatre jours; la malade, qui était dans le coma au moment de l'intervention, guérit et fut revue par nous dix mois plus tard; elle n'avait présenté aucun trouble à la suite de ce traitement intensif.

Les effets du sérum se font sentir sur les lésions locales et sur l'état général des malades.

Localement la plaie vulvaire se modifie : elle se déterge et prend un bon aspect; dans un cas où des fausses membranes tapissaient la vulve et le vagin, on vit ces exsudats, qui adhéraient d'une façon intime, se détacher facilement, absolument, comme lorsqu'on a injecté du sérum antidiphtérique dans les angines.

En même temps, l'état général s'améliore; les malades éprouvent un sentiment de bien-être; la peau devient moite. Les modifications de la température sont assez variables; dans quelques cas, la fièvre n'a pas été influencée; ailleurs, elle s'est abaissée progressivement ou brusquement. Le cas le plus curieux sous ce rapport est celui qu'a publié M. Jacquot : la malade, tous les soirs, avait un accès fébrile avec température de 40 degrés; on injecte le sérum et, le soir de ce jour-là, la température baisse ; mais c'est le lendemain matin qu'elle s'élève à 40 degrés; il y avait eu, en quelque sorte, un éloignement de l'accès qui s'est produit douze heures plus tard; on injecta alors le sérum, et, le soir, la fièvre avait cessé.

Dans un autre cas, le traitement avait été interrompu trop tôt; la température, qui avait cédé à une première injection, reprit le lendemain; le processus n'était donc qu'entravé; il faut des injections multiples pour amener l'arrêt définitif des accidents.

Enfin, chez tous les malades qui ont guéri, la convalescence, d'ordinaire si longue à la suite de la fièvre puerpérale, fut remarquablement courte.

Nous croyons pouvoir conclure, de nos observations personnelles, que le sérum antistreptococcique est un adjuvant utile dans le traitement de la fièvre puerpérale. Toutefois, nous ne croyons pas qu'il faille s'en servir à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique.

Seulement, pour obtenir des effets avec le sérum, il ne faut pas attendre le dernier moment : intervenir dès le début des accidents, injecter de hautes doses, combiner la sérothérapie avec les autres méthodes de traitement, voilà, selon nous, la ligne de conduite en face d'une fièvre puerpérale ou plutôt en face d'une accouchée qui fait de la fièvre.

Il va sans dire que, même dans ces conditions, on ne sauvera pas toutes les malades, et cela pour plusieurs raisons : l'une des principales, c'est que la fièvre puerpérale relève souvent d'une association bactérienne. Outre le streptocoque, on peut trouver le staphylocoque, le pneumocoque, le pneumo-bacille, le bacille du côlon, le vibrion septique, etc. »

On n'a pas encore étudié le sérum dans les cas de phlegmon diffus ou de suppuration streptococcique; il est peu probable qu'il doive se montrer efficace. On n'a aussi que peu de renseignements sur son rôle dans les broncho-pneumonies. Les résultats ont été assez incertains, ce qui n'est pas fait pour nous étonner, car on ne sait au juste quel est le rôle joué par le streptocoque dans les manifestations scarlatineuses, même dans l'angine.

9° *Tuberculose*. — MM. Richet et Héricourt ont fait les premiers essais de sérothérapie antituberculeuse en injectant du sang de chien dans le péritoine de lapins inoculés avec des cultures de tuberculose aviaire ou bovine : la quantité de sang transfusé variait de 16 à 41 grammes; la mortalité des témoins fut de 55 p. 100; la mortalité des transfusés, de 17 p. 100.

Bientôt, Bertin et Picq firent des tentatives analogues, avec du sang de chèvre, animal réputé réfractaire à la tuberculose; ils réussirent, en employant 2^{gr}5 par kilo, à

entraver ou arrêter le développement de la maladie.

On ne tarda pas à appliquer ces résultats à la clinique; Bertin et Picq, Bernheim, Lépine, se servirent du sang de chèvre, qu'ils injectèrent sous la peau ou dans les veines; Héricourt et Richet, Héricourt, Langlois et Saint-Hilaire, pratiquèrent des injections sous-cutanées de sang de chien et firent ingérer aux malades des confitures préparées avec le sang; on obtint ainsi un certain nombre de résultats qui parurent encourageants. Feulard observa une amélioration de l'état général des lupiques auxquels il injectait du sérum de chien et, dans trois cas, il obtint la régression de lésions locales. Enfin, M. Pinard se trouva bien de l'emploi du sang de chien chez les enfants issus de parents tuberculeux.

Malgré quelques résultats encourageants, l'usage du sang des animaux normaux ne devait pas conduire à une méthode définitive. Le chien, contrairement à ce qu'on avait cru autrefois, contracte facilement la tuberculose, même dans les conditions habituelles de la vie. Si la chèvre a paru rarement tuberculeuse, c'est simplement parce que la pathologie de cet animal a été mal étudiée et parce que les chances de contagion, étant donné son genre de vie, sont minimes. Mais il est très facile de tuberculiser expérimentalement les caprins.

Les seuls animaux qui possèdent une véritable résistance contre la tuberculose humaine sont les gallinacés; encore l'immunité n'est-elle pas absolue, puisqu'on réussit à leur transmettre l'infection dans un dixième des cas environ. Or, malgré leur résistance indéniable, ces animaux ne peuvent servir au point de vue sérothérapique; les recherches de Foa établissent que leur sang n'entrave nullement l'évolution de la tuberculose chez les rongeurs.

Ce sont surtout les recherches de Maragliano qui ont fait entrer la question dans la voie pratique.

Dans un travail récent, cet auteur a reconnu que les cultures tuberculeuses renferment deux sortes de substances toxiques : les unes, qu'on obtient en concentrant la culture à 100 degrés, sont représentées par les protéines, provenant du corps des bacilles; ce sont les substances qu'on trouve dans la lymphe de Koch; les autres, qu'on prépare en concentrant dans le vide à 30 degrés la culture filtrée sur la bougie de porcelaine, ce sont surtout des toxalbumines. Or, ce deuxième liquide a une action tout opposée à celle du premier : il fait périr les animaux dans le collapsus, tandis que la tuberculose provoque de l'hyperthermie.

Les animaux, qui doivent fournir le sérum, chèvres, ânes, chevaux, reçoivent des doses progressivement croissantes d'un mélange de trois parties du premier liquide et d'une partie du second. Au bout de six mois, l'immunisation est obtenue et, trois à quatre semaines après la dernière injection, on pratique la saignée. Le sérum a la propriété d'annihiler l'action toxique de la tuberculine. Chez l'homme tuberculeux, la dose de tuberculine qui donne la fièvre est neutralisée par 1^{cc} de sérum; après le traitement par le sérum, les tuberculeux deviennent insensibles à l'action de la tuberculine, même quand on emploie des doses dix fois supérieures à celles qui, au début, provoquaient des réactions.

La dernière statistique publiée par l'assistant de Maragliano porte sur un total de 422 cas, qui se répartissent de la façon suivante :

Aggravation et mort..........	8,25 p. 100.
État stationnaire.............	25,51 —
Amélioration.................	48,05 —
Guérison.....................	16,26 —

On peut donc dire que le sérum rend service dans 91,75 p. 100 des cas, mais il faut ajouter qu'il réussit surtout dans les formes apyrétiques.

Le traitement, qui produit ces résultats, consiste à injecter 1^{cc} tous les deux jours ; dans les cas fébriles, où il ne se produit pas d'abaissement de la température, on arrive aux doses de 5 et 10^{cc}; si la fièvre disparaît, on revient à la dose de 1^{cc}; on y revient même quand les hautes doses n'ont pas enrayé le processus fébrile. On devra arrêter en cas d'hémoptysie.

Un grand nombre de médecins se sont servis du sérum de Maragliano, et les observations qui ont été publiées sont assez favorables à la méthode.

Il serait évidemment prématuré de conclure que le sérum de Maragliano est le vrai spécifique de la tuberculose, qu'il est capable d'enrayer le processus morbide. De nombreux faits négatifs empêchent un pareil optimisme. Ce qu'il faut reconnaître, c'est que le médicament aux doses indiquées par l'auteur ne semble pas dangereux et est parfois efficace; son usage n'est pas à dédaigner, s'il réussit dans quelques cas.

10° *Fièvre typhoïde.* — Les premières tentatives de sérothérapie antityphique chez l'homme sont dues à MM. Chantemesse et Widal; elles ne donnèrent que des résultats négatifs.

En se servant de sérums d'animaux vaccinés contre le bacille typhique ou le coli-bacille, Cesaris Demel et Orlandi obtinrent des abaissements de température de 1 ou 2 degrés et une amélioration de l'état général : mais ces effets heureux n'étaient que passagers.

Klemperer et Lévy eurent recours au sérum de chiens vaccinés et en injectèrent 60^{cc} à cinq malades; ils avaient choisi des individus se trouvant à la première semaine de l'infection; la maladie fut bénigne et rapide dans les cinq cas; de telle sorte que les auteurs concluent que le sérum n'arrête pas l'évolution morbide, mais semble l'abréger.

C'est à peu près à la même conclusion qu'arrive Börger. Cet auteur s'est servi d'un sérum de mouton; il l'a injecté à douze malades; dans une première série de six cas, il introduisit 10 à 15^{cc} de sérum et, plusieurs jours après, répéta les injections de façon à employer de 20 à 30^{cc}. Dans les six autres cas, les doses furent plus élevées : 25 à 160^{cc} par injection, 55 à 200^{cc} en tout. Dans ces conditions, le traitement, commencé après le dixième jour, sembla inefficace; dans quatre cas où l'on intervint plus tôt, la défervescence se produisit du cinquième au huitième jour après le début des injections.

Enfin, dans une note toute récente, M. Chantemesse annonce qu'il a obtenu un amendement rapide dans trois cas de fièvre typhoïde, et que, sept jours après le début du traitement, les individus étaient revenus à l'état normal.

Il serait sans doute téméraire de tirer une conclusion de faits aussi peu nombreux. Il faut reconnaître cependant que les résultats sont déjà intéressants.

11° *Rage.* — Babès et Lepp ont reconnu qu'un chien, après avoir reçu, pendant six jours de suite, 5^{cc} de sang d'un chien vacciné, est devenu réfractaire à l'inoculation rabique; le résultat est semblable chez le lapin.

En se servant d'animaux fortement immunisés, on peut arriver à préparer un sérum d'une activité très grande.

Il y aurait avantage à substituer la méthode sérothérapique à la méthode pastorienne dans les cas où il faut agir rapidement. C'est la conclusion de Babès, notamment, qui,

dès 1891, a eu recours à cette thérapeutique et l'a employée avec succès chez des hommes qui avaient été mordus par des loups enragés. Seulement, dans les cas tout à fait graves, on pourrait avoir recours au sang d'hommes immunisés; car il semble démontré que le sang est plus actif quand il provient d'individus de la même espèce. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATION

Du rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, tout en admettant d'une manière générale que l'amaigrissement en vidant les orifices fibreux de la graisse qui les comble, peut favoriser la formation des hernies, estime que l'accumulation de la graisse est une cause bien autrement puissante de formation des hernies de toutes sortes.

Quelle que soit l'interprétation théorique, on constate le développement des hernies chez les jeunes sujets en voie d'engraissement pour toutes les variétés de la hernie. Pour la hernie épigastrique, déjà bien des auteurs avaient admis que la graisse jouait un rôle capital dans sa genèse. En outre, chez les opérés de la chirurgie abdominale, la production des éventrations est en coïncidence manifeste avec l'engraissement si commun chez eux.

M. Championnière a donné de tous ces faits des preuves dont il a pu constater la réalité dans ses nombreuses opérations de cure radicale de hernie. Il estime que, même en dehors de la cure radicale, les faits sont si communs et si importants pour la thérapeutique, qu'il est singulier qu'on n'y ait pas jusqu'ici prêté plus d'attention.

En effet, d'abord chez les jeunes sujets, on doit s'attacher à la prophylaxie de l'engraissement pour des raisons multiples, mais aussi pour éviter les hernies.

Les exercices gymnastiques doivent être favorisés. On devra seulement éviter pour eux les exercices athlétiques qui exigent les efforts les plus violents ou les longues suspensions du corps.

Le régime de ces sujets est très important. Il est inutile de le surcharger de viande ainsi qu'on le fait habituellement. La viande, associée à une nourriture végétale, favorise évidemment l'engraissement et il y a plus d'avantages à rationner le sujet qu'à l'encourager à consommer d'une façon exagérée les matières azotées.

La réduction de la boisson, au cours du repas, joue un rôle trop connu pour qu'on y insiste; mais l'alcool, dont on ne s'occupe pas assez en général, prend une part considérable à cet engraissement; et sa suppression est absolument indiquée, quelle que soit sa forme du reste. Beaucoup de sujets cessent d'engraisser aussitôt qu'on leur a supprimé le vin et les liqueurs.

Au régime alimentaire, il faut joindre les soins qui concernent l'évacuation des matières. Le sujet doit aller régulièrement à la selle. Des purgatifs légers, fréquents, doivent assurer l'évacuation complète de l'intestin. Les évacuations incomplètes et une sorte d'auto-intoxication par les résidus favorisent l'engraissement.

Les fonctions de la peau doivent être assurées par les bains d'air sec ou de vapeur. La régularité des fonctions du rein est de toute nécessité; c'est ce qui explique le bénéfice tiré de l'emploi des eaux indifférentes (Vittel, Evian, Contrexéville, etc.) ou des eaux qui peuvent aider à l'évacuation des sables et des urates.

Ce qui est vrai des sujets jeunes menacés par l'engraissement du développement d'une hernie quelconque, est plus vrai encore des opérés de chirurgie abdominale dont l'engraissement doit amener des éventrations. S'ils ne peuvent pas adopter une gymnastique aussi violente que celle des jeunes sujets, au moins doivent-ils rechercher le mouvement et les exercices nécessaires. Aucun exercice ne peut jouer dans le développement des éventrations un rôle comparable à celui des efforts de défécation ou des convulsions de la toux; on doit s'appliquer à éviter ceux-ci bien plus qu'à immobiliser le sujet.

Chez ces opérés, les soins des évacuations sont bien plus nécessaires encore, le régime est particulièrement difficile à établir. Le séjour au lit et le sommeil prolongé sous prétexte de forces à reprendre doivent être déconseillés.

Enfin, la tendance à l'engraissement peut être telle qu'il puisse y avoir des avantages sérieux à employer des médicaments déterminés.

Chez le sujet jeune et obèse, on doit toujours examiner les anneaux pour vérifier, même en l'absence de tout symptôme, s'il n'existe pas de hernie.

La hernie découverte, il faut savoir que ces sujets sont plus susceptibles de récidive que les sujets maigres; M. Championnière estime même qu'il faut bien se garder d'opérer à la légère tout sujet en charge de graisse. Faute de préparation ou de précaution, on peut lui faire une opération absolument inutile.

Au cours de l'opération, il faut supprimer toute la graisse qui occupe la région ou son voisinage.

Après l'opération, il faut suivre l'opéré de très près pour prévenir le retour de l'engraissement.

Pour le sujet jeune comme et surtout pour les sujets atteints d'éventration, il peut être absolument nécessaire de faire suivre un traitement préalable pour l'amaigrissement.

On peut le mettre ainsi dans de bonnes conditions au lieu de mauvaises; on peut même arriver à rendre opérables des sujets chez lesquels toute opération aurait été dangereuse et inutile. Par ses soins multiples, M. Championnière a obtenu d'excellents résultats.

Enfin, chez les hernieux obèses pour lesquels il n'y a pas d'opérations rationnelles à proposer, le traitement palliatif peut tirer du traitement de l'obésité des ressources considérables.

M. Championnière a observé des sujets dont la situation était véritablement intolérable avec des hernies irréductibles, dans l'impossibilité d'appliquer même un appareil de soutien et voyant leur hernie grandir sans cesse et sans cesse plus pénible. En leur faisant suivre un régime sévère, d'après les principes énumérés ci-dessus, en leur prescrivant des purgations répétées, en évacuant l'intestin régulièrement, méthodiquement, M. Championnière a pu leur rendre une vie très tolérable. Il y a plus, certaines hernies tout à fait irréductibles et douloureuses sont devenues peu sensibles, une portion considérable de la hernie a pu devenir réductible, et certains de ces sujets ont fini par tolérer des bandages qui leur ont apporté un véritable soulagement.

Ces notions relatives au rôle de la graisse dans la physiologie des hernies a, selon M. Championnière, une importance capitale; il est impossible de la méconnaître dans le traitement radical des hernies à tous les âges et dans toutes leurs formes. Il faut même, au cours de l'opération radicale, ne pas oublier les conditions anatomiques spéciales de la graisse exubérante, chargée de vaisseaux relativement importants. Souvent, les résultats de l'opération et certaines complications tiennent à la méconnaissance de ces conditions anatomiques.

M. TILLAUX, tout en appuyant ces conclusions, fait observer que ces faits sont bien connus depuis longtemps des chirurgiens.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait des recherches biblio-

graphiques sur ce sujet, mais il n'a pas trouvé de nombreux documents, sauf en ce qui concerne la hernie épigastrique.

M. TILLAUX rappelle que, dans son *Traité d'anatomie*, ces notions sont indiquées tout au long depuis des années.

LECTURES

L'aïnhum et la lèpre. — **M. H. DE BRUN** (de Beyrouth) ne partage pas l'opinion défendue par M. Zambaco et admet que la lèpre et l'aïnhum constituent deux maladies bien distinctes l'une de l'autre. Quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre, quelques rares cas d'aïnhum avec troubles trophiques concomitants sont les principaux arguments que font valoir les unicistes.

Ces arguments n'ont qu'une valeur médiocre. En effet, d'une part, les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et d'autre part ils siègent toujours *aux doigts* et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides indiquant : les unes, une infection plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux ; les autres, une localisation de la maladie, soit au niveau des nerfs, soit au niveau de la peau ou des muqueuses.

On a cité, il est vrai, des cas de lèpre localisée, pendant plusieurs années, à un pied ou à une main, mais ces cas sont loin d'être concluants ; et, outre que la lésion n'y a pas revêtu la forme aïnhoïde, la maladie, même dans ces cas, a toujours conservé son caractère infectieux se traduisant d'une façon discrète, il est vrai, mais cependant appréciable.

Dans l'aïnhum, au contraire, la constriction siège presque toujours sur le cinquième orteil, plus rarement sur le quatrième, plus rarement encore sur deux ou trois à la fois ; jamais au niveau des doigts. Les cas dans lesquels les doigts ont été atteints, décrits sous le nom d'aïnhum indigène, aïnhum congénital, n'appartiennent pas à l'aïnhum, mais font partie du groupe des amputations congénitales. La lésion caractéristique de l'aïnhum débute par un petit sillon au niveau du pli digito-plantaire, sillon qui s'enfonce lentement, régulièrement, avec une inexorable opiniâtreté, et qui, après avoir étranglé circulairement la base de l'orteil, comme ferait une ligature élastique, finit par l'amputer, sans s'accompagner d'ulcérations, de plaies, de fissures, d'hémorragie, de suppuration, sans retentissement général, et, le plus souvent, sans autre manifestation locale.

Reste le dernier argument des unicistes, tiré de l'existence, chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits ne prouvent pas l'identité des deux maladies. Ils prouvent simplement que l'agent pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, tout comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres agents infectieux, soit par sa présence même dans la trame nerveuse, soit par les toxines qu'il sécrète, une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques. Aller plus loin serait monopoliser au profit de la lèpre un ensemble de symptômes qui ne lui appartiennent pas en propre, qui ne lui appartiennent que quand et parce que ses nerfs périphériques sont intéressés, et qui peuvent appartenir également, au même titre et pour les mêmes raisons, à un grand nombre d'affections.

Sans doute nous ne savons rien encore de l'agent spécifique de l'aïnhum, et il est impossible de dire si la névrite qui le caractérise, la névrite cause probable de la stricture annulaire, dépend — comme la névrite pellagreuse, comme la névrite alcoolique, comme celle de l'ergotisme — d'une intoxication alimentaire, ou s'il faut y voir l'expression d'une infection bactérienne. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'examen bactériologique fait par M. Le Dantec a été négatif. Or, M. Zambaco ayant reconnu lui-même que « le bacille de Hansen est incontestable dans la lèpre mutilante pure », il paraît logique d'admettre que, puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'aïnhum, l'aïnhum ne doit pas être considéré comme une lèpre mutilante.

De la dépopulation de la France. — **M. JAVAL** signale l'existence de ligues malthusiennes en Hollande, en Angleterre et en France, et celles de ligues néo-malthusiennes. La signification du mot malthusianisme a été détournée de son sens réel. En effet, Malthus se bornait à conseiller de ne pas se mettre en ménage avant d'être certain de pouvoir nourrir ses enfants.

Le néo-malthusianisme répond, au contraire, à ce qu'on a l'habitude de désigner sous le nom de malthusianisme. Il engage ses adhérents à limiter le nombre des enfants.

D'accord avec M. Robin, M. Javal est d'avis que la fortune d'un pays réside non seulement dans le nombre en habitants, mais encore dans leurs qualités physiques et morales. Il est certain que des enfants mis au monde dans la misère, mal alimentés, mal instruits, sont moins bien armés que les autres pour la lutte de la vie.

On peut, à la rigueur, s'habituer au manque de vêtements, aux mauvaises conditions hygiéniques de l'habitation, mais ce à quoi on ne peut s'accoutumer, c'est au manque de nourriture. Or il existe de nombreuses familles qui se nourrissent d'une façon insuffisante. C'est là un très grand malheur au point de vue social.

Pour résoudre le problème du paupérisme, on a proposé bien des solutions. Les socialistes déclarent qu'il n'y a pas de raison pour que les uns manquent de tout, alors que les autres n'ont rien, et ils proposent de nourrir les enfants en commun. Cette solution doit être écartée, car elle grèverait le budget d'un milliard.

Il n'y a qu'une solution acceptable, c'est de frapper fortement ceux qui n'ont pas ou qui ont peu d'enfants, et qui, dans l'état actuel des choses, échappent à la plupart des charges. C'est ainsi que, si un père a un enfant chétif exempté de service, il paie la taxe militaire. Au contraire, celui qui n'a pas d'enfant ne paie rien. C'est là une offense au sens commun.

Un fils unique hérite à peu de frais des propriétés de ses parents. Il peut s'emparer des valeurs mobilières qui échappent au fisc. Si, au contraire, il y a plusieurs enfants, les frais d'héritage deviennent énormes.

En présence du péril certain créé par les ligues néo-malthusiennes et des nouvelles lois fiscales qui ne tiennent aucun compte des charges de famille, il faut reconnaître que les impôts écrasant les familles nombreuses font un mal énorme et rendent illusoires les institutions de prévoyance et le dévouement du corps médical.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats dont les noms suivent sont admis à concourir pour l'École de Bordeaux :

A Toulon : MM. Adam, Amigues, Augé, Bellile, Bernard, Bougenot, Bonis, Bourret, Bourges, Brengues, Erdinger, Favalelli, Gallet de Santerre, Garcin, Imbert, Lamoureux, P. Le Noir, Monier, Moruccy, Nicollet, Noc, Peraldi, Ch. Plomb, J. Plomb, Pouthiou, Ribot, Rolland, Tiché, Trautmann, Viala.

A Brest : MM. Balcan, Blanc, Caboureau, Carel, Cau, Cousyn, Ely, Étienne, Fichet, Gravot, Gronié, Guiot, Lerandel, Le Feuntrin, Le Gouaille, Le Hardy, Le Maout, L. Le Noir, Lesson, Lonjarret, Lorans, Lucas, Margery, Martin, Piouffle, Sibiril, Stapfer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lagneau, membre de l'Académie de médecine, et Roquebert (à Villeneuve-de-Marsan).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — SAMEDI 29 AOUT 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 29 AOUT 1896. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'aphasie; ses diverses formes; physiologie psychologique du langage.

Par M. le docteur Ch. Mirallié, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'étude de l'aphasie, bien que de date récente, a suscité déjà un grand nombre de travaux. Les résultats aujourd'hui acquis ont modifié considérablement les notions antérieures et permettent de se faire une conception nouvelle et toute différente des diverses altérations du langage. S'il reste encore un certain nombre de points obscurs ou litigieux, nous possédons cependant assez de faits précis, complètement examinés, pour établir des notions plus exactes, bases de travaux définitifs.

Actuellement, et c'est là un point sur lequel nous voulons dès maintenant insister, l'étude d'un aphasique s'est absolument transformée. A l'examen de la parole, sous ses diverses modalités, s'est adjoint l'étude systématique de la lecture, de l'audition, de l'écriture et de chacun de ces modes du langage sous ses diverses modalités (1). Cet examen s'impose à tout observateur, sous peine de n'offrir que des faits incomplets et par suite sans valeur absolue. Seul ce mode d'examen permettra d'avoir des observations superposables et par suite de trancher, par leur comparaison, les questions encore discutées.

Pour avoir toute sa valeur, chaque fait doit être appuyé sur une étude anatomique parfaite. Actuellement l'étude macroscopique a fait son temps; les auteurs en ont tiré tout ce qu'elle était capable de donner et ont pu, par elle, établir les grandes localisations cérébrales. Actuellement, un tel examen est notoirement insuffisant. Comme tous les organes, le cerveau doit être étudié au microscope. Mais ici il faut des méthodes spéciales : le cerveau est composé de fibres à directions différentes, s'enchevêtrant dans la masse de l'hémisphère ou descendant dans les portions sous-jacentes du névraxe. Il faut, de toute nécessité, suivre ces fibres dans toute leur étendue; il faut, en outre, faire des coupes très multipliées, car souvent il existe des foyers de ramollissement miliaire, dont le microscope révèle seul la présence et dont la situation sur un faisceau important peut compliquer ou éclairer la symptomatologie. La seule méthode à employer actuellement est donc la suivante : on devra débiter l'hémisphère en coupes microscopiques sériées, que recommande notre maître, M. Dejerine, et on colorera un certain nombre de coupes avec les méthodes classiques de Pal et de Weigert. Ainsi aucune lésion n'échappera et toute lésion, primitive ou secondaire, pourra être précisée et nettement topographiée.

(1) Il nous est impossible d'insister ici sur tous les détails de cet examen, dont nous avons donné le plan complet dans notre thèse inaugurale : *De l'aphasie sensorielle*, Paris 1896.

I

Historique. — L'histoire scientifique de l'aphasie commence aux travaux de Broca [1861] (1). Par deux autopsies, Broca démontre que la lésion de l'aphasie siège dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche.

Ces travaux suscitèrent de nombreuses recherches anatomiques qui divisèrent les médecins en deux camps : les uns admettant, les autres combattant la localisation de Broca. Ces divergences reposaient et s'expliquent par une analyse clinique incomplète des malades.

On se bornait uniquement à la constatation des troubles de la parole parlée, sans étudier les autres modalités du langage et sans différencier entre eux les troubles de la parole. Cependant Trousseau, dans ses remarquables leçons, insiste sur ce fait que l'aphasique ne comprend pas ce qu'il lit et qu'il est le plus souvent incapable d'écrire. « L'aphasique, bien que jouissant de toute la motilité de sa main, est impuissant à composer un mot avec la plume, comme il l'est à le composer avec la parole. » De Fleury (2) distingue deux variétés de troubles de la parole : à côté des malades qui ne peuvent prononcer les mots, il place à part ceux qui prononcent les mots, mais en les employant hors de leur sens : les premiers sont les aphasiques, les seconds sont aphrasiques.

Les auteurs anglais, Popham, H. Jackson, Ogles, distinguent de l'*aphasie ataxique*, aphasie de Broca, d'autres

(1) Broca. *Bull. de la Soc. anat.*, 1861.
(2) De Fleury. *Gaz. hebd.*, 5 mai 1865.

troubles du langage, se rapprochant de l'aphrasie de de Fleury, et qu'ils désignent sous les noms de *paraphasie* et de *jargonaphasie*. Ces troubles constituent l'*aphasie amnestique*. Bastian reconnaît le premier les altérations de perception du centre auditif. Gairdner distingue les aphasiques n'écrivant pas de ceux qui ont conservé la faculté de l'écriture et en fait deux espèces distinctes : l'une affectant, l'autre respectant l'idéation du langage.

Wernicke [1874] (1) fait accomplir un pas décisif à la question. A l'*aphasie motrice de Broca*, il oppose une forme complexe d'aphasie, l'*aphasie sensorielle*, où le malade, outre les troubles de la parole parlée, est incapable de comprendre les mots prononcés devant lui et de reconnaître la valeur des mots écrits ou imprimés; cette altération des diverses modalités du langage résulte de la destruction de la partie postérieure de la première temporale gauche, centre des images auditives des mots, centre régulateur du centre de Broca. Kussmaul [1876] (2) dédouble l'aphasie sensorielle de Wernicke : au type de Wernicke, il donne le nom de surdité verbale et donne le nom de cécité verbale à l'impossibilité de comprendre la valeur des mots écrits ou imprimés.

En 1881, Exner (3) croit pouvoir localiser le centre de l'agraphie, centre des mouvements de l'écriture, au pied de la deuxième frontale gauche; cette même année, notre maître, M. Dejerine (4), publie la première autopsie de cécité verbale et lui assigne pour siège le pli courbe gauche.

A cette époque, on se trouve donc en présence de quatre centres distincts. Comment ces centres fonctionnent-ils? Quelles sont leurs relations?

Les auteurs allemands, Wernicke, Kussmaul, Lichtheim, admettent l'intime union de ces centres, telle que toute lésion de l'un d'eux retentit sur tous les autres. Lichtheim, à côté de ces aphasies nucléaires, par lésion des centres, décrit les aphasies de conductibilité par lésion des faisceaux d'union entre ces centres. Enfin tous ces auteurs s'accordent pour nier l'existence du centre de l'agraphie d'Exner.

Charcot, au contraire, admet l'existence de quatre centres d'images, autonomes, indépendants. La lésion d'un centre entraîne la perte des images spéciales à ce centre, mais la lésion ne retentira sur les autres centres que d'une façon variable, suivant la formule psychique du sujet. Chacun de nous pour penser se sert plus spécialement d'un groupe d'images, qui prend la place prédominante dans le langage intérieur (théorie des visuel, auditif, moteur d'articulation, graphique) et, suivant que ce centre prédominant sera respecté ou touché par la lésion, le langage intérieur sera peu ou très altéré.

Une nouvelle période commence avec les travaux de notre maître, M. Dejerine (5). Successivement, par une série de travaux à la fois cliniques et anatomo-pathologiques, se complétant et s'éclairant réciproquement, M. Dejerine prend nettement situation dans le débat. Rejetant résolument la théorie de Charcot, il se range du côté de l'École allemande, dont il développe et complète la conception. D'abord il établit la distinction clinique entre les deux variétés d'aphasie motrice corticale et sous-corticale; il démontre l'existence de l'agraphie sensorielle et établit, pour la cécité verbale, deux formes comme pour l'aphasie motrice : cécité verbale ordinaire avec agraphie, cécité verbale pure. De cette série de travaux, M. Dejerine se trouve amené à conclure à l'intime union de tous les centres du langage et à l'impossibilité de concevoir un centre de l'agraphie. Il dégage enfin une conception générale nouvelle de l'aphasie, basée sur la clinique et l'anatomie pathologique. C'est cette conception que nous allons exposer et établir sur des faits.

II

Étiologie. — Nous serons très bref sur l'étiologie de l'aphasie. Vouloir indiquer toutes les causes possibles de l'affection nous obligerait à passer en revue toute la pathologie cérébrale.

D'une façon générale, on peut dire que l'aphasie résulte d'un trouble de fonctionnement permanent ou passager de l'un des centres du langage. Que la lésion détruise directement un de ces centres, qu'elle l'isole de ses connexions avec les autres centres du langage, qu'elle le sépare de la corticalité voisine, toujours, dans tous ces cas, on observera des altérations de l'un ou de tous les modes du langage : suivant la lésion, on observera telle ou telle modalité clinique, ainsi que nous aurons à l'exposer plus loin.

La destruction d'un centre du langage relève d'une altération localisée corticale de l'encéphale : hémorragie, ramollissement, gomme tuberculeuse ou syphilitique, tumeur; les altérations méningées, les exostoses agissent par le même mécanisme. Les troubles circulatoires relevant d'une altération directe (artérite) ou indirecte (embolie) des vaisseaux entraînent les mêmes phénomènes cliniques. De là les troubles du langage que l'on observe dans les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie), les maladies toxiques (goutte, diabète, urémie), les affections valvulaires du cœur (rétrécissement mitral). L'athérome, avec ses conséquences bien connues, sera la cause la plus fréquente de l'aphasie chez le vieillard.

Enfin, suivant la nature même de la cause, la lésion pourra être définitive, irrémédiable (thrombose, embolie), ou être passagère, mais plus ou moins sujette aux récidives (urémie).

III

Aphasie motrice. — On entend par aphasie motrice l'impossibilité de traduire sa pensée par la parole, alors que tous les organes nécessaires à la production et à l'émission des sons, lèvres, langue, voile du palais, larynx, ont conservé l'intégrité parfaite de leur motilité.

Quand on examine les malades atteints de cette affection, on s'aperçoit que, de par la clinique et l'anatomie pathologique, on peut les ranger en deux groupes :

1° Aphasie motrice vraie; aphasie motrice corticale ou de Broca. — L'aphasique moteur a perdu la faculté d'émettre spontanément les sons articulés, d'articuler les mots. Le degré de cette aphasie est très variable. Au degré le plus

(1) Wernicke. *Uber aphasische symptom complex*, Breslau 1874.

(2) Kussmaul. *Handbuch der speciell. Path. von Ziemssen*, Bd. XII.

(3) Exner. *Localisation der Functionen in der Grosshinrinde des Menschen*, Wien.

(4) Dejerine. In Th. Skwortzoff, *De la cécité et de la surdité des mots*, Paris 1881.

(5) Dejerine. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1880, 1891, 1892, 1893, 1895.

Dans cet historique, nous n'avons cherché qu'à établir les étapes et nous n'avons cité que les auteurs dont les travaux ont eu une influence décisive. On trouvera dans notre thèse la liste de tous les travaux publiés sur l'aphasie et dont nous avons pu nous procurer le texte original.

avancé, le malade ne peut émettre qu'une sorte de grognement sourd : « Mon, mon, mon. » D'autres fois, le malade répète certains mots indéfiniment, toujours les mêmes. Parfois, il s'agit de mots forgés de toutes pièces, n'ayant aucun sens (cousisi), parfois le malade émet un mot normal, mais ne peut prononcer que lui. Les mots *oui* et *non* sont assez souvent conservés et le malade les applique ordinairement à propos. Les jurons sont d'ordinaire bien conservés. A un degré moins avancé, le sujet n'a perdu qu'une certaine catégorie de mots, les noms propres, les verbes. En parlant, il s'arrête brusquement, incapable de trouver un mot. Si le verbe manque, la phrase est réduite à ses mots essentiels (style télégraphique), ou bien le verbe n'est émis qu'à l'infinitif (style nègre). Les cas les plus légers sont ceux où le malade a seulement de la difficulté à trouver certains mots et est obligé de faire effort pour les émettre. Ces diverses variétés peuvent exister à un stade quelconque pendant toute la durée de la maladie ; on peut les voir se succéder chez le même malade par ordre de gravité ascendante ou descendante, suivant que la lésion s'accentue ou s'améliore.

Suivant le degré de la lésion, suivant que l'aphasie motrice est plus ou moins accentuée, l'intonation des sons émis par le malade varie. Un malade incapable d'articuler un seul mot n'émettra qu'un grognement, toujours avec la même intonation, quelle que soit l'idée qu'il veut extérioriser : chez lui, l'intonation sera nulle. Le malade qui jouit de la possibilité d'émettre plusieurs sons, leur donnera, au contraire, une intonation en rapport avec l'idée qu'il veut émettre. En d'autres termes, l'intonation est en rapport avec la possibilité d'articulation ; le malade intonera d'autant mieux qu'il aura plus de sons à sa disposition et quiconque de ces malades sera réduit à l'émission d'un seul son, sera incapable de le moduler.

Le chant est remarquablement mieux conservé que la parole parlée. La plupart du temps, l'aphasique moteur peut chanter, sans trop altérer l'articulation des mots. Si on essaie, au contraire, de lui faire réciter ce qu'il vient de chanter, les paroles sans l'air, il en est complètement incapable ; de même, il lui est impossible de chanter sur un air donné des mots autres que les mots mêmes de la chanson : il y a donc une union intime entre l'air chanté et l'émission du mot. L'air est ordinairement conservé et l'articulation du mot chanté plus facile que celle du même mot parlé.

Dans la lecture à haute voix, dans la parole répétée, les troubles d'articulation sont les mêmes que pour la parole spontanée.

La lecture mentale est toujours altérée chez ces malades. Déjà Trousseau et Gairdner (1) avaient bien vu ce fait. Avec notre maître, M. Dejerine (2), nous avons démontré que l'alexie est un symptôme constant de l'aphasie motrice corticale. Le degré de cette alexie est d'ailleurs variable, suivant les cas et suivant l'époque de la maladie à laquelle est arrivé le malade. Au début de l'affection, la lecture est très altérée. Le malade, si on l'interroge, prétend qu'il comprend tout ce qu'il lit ; il achète son journal, il a sans cesse un livre à la main ; mais comme l'avait déjà vu Trousseau, il n'en tourne pas les pages ou même le tient à l'envers. Le plus souvent, il reconnaît son nom ; parfois aussi d'autres noms familiers, prénom, profession, noms de sa femme et de ses enfants. Pour les autres mots, le degré d'alexie est variable. Au degré le plus accentué, le malade ne reconnaît aucun mot ; le plus souvent, dans une phrase, il est frappé par un mot, le reconnaît comme dessin, par son aspect, et grâce à lui, devine le sens de la phrase ; il devine, mais ne comprend pas. A un moindre degré, le malade n'est arrêté que par certains mots rares, qu'il ne peut lire. Enfin on voit aussi des malades qui lisent tous les mots, mais ne les retiennent pas ; ils sont dans la condition d'un enfant qui voit un mot écrit pour la première fois ; le mot écrit ne réveille plus l'idée du mot. Ces malades oublient immédiatement tout ce qu'ils viennent de lire. Ces troubles de la lecture, très accentués au début de la maladie, peuvent persister assez intenses ; mais le plus souvent, ils s'améliorent progressivement, à mesure que l'aphasie motrice s'améliore elle-même. Mais l'alexie s'améliore plus vite que la parole et le malade récupère la faculté de comprendre la lecture, alors qu'il est encore aphasique moteur.

A une période plus avancée de l'affection, la cécité verbale tend, en apparence, à disparaître : les troubles de la lecture chez les aphasiques moteurs corticaux sont surtout des troubles latents. Ils ne frappent pas au premier abord, même un observateur attentif ; présente-t-on au malade une phrase banale, ordinaire, la plupart du temps il la comprend ou plutôt il la devine. Il est frappé par certains mots qu'il reconnaît comme dessin, mais il ne pénètre pas dans la structure intime du mot, il est incapable de le décomposer en ses éléments constituants, syllabes et lettres. Ces troubles de la lecture sont tout à fait différents de ceux que l'on observe chez les sensoriels. Nous croyons avoir été, avec notre maître, M. Dejerine, des premiers à attirer l'attention sur ces troubles latents de la lecture mentale, troubles dont Thomas et Roux (1) ont démontré la persistance, alors que le malade semblait guéri. Ces auteurs ont fait voir que ces malades qui avaient recouvré la lecture étaient incapables de reconnaître un mot quand on l'écrivait d'une façon autre que d'ordinaire (en syllabes ou lettres séparées, verticalement ou horizontalement). Les malades reconnaissaient le mot seulement en tant que dessin et non comme résultant de l'assemblage de telles et telles lettres. L'étude de ces faits est toute récente. On ne saurait donc aller chercher la trace de ces troubles ou leur explication anatomique chez les auteurs anciens, pour qui ils ont passé inaperçus. Les anciens étaient frappés des troubles grossiers de la lecture. Les troubles sur lesquels nous insistons ici n'ont rien à voir, ainsi que des autopsies l'ont montré à notre maître, M. Dejerine, avec une lésion du pli courbe : ils relèvent uniquement de la destruction de la troisième frontale.

Ces troubles de la lecture ne s'accompagnent jamais d'hémiopie, qui relève d'une lésion toute différente, comme nous le verrons plus loin.

L'audition est remarquablement mieux conservée que la lecture. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit et il est facile, par l'audition, de communiquer avec lui. Cependant le fonctionnement de ses images auditives n'est pas parfait et Thomas et Roux (2) ont montré que toujours il existait un défaut d'évocation spontanée des images auditives.

L'écriture doit être étudiée sous ses différents modes. Pour n'être pas agraphique, un aphasique doit pouvoir traduire *spontanément* par l'écriture *tout* son langage intérieur : un malade qui n'écrit spontanément que son nom est agra-

(1) GAIRDNER. *Arch. gén. de méd.*, août et sept. 1866.
(2) DEJERINE, MIRALLIÉ. Soc. de biol., 6 juillet 1895.

(1) THOMAS et ROUX. Soc. de biol., 6 juillet 1895.
(2) THOMAS et ROUX. *Bull. de la Soc. de biol.*, 16 nov. 1895.

phique ; un malade qui copie, mais n'écrit pas spontanément, est agraphique.

Ceci posé, étudions les divers modes d'écriture.

L'écriture spontanée, chez cette variété de malades, est abolie ; tous ces malades sont agraphiques. Spontanément, ils ne peuvent écrire que leur nom et plus rarement leur prénom, le nom de leur femme et de leurs enfants, et quelques mots exceptionnels très familiers : profession, lieu de naissance. Ordinairement ils n'écrivent que leur nom, et encore ils l'écrivent d'une façon spéciale, en signature, sans oublier le paraphe ; comparée à celle d'avant leur maladie, la signature n'a pas changé. Leur nom n'est pas pour eux un assemblage de lettres, c'est un emblème, un dessin personnel, intime, qu'ils tracent machinalement, sans pouvoir le décomposer en ses éléments constituants. Ces malades ne sont pas moins agraphiques. Ils sont incapables d'écrire toutes leurs pensées, par quelque procédé que l'on emploie : la plume à la main, avec une machine à écrire, à l'aide de cubes alphabétiques. Quel que soit le procédé employé, le malade est incapable de traduire son langage intérieur par l'écriture. Il écrira spontanément son nom propre, parfois de rares mots isolés, jamais des phrases entières, correctes, telles que l'on peut les attendre du degré d'instruction du malade.

La copie est conservée. Le malade copie le manuscrit en manuscrit, et l'imprimé en le transcrivant en manuscrit. Il copie donc l'imprimé en faisant acte intellectuel, comme il copiait avant sa maladie : l'image d'une lettre imprimée éveille l'image manuscrite correspondante, que le malade transcrit avec le cachet personnel de son écriture. En d'autres termes, et c'est là un point très important sur lequel nous aurons à revenir, en copiant le malade écrit l'imprimé en manuscrit, en faisant, par suite, exactement les mêmes mouvements qu'il aurait à faire s'il écrivait spontanément le même mot.

L'écriture sous dictée est abolie ou très altérée.

Le plus souvent, chez ces malades, il existe une hémiplégie droite par extension de la lésion à la zone motrice. Cette hémiplégie droite force le plus souvent à faire les essais d'écriture avec la main gauche. Le malade écrit alors ou en miroir, écriture normale de la main gauche (Durand) (fait rare et sans importance), ou le plus souvent en écriture ordinaire.

2° Aphasie motrice pure, aphasie motrice sous-corticale. — Observée anatomiquement par Charcot, Pitres et Dejerine, elle fut surtout bien différenciée cliniquement de la forme précédente, par Lichtheim et Dejerine.

Les troubles de la parole parlée sont absolument analogues à ceux que l'on observe dans la variété précédente. Le plus souvent, la perte de la parole parlée est très accentuée, le malade ne peut proférer aucun son articulé, mais seulement des sons inarticulés ; il n'a même pas quelques syllabes à sa disposition, tout le vocabulaire lui fait défaut. Cette altération de la parole parlée se montre identique dans la parole spontanée, la parole répétée et la lecture à haute voix.

Dans l'acte du chant, contrairement à ce que nous avons vu dans la forme précédente, l'air musical ne vient en rien en aide à l'articulation du mot ; le malade articule aussi mal en chantant qu'en parlant, et il est aussi difficile de le comprendre quand il chante que quand il parle.

Mais le malade a conservé la notion parfaite des mots qu'il veut prononcer, il sait parfaitement quels mouvements seraient nécessaires pour émettre le mot, mais il ne peut exécuter ces mouvements, bien qu'il ne présente pas trace de paralysie des organes phonateurs. Il jouit de l'intégrité absolue et complète des mouvements des lèvres, de la langue, du voile du palais, du pharynx et du larynx pour tous les mouvements ordinaires, mastication, déglutition, etc. ; mais il a perdu la faculté de combinaison des mouvements nécessaires à l'émission du son. Il a conscience du mot qu'il veut émettre ; mais il a perdu le fonctionnement spécialisé de ses organes en vue du langage, alors qu'il a conservé le fonctionnement de ces mêmes organes, pour tous les mouvements autres que ceux du langage. De tous les mouvements de ces organes, il n'a perdu que les mouvements associés, combinés en vue du langage. En d'autres termes, il a conservé intacte la notion des mots, et son langage intérieur jouit de toute son intégrité (Dejerine). Il n'a perdu que la faculté de l'extérioriser par la parole.

Aussi il serre la main autant de fois qu'il existe de syllabes ou de lettres dans le mot (Lichtheim) ; il fait autant d'efforts d'expiration que le mot contient de syllabes (Dejerine) : ceci prouve qu'il peut décomposer le mot en ses éléments, ce que ne pouvait faire le précédent. En outre, dans ses efforts pour parler, le malade se livre à une mimique infiniment plus complexe et plus parfaite que l'aphasique moteur cortical ; et il module d'une façon remarquable le son inarticulé qu'il émet ; l'intonation est chez lui remarquablement bien conservée, aussi parfaite que chez un individu sain.

La lecture est parfaite : le malade comprend tout ce qu'il lit, vite et bien, comme un individu normal, au prorata, bien entendu, de son degré d'instruction. Quel que soit l'artifice employé, il est impossible de déceler chez lui un trouble quelconque latent de la lecture.

L'audition est aussi parfaite, le malade comprend tout ce qu'on lui dit, il jouit de la possibilité d'évoquer spontanément toutes ses images auditives. Donc aucun trouble ni grossier, ni latent, de l'audition.

L'écriture est parfaite sous tous ses modes. L'écriture est le seul procédé dont le malade puisse se servir pour communiquer avec ses semblables. On le voit portant sans cesse une ardoise ou du papier. Veut-il émettre une idée, vite il l'écrit et correctement ; l'interroge-t-on, connaissant le résultat de ses vagues réponses, il n'essaie plus d'articuler des sons, il a recours à l'écriture et transmet ainsi sa réponse. L'écriture spontanée est parfaite, sans faute de syntaxe, sans omission de mot, en rapport avec l'éducation du malade. Il n'écrit pas des mots isolés, mais des phrases, comme le ferait un individu normal. L'écriture spontanée est donc parfaite.

L'écriture sous dictée est aussi parfaite ; de même pour l'écriture d'après copie : le malade copie le manuscrit en manuscrit et l'imprimé aussi en manuscrit.

Enfin, notons que, comme dans la variété corticale, il peut exister de l'hémiplégie droite, par extension de la lésion à la zone motrice.

L'existence de cette variété d'aphasie a été discutée par Freud et par M. Pitres (1), qui la placent en dehors de l'aphasie, dans le groupe des dysarthries. Pour M. Pitres, la lésion, immédiatement sous-jacente à la troisième frontale, donnerait une symptomatologie impossible à distin-

(1) Pitres. Congr. de méd. int., Lyon 1894.

guer cliniquement de l'aphasie motrice corticale. Le syndrome de l'aphasie sous-corticale, tel que nous l'avons décrit et dont M. Pitres reconnaît l'existence clinique, relèverait « d'une lésion siégeant au niveau de la capsule interne ou à l'origine des irradiations capsulaires; ce n'est pas de l'aphasie véritable, c'est un trouble de l'articulation, de la dysarthrie ou de l'anarthrie ».

Nous ne saurions accepter de telles conclusions.

M. Pitres soutient que les aphasies motrices dont la lésion siège immédiatement au-dessous de la substance grise de la troisième frontale, présentent exactement la même symptomatologie que la lésion même de la troisième frontale, et il appuie cette opinion sur les faits de Juhel-Rénoy et Revilliod (1), de Garcia Levin (2) et de Edinger (3). Or, dans les deux premiers cas, il n'est pas fait mention de l'état de l'écriture, et, par suite, ces observations n'ont plus aujourd'hui aucune importance, puisque la conservation de l'écriture spontanée est la caractéristique prédominante de cette variété d'aphasie. Dans le cas d'Edinger, outre qu'il n'est pas question de l'écriture, il existait une paralysie double de l'hypoglosse : ce cas n'a donc rien à voir avec l'aphasie motrice sous-corticale. Par suite, l'affirmation de M. Pitres manque de base clinique.

L'aphasie capsulaire de M. Pitres « où le langage est bredouillé, indistinct », repose sur une observation de Banti, dont le malade ne savait ni lire, ni écrire (observation nulle par suite et sans valeur), et sur deux cas de M. Dejerine. Dans ces deux cas, M. Dejerine signale des faisceaux dégénérés dans la capsule interne, mais non pas des foyers primitifs; et cette dégénérescence relève de foyers sous-corticaux. L'existence de foyers primitifs capsulaires n'est donc pas établie, et la base anatomique de la théorie du professeur de Bordeaux fait défaut.

La conception de M. Pitres est donc purement hypothétique, appuyée sur aucun fait précis et contraire à tout ce que nous savons actuellement sur l'aphasie.

Au point de vue nosographique, M. Pitres veut ranger ces faits dans la dysarthrie. Mais, par définition même, ce mot implique l'existence d'un trouble moteur, dont relève la perte de l'articulation des mots; et nous avons insisté sur ce fait que, dans l'aphasie motrice sous-corticale, la perte de l'articulation était indépendante d'un trouble des organes phonateurs : lèvres, langue, voile du palais, pharynx et larynx. M. Dejerine a observé, dans deux cas, une paralysie de la corde vocale droite; mais ce n'est pas, jusqu'à présent du moins, un symptôme constant; et en tout cas, le reste de l'appareil phonateur était intact. Qu'une lésion capsulaire du segment moyen de la capsule interne (Pitres) donne de la dysarthrie, nous l'acceptons parfaitement; mais par paralysie de l'hypoglosse; et ce fait rentre, comme forme atténuée, dans le groupe des pseudo-bulbaires. Il reste à démontrer, et c'est ce que ne prouve pas M. Pitres, qu'une lésion capsulaire puisse donner le syndrome de l'aphasie motrice sous-corticale, sans paralysie. Jusque-là nous nous refusons à admettre le terme de dysarthrie pour désigner ces cas. Si le malade ne parle pas, par suite d'un trouble de motilité de ses organes phonateurs, il est dysarthrique ou anarthrique et rentre dans le groupe de la paralysie pseudobulbaire. Si l'impossibilité d'articuler les mots est indépendante de toute paralysie des lèvres, de la langue, du voile du palais, du larynx et du pharynx, on ne peut la considérer comme une dysarthrie, et jusqu'à plus ample informé, nous lui conservons le nom d'aphasie motrice sous-corticale.

Nous reconnaissons volontiers que l'anatomie pathologique de l'aphasie motrice sous-corticale a besoin d'être revisée. Elle a été constituée à une époque où l'étude macroscopique des lésions était seule en usage. Actuellement, cette méthode a donné tous les résultats qu'on pouvait en attendre et ne peut donner que des résultats insuffisants. L'examen microscopique sérié du cerveau s'impose, et souvent les résultats précis que donne cette méthode sont en contradiction avec ce que semblait donner l'examen macroscopique le plus consciencieux : on trouvera dans notre thèse un cas typique de ce fait. Il est donc indispensable, pour préciser l'anatomie pathologique de cette variété d'aphasie motrice sous-corticale, d'attendre de nouvelles observations, de les examiner systématiquement au microscope, et alors seulement nous pourrons nous faire une idée exacte de leur position nosographique; c'est pour cette raison, pour ne rien préjuger et par analogie avec la cécité verbale pure, où la lésion aujourd'hui bien démontrée est nettement corticale (Dejerine, Redlich, Wylliem), que nous lui donnons le nom d'aphasie motrice pure.

IV

Aphasie sensorielle. — Décrite par Wernicke (1874), l'aphasie sensorielle fut démembrée par Kussmaul, en cécité verbale et surdité verbale.

Un premier point est donc à résoudre. Y a-t-il *une* ou *des* aphasies sensorielles. L'étude clinique des malades montre que, dans toute lésion de la zone sensorielle du langage, il existe toujours des phénomènes de cécité et de surdité verbales, avec prédominance parfois sur l'un des centres. Parfois les phénomènes se montrent aussi intenses, aussi permanents, du côté de l'un et l'autre centre; parfois un seul centre paraît touché; les phénomènes relevant de la lésion de l'autre centre sont très atténués et plus ou moins latents. Mais quand on étudie les malades et qu'on peut les suivre dans leur évolution, on se rend compte facilement qu'il n'existe *qu'une* aphasie sensorielle, dont la cécité et la surdité verbale ne constituent que des reliquats, des formes d'évolution.

L'aphasie sensorielle peut se constituer d'un seul coup ou par attaques successives.

Aphasie sensorielle vraie. — A la période d'état, tous les modes du langage sont altérés.

La surdité verbale domine la scène clinique. Le malade ne comprend rien de ce qu'on lui dit; les mots ont perdu tout sens pour lui. Il se trouve dans la condition d'un individu transporté dans un pays étranger dont il ne comprend pas la langue : il entend bien qu'on parle, mais il ne comprend pas le sens des mots.

Au premier abord, il fait l'impression d'un sourd fieffé; et cependant son acuité auditive est normale et il entend parfaitement les bruits les plus légers, tic-tac d'une montre, etc. Il entend les sons, il a perdu la faculté de rattacher au mot articulé son sens conventionnel.

Le degré de cette surdité verbale est variable. Parfois le malade ne reconnaît aucun mot. Le plus souvent il recon-

(1) Revilliod. *Bull. de la Soc. anat.*, 1881.
(2) G. Levin. *Idem.*
(3) Edinger. *Deuts. Med. Wochens.*, 1886.

naît son nom, plus rarement son prénom, et quelques mots familiers : prénom, nom de sa femme, de ses enfants, profession, etc. Parfois la surdité verbale est incomplète ; le malade comprend, au milieu du discours, certains mots qui lui font deviner le sens général de la phrase.

Chez les polyglottes, la surdité verbale peut porter uniquement sur une langue. D'une façon générale, c'est la langue la plus familière au malade, celle dont il se sert le plus, qu'elle soit sa langue naturelle ou qu'elle soit d'acquisition plus récente, qui disparaît la dernière (Pitres, Dejerine) ; c'est elle aussi qui réapparaît la première, quand le malade s'améliore.

Enfin, dans certains cas, le malade peut perdre complètement l'audition musicale.

La cécité verbale est à la leeture ce que la surdité verbale est à l'audition. Le malade est dans l'impossibilité de lire ; les mots écrits n'ont pour lui aucun sens, « il n'y voit que du noir sur du blanc ».

L'acuité visuelle du malade est parfaite ; il distingne parfaitement les contours, les détails des lettres, mais il n'en comprend plus la signification. Il ne peut passer du mot écrit à l'idée qu'il représente.

Parfois le malade ne comprend aucune lettre (cécité littérale) ; parfois il reconnaît les lettres, mais ne peut les assembler ni en syllabe (asyllabie), ni en mot (cécité verbale). Dans l'immense majorité des cas, le malade a conservé la faculté de reconnaître son nom, plus rarement son prénom, et quelques mots familiers.

Dans les formes moins intenses, le malade peut lire certains mots, et deviner par eux le sens de phrases simples.

Cette cécité verbale porte à la fois sur l'imprimé et sur le manuscrit.

Dans cette variété d'aphasie sensorielle, le malade ne peut pas plus lire les lettres et les mots, en en suivant la trace avec les doigts, que par la vue seule.

Cette cécité ne porte qu'incomplètement sur les chiffres dont la compréhension est relativement beaucoup mieux conservée.

Un tel malade a aussi conservé la compréhension des emblèmes. Un de nos malades, observé chez notre maître, M. Dejerine, incapable de lire les lettres R. F., prononçait immédiatement les mots « république française », quand on les encadrait d'un cartouche. Ces malades jouent parfaitement aux cartes, aux dames, aux dominos. Ils reconnaissent la valeur des lettres employées dans leur commerce pour indiquer les prix des objets aux initiés (marques des maisons).

En résumé, ces malades n'ont perdu que la faculté de rapprocher du signe conventionnel, écrit ou imprimé, sa valeur correspondante dans le langage ordinaire.

Freund a décrit, chez les sensoriels, un autre trouble du langage qu'il a désigné sous le nom d'aphasie optique. Le malade, quand on lui présente un objet, est incapable d'en donner le nom ; mais, si on lui permet de le palper, le goûter, le flairer, immédiatement il prononce ce nom. La vue seule est insuffisante pour réveiller l'image motrice du mot ; les mémoires tactile, gustative, olfactive peuvent, au contraire, réveiller cette image.

A cette aphasie optique se lie, le plus souvent, la cécité psychique. Le malade ne reconnaît plus les objets, ni les personnes ; il s'égare dans son quartier, ne sait plus se diriger dans les pays qu'il connaissait jadis ; les membres de sa famille lui deviennent étrangers ; il se trouve dans la situation d'un enfant qui voit des objets ou des personnes pour la première fois.

Chez ces malades, la parole, sous tous ses modes, est toujours très troublée.

L'état de la parole spontanée est variable suivant les cas. Rarement le malade n'a à sa disposition que quelques mots : cette aphasie motrice est rare dans la forme qui nous occupe et de nouvelles recherches seraient nécessaires à ce sujet.

Plus souvent, le malade jouit de la possibilité d'articuler tous les mots ; mais il les applique à tort et à travers, en dehors de leur sens (paraphasie) ; tous les mots émis par le malade sont des mots existants dans la langue, mais il les assemble de telle manière que la phrase devient incompréhensible : cette variété de troubles de la parole, paraphasie pure, est rare ; M. Dejerine n'en a vu qu'un seul cas.

D'ordinaire, à cette paraphasie, se joint la jargonaphasie. Outre que le malade détourne les mots de leur sens, il en forge d'autres de toutes pièces, mots n'ayant aucun sens dans aucune langue.

Il est à remarquer, et nous en avons cité dans notre thèse (1) un exemple très démonstratif, recueilli par M. Dejerine, que ces troubles du langage sont moins accentués pour les phrases banales de la politesse vulgaire, que quand le malade veut émettre spontanément des idées complexes.

Cette association de la paraphasie et de la jargonaphasie est caractéristique de l'aphasie sensorielle vraie.

Contrairement à l'aphasique moteur, qui ne peut articuler que quelques mots, l'aphasique sensoriel est un verbeux, un prolixe ; il met vingt mots là où il n'en faudrait qu'un. Il peut articuler tous les mots ; toutes ses images motrices d'articulation sont intactes, mais elles ne sont plus réglées, maîtrisées par le centre auditif ; le malade n'a plus conscience des mots qu'il émet, il n'entend plus sa voix.

Que l'on joigne, à ce trouble du langage parlé, la perte de la compréhension des mots entendus ou lus, et l'on comprendra facilement comment ces malades ont été si longtemps confondus avec les aliénés, dont ils ont été séparés par Baillarger et Wernicke.

Parfois, dans le chant, l'articulation des mots est mieux conservée [Mirallié (2)] ; le plus souvent, la paraphasie avec jargonaphasie s'y montrent comme dans la parole spontanée.

Le nom du malade n'est pas pour lui d'émission plus facile qu'un autre mot. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

La parole répétée est très défectueuse. Les troubles du langage sont les mêmes que pour la parole spontanée, et, en outre, le malade ne comprend pas le sens des mots qu'on lui dit de répéter.

Dans la lecture à haute voix, les altérations sont identiques.

Au contraire, la prononciation des chiffres est souvent moins altérée que celle des lettres et des mots.

Chez les aphasiques sensoriels, l'écriture est toujours très troublée à la période d'état. Pour ces malades, les troubles de l'écriture sont beaucoup plus faciles à étudier que chez les moteurs, car ils ne présentent pas de paralysie du bras droit.

D'ordinaire, le malade ne peut tracer spontanément, sur le papier, que des traits informes, sans aucun sens, où il est impossible de retrouver le rudiment d'aucune lettre.

---

(1) Mirallié. Th. de doct., Paris 1896, p. 43.
(2) Mirallié. Loc. cit., p. 44.

Le plus souvent, l'écriture du nom propre est conservée, plus rarement du prénom et de quelques mots familiers. En écrivant son nom, le malade l'écrit rapidement, sans hésiter, d'un trait, sans oublier le paraphe. Il signe. Il donne sa signature en tant qu'emblème, mais non comme ensemble de lettres. Il est incapable d'écrire isolément l'une des lettres de son nom. Il en donne l'ensemble, bien net, aux lettres bien formées ; si on l'arrête pendant qu'il écrit son nom, il est incapable de se reprendre, il préfère recommencer en entier. Un tel malade n'en est pas moins agraphique total : il n'écrit que son nom ; il est incapable d'écrire spontanément une seule lettre ; et, quoi qu'on lui demande d'écrire, il ne trace que son nom ou l'ébauche de son nom.

Exceptionnellement, le malade semble écrire couramment, facilement ; mais il trace des mots qui ne correspondent pas à sa pensée (paraphasie en écrivant), ou des mots sans aucun sens (jargonaphasie en écrivant). D'ailleurs, le malade, atteint de cécité verbale, est incapable de comprendre ce qu'il écrit, et, par suite, de rectifier.

L'écriture des chiffres est mieux conservée que celle des mots et des lettres.

L'écriture sous dictée est impossible. Le malade ne trace que des traits informes, ou écrit des mots les uns pour les autres, ou des mots forgés de toute pièce.

La copie présente des caractères intéressants, et doit être étudiée successivement pour l'imprimé et pour le manuscrit. Le malade copie en suivant trait pour trait le modèle, servilement, comme un dessin, comme on copierait du sanscrit ou du chinois. Il copie l'imprimé en imprimé et le manuscrit en manuscrit.

L'hémiopie homonyme latérale droite constitue un symptôme fréquent, presque constant, de l'aphasie sensorielle. Le malade a perdu la moitié droite de son champ visuel. Cette hémiopie n'a rien à voir avec la cécité verbale dont elle est indépendante. Elle tient, comme nous l'expliquerons à l'anatomie pathologique, à ce que la lésion corticale qui donne naissance à la cécité verbale a gagné la profondeur et coupé les radiations de Gratiolet.

Le plus souvent, cette hémiopie ne gêne pas le malade, qui l'ignore ou s'en aperçoit par hasard.

A l'hémiopie peut s'ajouter l'hémiachromatopsie qui, d'après notre regretté collègue Vialet (1), apparaîtrait la première en date.

Les aphasiques sensoriels jouissent de l'intégrité de leurs mouvements, à moins que la lésion n'empiète sur l'aire motrice.

L'intelligence est toujours touchée. Par la perte simultanée de l'audition, de la lecture, de la parole et de l'écriture, ces malades se trouvent séparés de tout commerce avec leurs semblables. L'affaiblissement intellectuel est plus marqué que chez l'aphasique moteur.

Ce défect intellectuel se traduit dans la mimique qui est toujours moins expressive que chez l'homme sain.

Aphasies sensorielles pures. — Les centres sensoriels du langage sont au nombre de deux, comprenant, l'un les images visuelles, l'autre les images auditives ; aussi les formes pures de l'aphasie sensorielle, relevant de l'isolement de l'un de ces centres d'avec les centres généraux visuel ou auditif, constitueront deux formes bien nettes.

(1) Vialet. *Les centres cérébraux de la vision*, Th. de doct., Paris 1893.

1° *Cécité verbale pure de Dejerine.* — La cécité verbale pure, observée cliniquement par Westphal et Charcot, a été bien différenciée au point de vue clinique, et surtout localisée anatomiquement par notre maître, M. Dejerine (1).

La cécité verbale domine la scène clinique. Le malade ne comprend rien, sauf son nom et quelques rares autres mots familiers, aux mots imprimés ou écrits qu'on lui présente. Ces troubles de l'écriture ont les mêmes conséquences que dans la forme précédente ; le malade copie mécaniquement, servilement, l'imprimé en imprimé, le manuscrit en manuscrit ; de même il est incapable de lire à haute voix. Mais, contrairement à ce que nous avons vu dans l'aphasie sensorielle vraie, la parole spontanée et répétée est parfaite, il n'existe pas trace de surdité verbale, et l'écriture sous dictée se fait comme à l'état normal. Enfin l'écriture spontanée est parfaite. Si le malade copie mécaniquement, servilement, s'il est incapable de comprendre par la vue seule les mots écrits, il les reconnaît parfaitement en suivant du doigt leur tracé : il comprend donc ce qu'il écrit, par le fait même qu'il trace les lettres et pour les avoir tracées : il lit en écrivant.

Ordinairement, la cécité verbale est complète, à la fois littérale et verbale ; la compréhension des chiffres peut être conservée (Dejerine) ou disparue (Redlich). Le malade peut faire toutes les opérations d'arithmétique (contrairement au sensoriel vrai). Son intelligence est intacte et la mimique est parfaite. Dans tous les cas, l'hémiopie homonyme latérale droite s'est montrée. L'existence clinique et anatomique de cette variété d'aphasie établie par M. Dejerine, a été confirmée par les observations de Wyllie et de Redlich.

2° *Surdité verbale pure.* — La surdité verbale pure n'est bien connue qu'au point de vue clinique. Le malade ne comprend rien de ce qu'on lui dit, sauf son nom. Il entend les mots en tant que bruits, mais non comme sons différenciés du langage. Par suite, il est incapable d'écrire sous dictée ou de répéter les mots qu'on prononce devant lui. Mais la parole spontanée est parfaite ; il ne présente pas trace de cécité verbale, ni d'hémiopie ; il copie comme l'individu sain, l'imprimé en manuscrit, le manuscrit aussi en manuscrit, et avec les caractères de son écriture ordinaire. La lecture à haute voix est parfaite. Enfin, le malade peut traduire spontanément par l'écriture toutes ses pensées.

L'intelligence est parfaite et la mimique absolument normale.

Aphasie complexe, totale. — Si l'aphasie motrice, si l'aphasie sensorielle peuvent exister isolément, il est facile de comprendre que ces deux variétés cliniques peuvent se montrer chez le même malade. Parfois, elles se produisent successivement, par deux attaques, et, à une des variétés primitives, vient s'ajouter l'autre variété. Parfois une seule lésion entraîne du même coup la perte totale du langage.

Les troubles de la parole sont ceux que l'on observe dans l'aphasie motrice vraie. La cécité et la surdité verbales sont très prononcées, comme dans l'aphasie sensorielle, beaucoup plus accentuées que dans l'aphasie motrice.

L'écriture spontanée et sous dictée est abolie. D'après copie, le malade écrit comme le sensoriel, en transcrivant l'imprimé en imprimé, le manuscrit en manuscrit.

Le plus souvent il existe une hémiplégie droite. L'hémiopie homonyme latérale droite peut se montrer.

(1) Dejerine. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1892.

L'intelligence est très altérée. La mimique est presque abolie.

VI

Évolution. — L'évolution clinique de ces diverses formes d'aphasie, leur pronostic est extrêmement variable, suivant les cas.

Le mode de début est variable. L'affection, qu'il s'agisse de la forme motrice ou de l'aphasie sensorielle, peut s'établir brusquement, tout d'un coup, avec ou sans perte de connaissance. Elle peut, au contraire, s'installer graduellement, d'une manière insidieuse, progressive, le malade assistant à l'évolution de sa maladie. Enfin, dans un troisième groupe de faits, la maladie se constitue par une série de petites attaques, brusques, avec ou sans perte de connaissance, et séparées l'une de l'autre par des périodes de durée variable où l'affection reste stationnaire.

Le malade peut entrer dans l'aphasie par l'aphasie motrice corticale; il se remet; puis une seconde lésion, frappant une autre zone du cerveau, entraîne l'aphasie sensorielle. Au contraire, le malade a pu d'abord être un aphasique sensoriel, et faire ensuite de l'aphasie motrice. Enfin, une seule lésion, très vaste, étendue à la plus grande partie de l'hémisphère gauche, peut entraîner, d'un seul coup, l'aphasie totale, à la fois motrice et sensorielle.

D'autres fois, le malade est frappé d'abord d'une aphasie pure, aphasie motrice pure, cécité verbale pure, surdité verbale pure; puis, une seconde attaque fait rentrer le patient dans l'aphasie vraie, aphasie motrice ou sensorielle. Ainsi, M. Dejerine a vu un malade, atteint de cécité verbale pure pendant quatre ans, présenter, pendant les dix derniers jours de sa vie et après une nouvelle attaque, le syndrome de la cécité verbale vraie avec agraphie. De même la malade de M. Sérieux, après avoir présenté le type parfait de la surdité verbale pure, a succombé avec tous les signes de l'aphasie sensorielle.

La maladie constituée peut persister indéfiniment, sans aggravation, ni amélioration, sous forme d'aphasie motrice vraie ou pure, d'aphasie sensorielle, de cécité verbale pure, de surdité verbale pure ou d'aphasie totale. Elle peut rester telle qu'au début de la maladie, sans s'altérer dans sa forme.

L'aphasie motrice vraie guérit assez souvent. Sans parler de ces faits nombreux, où à la suite d'un ictus apoplectique, le malade présente, dans les jours qui suivent, avec une hémiplégie droite, une difficulté ou une perte de la parole disparaissant rapidement — cas où la perte de la parole résulte d'une compression ou d'une altération de voisinage, sans destruction de la troisième frontale ou de ses faisceaux de projection — l'aphasie motrice corticale peut guérir. La période d'état peut durer assez longtemps, bien que la guérison soit encore possible. Kuchler(1) a cité un cas de retour de la parole, après une amnésie de neuf ans.

La guérison se fait par une nouvelle éducation, par l'acquisition de nouvelles images motrices d'articulation. Où s'emmagasinent ces nouvelles images? Dans les zones similaires du côté droit? C'est ce qui semblerait résulter d'une observation de Wernicke : Un adulte devient aphasique et hémiplégique droit, puis récupère la parole; une seconde attaque d'apoplexie rend de nouveau le malade aphasique, en même temps que se développe une hémiplégie gauche. L'autopsie révèle une lésion ancienne du centre de Broca, du côté gauche, et une lésion plus récente du pied de la troisième frontale droite.

(1) Kuchler. *Prag. Med. Wochens.*, 1893.

Le pronostic est plus grave pour l'aphasie sensorielle. Règle générale, même dans les cas les plus favorables, l'aphasie sensorielle laisse à sa suite une diminution manifeste de l'intelligence, alors même que le malade a recouvré les diverses modalités d'extériorisation du langage. La cécité et la surdité verbales peuvent s'atténuer; mais la guérison complète n'existe pour ainsi dire pas; les troubles de la parole et de l'écriture persistent d'ordinaire indéfiniment.

Pour les variétés pures d'aphasie, qu'il s'agisse d'aphasie motrice sous-corticale, qu'il s'agisse de cécité ou de surdité verbales pures, nous ne connaissons pas de cas authentiques de guérison, prouvés par une autopsie subséquente. Le plus souvent, la maladie persiste sans amélioration jusqu'à la mort.

Chez l'enfant, le pronostic de l'aphasie, sous toutes ses formes, est beaucoup moins grave que chez l'adulte. On connaît la fréquence de l'hémorragie cérébrale infantile et de la por-encéphalie. Au moment où se fait la lésion, et suivant sa localisation, on peut voir apparaître des troubles du langage. Mais ces troubles sont passagers et guérissent. Il est exceptionnel de voir une aphasie, produite dans l'enfance, persister à l'âge adulte.

Chez l'enfant, en effet, les suppléances fonctionnelles sont faciles. Par hérédité, certains groupes de cellules emmagasinent plus facilement cette variété d'images; mais qu'une lésion enlève ce centre d'images déjà constitué, et un autre centre se reformera, emmagasinant les images de même nature.

VII

Fréquence. — La fréquence relative de ces diverses formes d'aphasie varie avec chaque forme.

L'aphasie motrice corticale est de beaucoup la plus fréquente. Le nombre des cas publiés, cliniquement et avec autopsie, est aujourd'hui très considérable. A elle seule, l'aphasie motrice corticale représente bien les deux tiers ou les trois quarts des cas d'aphasie.

L'aphasie sensorielle vient ensuite. Nous avons pu recueillir, pour notre thèse inaugurale, 54 cas d'aphasie sensorielle (38 de surdité verbale, 16 de cécité verbale), publiés avec autopsie.

Les formes d'aphasie pure sont beaucoup plus rares.

Les cas d'aphasie motrice sous-corticale (Pitres, Charcot, Dejerine) sont peu nombreux.

Pour la cécité verbale pure, nous ne connaissons que sept observations publiées (Westphal, Chanot, Dejerine, Wyllie, Redlich, Gaucher, Haack) dont trois seulement avec autopsie (Dejerine, Wyllie, Redlich).

Enfin, la surdité verbale pure ne comprend actuellement que deux cas [Pick et Sérieux (1)].

Si l'on compare tous ces cas entre eux, si l'on tient compte surtout des cas récents où toutes les modalités du langage ont été examinées systématiquement et de parti

(1) Depuis que ce mémoire a été écrit, MM. Hélot, Houdeville et Halipré (de Rouen) viennent de publier une troisième observation, clinique, de surdité verbale pure. (*Rev. neurol.*, 30 juin 1896, p. 353.)

pris, on voit que toutes ces catégories contiennent des faits exactement superposables entre eux, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Leur existence est donc bien démontrée, et c'est par leur étude, par leur comparaison, que l'on peut essayer d'établir une conception générale de l'aphasie. (*A suivre.*)

LA SÉROTHÉRAPIE

AU CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE NANCY (1)

II

12° *Vaccine et variole.* — MM. Béclère, Chambon et Ménard ont établi que le sérum de génisse vaccinée, recueilli hors de la période virulente, de 10 à 50 jours après la vaccination, possède vis-à-vis de la vaccine inoculée des propriétés immunisantes; mais c'est à la condition d'introduire sous la peau des quantités de sérum très considérables; les échecs antérieurs tiennent justement aux trop petites doses de liquide qui avaient été employées; il faut, en effet, pour observer des effets appréciables, injecter le centième du poids du corps et encore n'obtient-on ainsi qu'une immunité incomplète : un grand nombre des inoculations restent stériles; les éléments qui apparaissent sont rudimentaires et avortés; mais, le fait le plus important au point de vue doctrinal, c'est que le contenu de ces éléments n'est pas virulent; il ne peut servir à inoculer des sujets neufs.

Il est bien évident que la sérothérapie n'est pas appelée à détrôner la vaccine jennérienne, et cela pour deux raisons : la quantité de sérum à injecter est trop considérable; l'immunité produite est trop incomplète et surtout trop peu durable. On ne pourrait donc avoir recours à la sérothérapie que dans le cas où un sujet non vacciné se serait trouvé en contact avec des varioleux, surtout s'il présentait à ce moment quelques symptômes morbides annonçant l'invasion de la variole; on pourrait craindre que la vaccine n'arrivât trop tard et n'eût pas le temps de modifier l'organisme; on devrait dès lors utiliser le sérum et, au besoin, inoculer en même temps du virus vaccinal.

Les auteurs, qui ont étudié le sérum vaccinal, ont cherché un remède contre la variole. Dès 1893, Auché, puis Landmann, avaient employé du sérum humain provenant de varioleux guéris; ils n'obtinrent aucun résultat appréciable. Landmann ne réussit pas davantage avec du sérum de génisse vaccinée, tandis que Elliot vit un malade guérir sans cicatrices, après injection de 105^{cc}; dans un autre cas, d'ailleurs très grave, 65^{cc} n'empêchèrent pas le malade de succomber.

Les insuccès viennent de ce qu'on administre des doses de sérum trop faibles. Cet auteur a injecté des quantités qui dépassent de beaucoup celles qu'on avait introduites dans les autres maladies; il emploie des doses équivalentes à la cinquantième partie du poids du corps chez l'adulte, à la vingtième partie chez l'enfant. Ainsi, dans un cas qu'il rapporte, une femme de 70 kilogrammes reçut sous la peau de l'abdomen, en l'espace d'une heure, 1560^{cc}. Cette malade a parfaitement supporté l'injection et a rapidement guéri. M. Béclère, pendant l'épidémie de Marseille, a traité dix varioleux; trois ont succombé, mais l'un d'eux avait une variole hémorragique d'emblée, l'autre était un nouveau-né athrepsique. Ajoutons encore trois cas traités par Béclère dans notre service d'isolement, à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers : dans un cas, il s'agissait d'une femme qui guérit facilement; dans un autre, d'un enfant, non vacciné, atteint d'une variole grave, qui succomba quatre jours après l'injection; le troisième cas se rapporte à une femme qui succomba également, mais chez qui le traitement fut commencé beaucoup trop tard.

M. Béclère ne veut rien conclure de sa méthode sérothérapique : les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de se faire une opinion bien justifiée; mais ce qu'on peut affirmer d'ores et déjà, c'est que la méthode est inoffensive; le sérum, même à ces doses massives, est parfaitement supporté; il n'y a donc pas de raison à ne pas continuer l'expérience. Il faudra, bien entendu, traiter en même temps les malades par les moyens habituels, s'estimant bien heureux si on trouve dans la sérothérapie un adjuvant utile.

13° *Coqueluche et fièvres éruptives.* — Dans une note toute récente, Kélaïdités prétend avoir obtenu du sérum contre la coqueluche et les fièvres éruptives.

Pour préparer le *sérum anticoquelucheux*, l'auteur injecte à des chiens les sécrétions bronchiques et nasales de ses malades; avec 5 à 20^{cc} du sérum provenant d'animaux ainsi préparés, il arrive à diminuer les quintes, parfois même à obtenir la guérison en deux ou trois jours.

Le *sérum antiscarlatineux* est préparé avec du sang qu'on injecte à des génisses ou des squames épidermiques qu'on leur inocule sous la peau; à dose de 20 à 30^{cc}, il amène l'abaissement de la température, la diurèse, et peut arrêter l'évolution de la maladie.

Ces recherches méritent d'être reprises; en attendant, on pourra toujours utiliser, dans les fièvres éruptives, le sérum des convalescents. Weisbecker vient de recourir à cette méthode, et, dans quatre cas, il a vu le sérum d'individus guéris de la rougeole arrêter rapidement des broncho-pneumonies morbilleuses; ces recherches sont d'autant plus importantes qu'elles ont été faites sur des enfants fort jeunes, c'est-à-dire se trouvant dans des conditions particulièrement graves. La disparition rapide des manifestations thoraciques conduit à se demander si la broncho-pneumonie est bien, comme on l'admet généralement, sous la dépendance exclusive d'une infection secondaire, et si l'agent principal de la maladie ne joue pas, dans son développement, un rôle plus important qu'on ne le croit.

De même que pour les fièvres éruptives, on ne connaît pas l'agent du *typhus exanthématique;* il a donc fallu se contenter du sang des convalescents. Les recherches sur ce sujet ont donné des résultats contradictoires.

C'est encore au sérum qu'a eu recours Weiss pour traiter le *rhumatisme articulaire aigu*. L'auteur rapporte dix observations où il injecta de 6 à 10 grammes de sérum, et deux autres où il introduisit 18 à 20 grammes. Chez plusieurs malades, on nota une amélioration notable, subjective et objective, des manifestations articulaires; en même temps se produisait un abaissement de la température. Mais ces résultats furent inconstants et, d'ailleurs, passagers; dans trois cas, il y eut même une aggravation des symptômes; chez un individu atteint de forme torpide, survint une polyarthrite aiguë. Voilà, sans doute, des résultats peu encourageants; il ne semble pas que la sérothérapie puisse, chez les rhumatisants, remplacer avec le moindre avantage les procédés classiques, et notamment la médication salicylée, plus simple et plus efficace.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 973.

14° *Syphilis.* — On peut se demander s'il est vraiment utile de chercher un sérum antisyphilitique, puisque la matière médicale met à notre disposition des spécifiques presque infaillibles.

Cependant tous les animaux étant réfractaires à la syphilis, on devait songer à inoculer leur sérum à l'homme; le chien, le mouton, l'agneau, le veau, le lapin ont été mis à contribution par Feulard, Tommasoli, Mazza, Kollmann et, sauf ce dernier, tous les auteurs ont noté des résultats encourageants ; ils ont vu les malades reprendre leurs forces, et ils ont obtenu la cicatrisation d'ulcérations rebelles ; c'étaient, en somme, les effets que produit parfois le sérum des animaux normaux sur les ulcérations tuberculeuses.

Mais l'évolution de la maladie ne semblait nullement influencée par ces injections. Aussi arriva-t-on à chercher un sérum spécifique. Pellizzari essaya alors la méthode qui donnait des résultats dans d'autres maladies; il injecta du sérum provenant d'individus en puissance de syphilis, infectés depuis une époque plus ou moins éloignée. Les effets furent insignifiants, ce qui tient, sans doute, à la trop petite quantité d'antitoxine renfermée dans le sang d'un syphilitique.

Il fallait, dès lors, augmenter l'action thérapeutique du sérum. C'est ce que tenta G. Mazza, en injectant à des animaux 10 à 20 centigrammes de sang syphilitique. La question a été reprise par MM. Richet, Héricourt et Triboulet qui ont préparé les animaux, chien ou âne, avec du sang d'individus en pleine éruption roséolique ; quelques jours plus tard, ils pratiquaient une saignée. Trois malades furent soumis au traitement, on obtint ainsi une cicatrisation plus ou moins durable d'ulcérations rebelles, ayant résisté au traitement spécifique, et, dans un cas, on vit disparaître des troubles qui semblaient indiquer le développement d'un tabès.

Vers la même époque, MM. Gilbert et Fournier essayèrent divers procédés sérothérapiques. Les résultats furent assez bons, mais encore insuffisants.

Gilbert et Fournier eurent alors recours à des chèvres et à des chiens auxquels ils injectèrent du sang de syphilitique, à la dose de 170 à 180 grammes; ou bien ils introduisirent, sous la peau des animaux, des chancres indurés, des papules, et simultanément du sang. Le sérum provenant de ces animaux servit à traiter dix-sept malades; dans quelques cas, on obtint une amélioration de l'état général, une augmentation des forces, une disparition des douleurs, une diminution des lésions, mais plusieurs fois la méthode échoua complètement.

Ce qui semble résulter de la lecture des observations, c'est que le sérum provenant des animaux, des normaux aussi bien que des préparés, peut modifier favorablement l'état général des sujets, stimuler les réactions de l'organisme, favoriser la cicatrisation des lésions atones. Mais, d'une façon générale, la sérothérapie est bien inférieure au traitement classique.

15° *Cancer et néoplasmes.* — Bien que le cancer soit fréquent chez les animaux, on n'est pas encore parvenu à l'inoculer d'une façon certaine. On a pensé, néanmoins, qu'on pourrait obtenir un sérum efficace, en se servant d'animaux ayant reçu au préalable du suc cancéreux. Cette méthode, imaginée par MM. Richet et Héricourt, n'a pas conduit à des résultats bien satisfaisants : les auteurs le reconnaissent eux-mêmes ; il se produit des améliorations passagères, qui durent un mois et demi ou deux mois, puis les accidents reprennent.

MM. Arloing et Courmont ont établi que le sérum de l'âne a la propriété de diminuer le volume des tumeurs et de les rendre ainsi plus accessibles au traitement chirurgical; comme MM. Richet et Héricourt, les auteurs ont obtenu une amélioration de l'état général, une diminution des douleurs et des œdèmes. Mais ces effets favorables ont été passagers et n'ont pu enrayer la marche du mal. Les résultats ont été les mêmes, que le sérum provînt d'animaux neufs ou d'animaux ayant reçu préalablement des injections de suc cancéreux. Seulement, dans ce dernier cas, le sérum peut être dangereux ; il renferme des toxines actives, capables de produire de la fièvre, de l'anorexie, des vomissements, des éruptions purpuriques, etc.

On ne peut s'empêcher de rapprocher ces effets de ceux qu'on a obtenus dans le traitement des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques. Dans ces trois cas, les phénomènes observés sont semblables : amélioration de l'état général, diminution des douleurs, cicatrisation, au moins partielle, des lésions. Mais, dans ces trois cas aussi, les phénomènes sont passagers, et, au bout de peu de temps, la médication est devenue inefficace.

Il est bien difficile d'admettre, dès lors, une action spécifique, et il semble, puisque le sérum des animaux normaux produit les mêmes effets thérapeutiques, qu'il s'agit simplement d'une action tonique, utile peut-être, mais insuffisante.

Une méthode bien différente de la précédente a été proposée par Emmerich et Scholl ; ces auteurs se servent du sang de moutons infectés avec le streptocoque, et filtrent le sérum sur porcelaine, pour le débarrasser de tout élément vivant. Ce sérum a été injecté dans les néoplasmes à des doses qui ont varié de 1 à 25^{cc} ; les injections provoquent l'apparition, au point d'inoculation, d'une rougeur analogue à celle de l'érysipèle et persistant pendant un jour ou deux; en même temps, on observe souvent un mouvement fébrile. Or, les effets sont d'autant meilleurs que les réactions locales sont plus intenses; il en est exactement de même quand on emploie les cultures stérilisées.

Le sérum aurait été inefficace dans deux cas seulement; chez les autres malades, il s'est montré d'autant plus actif que les tumeurs étaient plus récentes; il serait tout à fait indiqué lors de récidives post-opératoires.

Si quelques observateurs, Schuler entre autres, ont signalé des succès, la plupart des médecins n'ont pas obtenu d'effets appréciables; quelques-uns ont même observé des accidents : Burne a vu les malades être pris de fièvre, de dyspnée; le cœur faiblissait et les urines renfermaient de l'albumine. Aussi cette méthode est aujourd'hui abandonnée ; elle a le désavantage d'être plus compliquée et, ce qui est plus grave, plus dangereuse. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 juillet 1896, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Coffec, médecin en chef de l'hospice civil de Quimper ; Goupil, maire de Ploërmel ; Barbé-Guillard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Léhon ; Joubert, maire de Saint-Domineuc.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion de 8 jours en Suisse et en Savoie* à l'occasion de l'exposition de Genève (organisée avec le concours de la Société des voyages économiques). — Départ de Paris, le 2 septembre 1896, retour à Paris, le 11 septembre 1896.

Itinéraire : Paris, Genève (l'exposition), Chamonix, Montanvert (la mer de glace), les Fontaines d'Ugines, Albertville, Grenoble, la Grande Chartreuse, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, Paris.

Prix : 1re classe, 325 francs ; 2e classe, 285 francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer ; les voitures, le logement, la nourriture, les entrées dans les musées, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques. — Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber. — On peut aussi se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris.

Vin Aroud (*Viande, Quina et Fer*) — Régénérateur puissant pour guérir : Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhées.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LA SÉROTHÉRAPIE
AU CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE NANCY (1)

III

M. HAUSHALTER consacre son rapport à la **sérothérapie de la diphtérie et du tétanos.**

1° Diphtérie. — Après avoir fait l'historique de l'application du sérum au traitement de la diphtérie et avoir rendu à chacun la part qui lui revenait, le rapporteur étudie le mode de préparation du sérum sur le cheval, la façon de le recueillir et de le conserver ; puis il étudie le mode d'action du sérum, ses doses, ses indications. Nous reproduisons, à peu près *in extenso*, cette partie du rapport qui traite surtout le côté pratique de la question.

Avec le sérum de Roux, dans les cas d'apparence bénigne, chez l'enfant, on commence par une injection de 10cc ; au-dessous d'un an, la dose initiale est de 5cc.

Dans les cas graves ou associés, il y a avantage à débuter par une dose forte, 20cc. Les doses fortes sont indiquées aussi dans les diphtéries extensives et dans celles compliquées de croup. Jamais, cependant, la dose ne doit être forcée.

Chez l'adulte, la dose initiale ne doit pas être inférieure à 30cc.

L'intervalle entre la première et la deuxième injection doit être en moyenne de vingt-quatre heures ; mais l'étendue des fausses membranes, l'intensité des phénomènes laryngés, l'état général, sont la base des indications pour les injections ultérieures et les doses à employer.

Il ne faut pas confondre avec les indications d'une nouvelle injection, ce qui est quelquefois la conséquence d'un traitement trop actif ou d'injections trop rapprochées, telle l'hyperthermie.

Sous l'influence de l'injection du sérum, la fausse membrane, grisâtre, adhérente au début, diminue d'épaisseur dès le deuxième jour et devient blanchâtre ; puis elle se décolle, se détache ou se dissout, laissant à sa place un léger voile, qui disparaît bientôt. La disparition de la fausse membrane s'effectue dans des limites variant entre deux ou trois jours pour les formes légères, trois ou quatre jours pour les formes intenses. Dans certaines formes tenaces, les membranes, malgré le sérum, se reproduisent quelquefois pendant cinq ou six jours.

Avec le sérum, les placards amygdaliens tombent plus rapidement que les membranes implantées sur la luette ou le pharynx ; le jetage et l'écoulement séro-sanguinolent par les narines diminuent ; le décollement des membranes nasales, aidé par les irrigations, s'effectue ; les signes de sténose laryngée souvent s'amendent et disparaissent.

Dans les diphtéries à forme septique ou toxique, l'action du sérum sur la fausse membrane, même à forte dose, est quelquefois moins efficace.

En même temps que disparaissent les membranes sous l'influence du sérum, l'engorgement ganglionnaire s'éteint. Parallèlement, l'état général se relève, le teint perd son aspect plombé, livide ; souvent une véritable transfiguration s'effectue. Cependant, dans les diphtéries à forme septique ou toxique, l'amélioration fait ordinairement défaut.

D'après Roux, Martin, Moizard, etc., la chute thermique est la règle : elle est quelquefois précédée d'une ascension passagère.

La descente thermique provoquée par le sérum est fréquente, surtout dans les diphtéries pures ; elle s'effectue quelquefois en vingt-quatre heures ; elle est plus lente dans la diphtérie du larynx. D'après Behring, si la température ne descend pas après une injection de dose suffisante du sérum, alors que la maladie n'est pas trop avancée, on peut déclarer qu'il s'agit d'une infection mixte.

En tout cas, le sérum ne semble pas produire une défervescence analogue à la crise des maladies ; l'injection du matin n'abaisse ordinairement pas la température de la journée ; le lendemain seulement, la descente se fait en lysis.

La chute du pouls est ordinairement parallèle à celle de la température ; elle est précédée quelquefois d'une accélération accompagnant l'élévation thermique consécutive à l'injection. L'abaissement du chiffre des pulsations se fait dès la première injection, dans les cas légers, ou après la suivante dans les cas moyens ou graves ; quelquefois, on observe de la tendance au ralentissement cardiaque.

Le sérum ne paraît pas prévenir les paralysies de la diphtérie. Dès le troisième jour de la maladie, il existerait, d'ailleurs, déjà disséminées dans les nerfs les plus divers, des lésions qui expliquent en partie le développement fatal des

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 989.

troubles moteurs, malgré la présence de l'antitoxine qui demeure sans effet sur des lésions déjà établies.

L'albuminurie, d'après Roux, Moizard, Baginsky, est moins fréquente chez les enfants traités par le sérum; l'albuminurie, d'après eux, existant au moment de l'injection subit une diminution parallèle à la baisse de la température et du pouls. D'après d'autres cliniciens, le sérum n'empêche pas l'albuminurie (Le Gendre).

Il n'est pas prouvé qu'il faille avec Ritter et Hansemann accuser le sérum de déterminer des lésions rénales.

Les injections de sérum antidiphtérique sont chez l'homme la cause de modifications urinaires passagères; elles consistent en augmentation de la diurèse, augmentation de la densité de l'urine, hyperazoturie, augmentation des phosphates, diminution des chlorures, urobilinurie quelquefois; on signale aussi des phénomènes cutanés et articulaires, de l'anurie avec collapsus.

Accidents post-sérothérapiques. — Localement, au point de l'injection on peut voir apparaître des phénomènes insignifiants tels qu'érythèmes légers, ou plaques d'urticaire.

Depuis l'emploi du sérum antidiphtérique, les exanthèmes sont devenus plus fréquents dans la diphtérie. L'exanthème post-sérothérapique est habituellement tardif et se montre ordinairement lorsque la diphtérie est guérie, dans une limite qui varie entre quatre et douze jours après l'injection.

L'érythème, généralisé ou bien localisé au tronc ou aux membres du côté de la flexion, présente le type rubéoliforme, érysipélatiforme, scarlatiniforme, ortié ou pétéchial; il est habituellement symétrique, ordinairement polymorphe, et souvent prurigineux; quelquefois même, le prurit existe seul. Fugace, sujette à reparaître ou très tenace, l'éruption peut exister quelques heures seulement ou durer deux à trois jours; ordinairement, elle est apyrétique, mais peut quelquefois s'accompagner de fièvre éphémère, allant parfois jusqu'à 40°, et de quelques phénomènes généraux insignifiants.

Le purpura peut se montrer comme seule manifestation cutanée.

L'arthropathie, d'une rareté extrême dans la diphtérie, est devenue moins exceptionnelle depuis l'emploi du sérum; les déterminations articulaires marquées par de la rougeur, de la chaleur, du gonflement de l'articulation sans grand épanchement, quelquefois simplement par de la douleur, occupent ordinairement le genou, le cou-de-pied, la hanche; elles sont habituellement légères, fugaces et apyrétiques; dans quelques cas, cependant, elles ont pris les allures d'un rhumatisme articulaire aigu. On a noté une suppuration de l'articulation du coude.

Dans quelques cas, d'habitude vers le douzième ou quatorzième jour, rarement d'une façon précoce, on a vu se développer un cortège de symptômes alarmants, caractérisés par de la fièvre, des vomissements, des phénomènes cholériformes, des arthropathies, des érythèmes, des pétéchies, souvent par de l'albuminurie, quelquefois par des adénopathies, toujours par un état général grave; quelques-uns, parmi ces symptômes, peuvent prédominer, et d'autres manquer. Ces accidents ont une durée de quatre à cinq jours environ, rarement ils se sont prolongés pendant quelques semaines; presque toujours ils disparaissent sans laisser de traces; dans quelques cas très exceptionnels, ils se sont terminés par la mort.

Quelques-uns estiment que le sérum antidiphtérique est innocent de ces complications qu'ils attribuent à des infections secondaires.

En résumé, appliqué à la diphtérie humaine, le sérum antidiphtérique par son action sur le système nerveux et les vaso-moteurs, par son action sur les phagocytes, par son action bactéricide sur le bacille de Lœffler, amène le détachement et la fonte des fausses membranes, tarit par le fait même la source du poison, enraye le processus pseudo-membraneux, et supprime les accidents mécaniques occasionnés par l'existence de la fausse membrane; par son action antitoxique, par les nouvelles propriétés qu'il confère aux cellules et à l'économie entière, il permet à l'organisme de résister à l'intoxication par le bacille diphtérique et de détruire le poison; il atténue ainsi et supprime les symptômes dus à l'intoxication. N'ayant de vertu spéciale que vis-à-vis du bacille diphtérique et ses poisons, le sérum antidiphtérique ne pourra *à priori* remédier aux effets résultant ou d'infections par des microbes associés, ou de troubles mécaniques de la circulation et de la respiration, ou d'une altération trop profonde des éléments anatomiques par le poison diphtérique. En tant que sérum étranger, il amène quelquefois après son injection des phénomènes passagers, sans signification pronostique, tels qu'exanthèmes, arthropathies, fièvre légère; enfin, il est des cas incontestables, mais fort rares, où, soit en sa qualité de sérum, soit par l'intermédiaire de modifications chimiques humorales qu'il provoque, soit en déterminant des infections secondaires, il a occasionné des accidents graves, très exceptionnellement mortels.

Résultat. — Partout où le sérum a été appliqué au traitement de la diphtérie, les statistiques indiquent un abaissement notable du chiffre de la mortalité.

Plus l'intervention est précoce, moins les membranes sont étendues, plus aussi le sérum a de chances de succès.

La diphtérie pure, sans association microbienne, surtout sans association streptococcique ni complications, donne à la sérothérapie les meilleurs résultats.

La propagation du processus membraneux au larynx étant plus rare, le nombre des interventions opératoires dans la diphtérie s'est considérablement restreint; il s'est restreint parce que, même en cas de diphtérie du larynx, le sérum enrayant la formation des membranes et provoquant la chute de celles qui existent, les phénomènes graves de sténose et d'asphyxie sont moins fréquents; aussi l'intervention ne se fait-elle plus guère que dans les cas où les enfants présentent des signes inquiétants de laryngosténose au moment de l'injection.

Non seulement la pratique de la sérothérapie a diminué les nécessités de l'action opératoire dans la diphtérie, mais encore, appliquée dans les cas où l'intervention a été jugée urgente, elle détermine une issue plus souvent favorable qu'autrefois.

Beaucoup de médecins préfèrent actuellement le tubage à la trachéotomie, sauf indications spéciales. La supériorité relative du tubage date réellement de la sérothérapie: vingt-quatre heures après la première injection, les fausses membranes diphtériques ne se reproduisent plus; trois jours après l'inoculation du sérum, les membranes ayant généralement disparu, l'obstruction du tube tend à devenir plus rare, et en tout cas elle a des chances pour ne se produire guère que dans les premières heures : un des grands

inconvénients du tubage est ainsi supprimé ou diminué par le fait de l'action antimembraneuse du sérum.

La guérison a d'autant plus de chances de se produire en cas d'intubation dans le croup, que le tubage a suivi de plus près l'injection du sérum; généralement les enfants tubés dans les vingt-quatre heures qui suivent l'administration du sérum guérissent facilement.

Bien que les statistiques accusent depuis le sérum une diminution incontestable de la mortalité par diphtérie, il serait injuste de vouloir les superposer strictement aux statistiques des années antérieures : abstraction faite des variations de gravité de la diphtérie suivant les années, les séries, les milieux, il est nécessaire de remarquer que la bactériologie a fait rentrer dans la diphtérie une foule de cas qui, autrefois, n'étaient pas classés comme diphtériques.

Indications. — Dans le diagnostic de la diphtérie, la prédominance accordée au critérium bactériologique peut paraître excessive; la diphtérie bactériologique n'est pas toujours la diphtérie clinique. La diphtérie bactériologique se contente facilement du bacille de Lœffler; la diphtérie clinique, outre le bacille de Lœffler, doit exiger la fausse membrane de Bretonneau, qui semble, jusqu'à nouvel ordre, devoir demeurer dans l'immense majorité des cas, avec le bacille, le signe de la diphtérie. L'examen clinique ne peut céder le pas devant la voix de la bactériologie, qni tiendrait à ne plus admettre que deux classes d'angines, les angines à streptocoques et les angines à bacilles de Lœffler.

Quoi qu'il en soit, les angines aiguës non membraneuses, même lorsque la bactériologie y démontre le bacille de Lœffler, évoluant presque toujours suivant le mode des angines non diphtériques, et non suivant les habitudes de la diphtérie, il paraît inutile et prématuré, sinon imprudent, d'user à leur égard du sérum. L'injection retrouvera ses droits si la diphtérie bactériologique devient diphtérie clinique, si apparaissent des membranes pharyngées ou des symptômes laryngés.

Il semble même qu'il puisse exister des lésions de la gorge simulant la fausse membrane et recélant le bacille de Lœffler, sans qu'il soit permis pour cela de les considérer comme diphtériques : l'escharre qui se développe sur l'amygdale à la suite de l'amygdalotomie peut parfois en imposer pour une fausse membrane.

En face d'une angine membraneuse légère à foyers circonscrits, sans phénomènes généraux ou avec phénomènes généraux très atténués, tout en se tenant prêt à faire l'injection, on doit en tout cas la différer jusqu'à connaissance de l'examen bactériologique, qui décidera s'il s'agit d'une angine diphtérique ou exceptionnellement d'une angine membraneuse à streptocoques; si l'examen bactériologique affirme l'existence du bacille de Lœffler, l'injection peut encore être différée, quand le processus diphtérique est circonscrit, non extensif : la guérison de ces formes est la règle; une seule injection pratiquée dans ces cas se bornera à hâter le décollement ou l'émiettement de la fausse membrane. Si, dans l'intervalle de l'examen bactériologique, le processus est devenu extensif, il sera fait sans hésitation une injection de 10 à 20^{cc} suivant l'âge du malade et le degré de l'extension. Ordinairement, après la première injection il ne se développe plus de nouvelles membranes : quelquefois, au troisième jour, si le détachement de la fausse membrane n'est pas effectué, on peut, pour le provoquer, pratiquer une nouvelle injection de 5 à 10^{cc} (Perregaux).

Si les exsudats pharyngés s'annoncent d'emblée multiples ou très extensifs, sans attendre l'examen bactériologique, l'injection sera pratiquée immédiatement; elle sera faite sans répit aussi, quand, avec les membranes pharyngées étendues ou même circonscrites, il existe des troubles laryngés, même légers, ou quand, en l'absence de lésions pharyngées ou nasales, il existe des phénomènes de suffocation, le croup d'emblée étant plus fréquent que la laryngite simple suffocante (Variot). Dans l'indication de la sérothérapie antidiphtérique, les signes cliniques doivent donc presque toujours primer les données de l'examen bactériologique.

Si, dans une angine membraneuse, la recherche bactériologique révèle au moyen des cultures l'association du bacille de Lœffler et du streptocoque, les colonies de streptocoque se montrant en fins pointillés entre les colonies de bacilles diphtériques, le sérum sera injecté à doses plus fortes et plus répétées; bien que, d'après Sevestre, dans la diphtérie, associée au streptocoque, le sérum puisse quelquefois provoquer des symptômes effrayants, ces accidents ne suffisent pas, étant donné leur peu de gravité, à empêcher l'injection dont les effets bienfaisants l'emportent de beaucoup.

Cependant M. Hutinel, ayant vu, après une injection de sérum, la mort se produire au milieu de symptômes rappelant l'infection streptococcique, dans un cas d'angine diphtéroïde, chez un enfant porteur de grosses amygdales, et dans un cas d'angine scarlatineuse à bacille de Lœffler, conseille de ne pas trop se hâter, dans les faits de ce genre, à user de la sérothérapie, et d'attendre que l'examen bactériologique ait démontré la présence de bacilles longs et nombreux.

D'après M. Martin, tout enfant qui, en même temps que la diphtérie, présente des signes de broncho-pneumonie, doit recevoir 20^{cc} de sérum antidiphtérique et, sans attendre l'examen bactériologique, 10^{cc} de sérum antistreptococcique, la bronchopneumonie dans la diphtérie étant presque toujours de nature streptococcique. Martin attribue la guérison, dans un cas de broncho-pneumonie diphtérique, au sérum antistreptococcique.

En présence d'un cas de diphtérie croupale et même simplement avec toux rauque, on recommande d'injecter immédiatement 20^{cc} de sérum, puis, douze heures après, 20 autres centimètres cubes; si trente-six heures après la première injection le tirage a disparu, si la température tend à descendre, il est inutile de pratiquer une nouvelle injection; si douze heures après la première injection le tirage persiste, on injecte de nouveau 10^{cc}. D'autres donnent la préférence aux inoculations de doses fractionnées et répétées, 5-10^{cc} matin et soir.

Sevestre et Méry conseillent de retarder toute intervention opératoire, même en cas de tirage sus et sous-sternal accentué, tant que le cœur se contracte bien, tant que le pouls est bon, tant que les lèvres ne blanchissent pas : les accès de dyspnée contre-indiquent l'expectation. En surveillant attentivement l'enfant après l'injection, on peut très souvent lui faire traverser les premières heures sans opération : passé ce moment, dans les cas habituels, les membranes sont en voie de décollement et ne se reforment plus : le danger est en partie conjuré.

Quand, au moment de l'injection ou après l'injection, existent des signes appelant une intervention opératoire urgente, le choix s'offre entre la trachéotomie et le tubage :

tubés ou trachéotomisés, les enfants doivent recevoir, en moyenne, 40^{cc} de sérum dans les deux premiers jours; pour les poupons âgés de moins de dix-huit mois, on inocule en une seule fois autant de grammes de sérum que l'enfant a de mois (Chaillou). Les injections peuvent être faites en une seule fois, chaque jour, ou à doses fractionnées matin et soir.

Quand chez les tubés ou les trachéotomisés l'examen bactériologique démontre, avec le bacille de Löffler, d'abondantes colonies de streptocoques, Martin recommande, pour éviter la broncho-pneumonie secondaire, d'injecter 10^{cc} de sérum antistreptococcique; la mort, après l'opération, est effectivement due, dans la plupart des cas, soit à la bronchite membraneuse, soit surtout à la broncho-pneumonie : mais, actuellement, une stricte prophylaxie de la broncho-pneumonie par l'isolement des malades atteints d'infections secondaires, reste encore le moyen le plus sûr d'éviter les complications broncho-pulmonaires.

Pratiquement, d'après Chaillou, il n'existe pas de signes qui puissent faire prévoir qu'un croup guérira par la trachéotomie, alors que le tubage aurait été insuffisant. En tout cas, pour Sevestre et Méry, le tubage doit être réservé aux croups traités par le sérum : il est, dans ces cas, un palliatif qui permet d'attendre la chute de la membrane, et depuis la sérothérapie, il peut être pratiqué à la dernière extrémité, lorsque l'attente est impossible; l'état de mort apparente même, qui, pour Variot, est une indication de la trachéotomie, ne serait pas, d'après Chaillou, une contre-indication au tubage. Avant de se décider à la trachéotomie, le tubage, d'après Sevestre, doit généralement être tenté.

Lorsque le tubage est pratiqué dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection de sérum, le tube peut souvent être enlevé au bout d'un jour ou deux; il doit être ôté dès que la température est redevenue normale et que l'expectoration a diminué. Il doit être supprimé aussi quand la courbe thermique indique une infection secondaire (Chaillou).

Dans les cas de croup traités par le sérum et la trachéotomie, le détachement des fausses membranes permet ordinairement d'enlever la canule au bout de quatre à cinq jours, exceptionnellement au bout de cinq à six jours; deux ou trois jours suffisent ordinairement pour la guérison de la plaie trachéale.

Bien que pour beaucoup de médecins d'hôpitaux d'enfants, la trachéotomie, depuis l'application du sérum, soit considérée comme une opération d'exception, il est des cas cependant bien déterminés où elle s'impose; tandis que l'intubation peut rester ou peut devenir, en ville ou dans les hôpitaux, le procédé de choix, elle est impossible à appliquer à la campagne ou dans les milieux où l'enfant ne peut être soumis à une surveillance continue et exercée. La trachéotomie est indiquée lorsqu'on ne peut placer ni un tube long, ni un tube court, ni un tube de l'âge au-dessous; elle est indiquée lorsque l'intubation n'amène pas de soulagement, lorsque les essais de tubage s'accompagnent d'expulsion réitérée du tube, ou d'asphyxie à chaque tentative; elle est indiquée, enfin, lorsque le croup s'accompagne de spasmes du larynx à répétition, ou d'œdème de la glotte; elle est préférable chez les enfants affaiblis par la dyspnée ou par un long tirage, parce qu'elle permet aux quintes de toux d'expulser plus facilement les membranes par la canule; elle est formellement indiquée chaque fois que le croup a dépassé le larynx, et qu'il y a rejet de fausses membranes ramifiées, elle est indiquée aussi lorsque le croup s'accompagne de l'expulsion de muco-pus à flots, indiquant une trachéite ou une bronchite associée.

De son côté, l'intubation est contre-indiquée dans la diphtérie toxique où la mort survient bien plus par empoisonnement que par dyspnée, dans la broncho-pneumonie étendue et dans la bronchite membraneuse.

Injections préventives. — L'action préventive du sérum, n'étant pas formellement démontrée chez l'homme, cette action étant en tout cas passagère, il est actuellement légitime de s'abstenir de l'emploi des injections préservatrices. Alors qu'en face d'une diphtérie authentique il est une faute, en certaines conditions, de ne pas solliciter les effets curatifs spécifiques du sérum, il est téméraire, en vue d'une diphtérie éventuelle, de soumettre, dans le but d'une préservation hypothétique, un organisme sain aux effets d'un sérum étranger chargé de principes dont la formule chimique, comme l'action intime sur les cellules, demeurent entourées d'obscurités, de l'exposer aux accidents possibles de la sérothérapie, si rares, si minimes fussent-ils : le cas de mort subite, survenu récemment chez l'enfant d'un médecin de Berlin, à la suite d'une injection prophylactique, impose, d'ailleurs, la prudence. Tout au plus, en présence de l'inefficacité ou de l'insuffisance des mesures hygiéniques et prophylactiques habituelles rigoureusement appliquées, la sérothérapie préventive trouverait-elle son indication dans une épidémie de diphtérie tenace, rebelle, meurtrière.

IV

2° De l'application du sérum antitétanique au traitement du tétanos. — Sur 44 cas, on compte 26 guérisons et 18 morts, soit une mortalité de 40 p. 100. La mortalité a-t-elle diminué du fait de la sérothérapie?

La mortalité dans le tétanos, abstraction faite de la sérothérapie, sur un total de 2769 cas, a été de 84,5 p. 100. D'après Vaillard, ces chiffres construits principalement sur des statistiques militaires, faites avant l'introduction de l'antisepsie, ne peuvent plus être considérés actuellement comme exacts; pour cet auteur, dans les conditions de la chirurgie journalière, la proportion de 65 à 70 morts p. 100 est celle qui paraît la plus vraie. Le chiffre de 18 morts sur 44 cas de tétanos traités par le sérum, réalise une mortalité (40 p. 100) inférieure à celle de Vaillard. Ces chiffres n'indiquent pas, dans les décès, une baisse suffisante pour entraîner la conviction, surtout si l'on veut bien se souvenir que nombre de cas traités par la sérothérapie et terminés par la mort n'ont pas vu la publicité.

D'ailleurs, la mortalité du tétanos varie considérablement suivant l'intensité de la maladie; la forme aiguë est presque toujours mortelle; la forme chronique guérit dans la moitié des cas. Lorsque le tétanos arrive après le douzième jour, la guérison est la règle. Or, en examinant la durée de la période d'incubation dans les cas traités par le sérum, on voit qu'elle a été, en général, plus longue pour les cas qui ont guéri, plus courte pour les cas terminés par la mort; dans 16 cas mortels où l'incubation a pu être évaluée, elle a été d'une durée moyenne de neuf jours et demi, et sur 18 cas terminés par guérison, elle a été en moyenne de douze jours; en d'autres termes, dans les cas où l'issue fut heureuse, la maladie offrait, d'après la durée de l'incubation, un pronostic plutôt favorable.

Le sérum auquel on réclame un pouvoir curatif au début du tétanos expérimental, doit être très actif et doit être injecté à haute dose ; chez l'homme, cette dose est évaluée à plusieurs centaines de centimètres cubes; or, les tétaniques guéris à la suite de la sérothérapie ayant reçu, en général, de minimes doses de sérum (30-150^{cc}) et souvent d'un sérum peu actif, il est difficile d'attribuer au sérum une participation bien nette dans la guérison.

Il est très difficile, dans les guérisons obtenues, de faire à côté de la part probablement bien mince du sérum, la part qui revient à la bénignité relative de la maladie et aux traitements divers employés, en particulier au chloral et à la morphine, administrés souvent à haute dose.

L'impression générale qui se dégage de la lecture de toutes les observations de tétanos soumis à la sérothérapie, c'est que le sérum ne paraît pas avoir influencé la marche ou l'issue des formes graves ou rapides, et que, dans les cas où la terminaison a été heureuse, la guérison semble s'être produite indépendamment de l'action du sérum.

Est-ce à dire que, dans le tétanos déclaré, la sérothérapie doive être délaissée? Le sérum antitétanique réalise, en somme, un des traitements rationnels du tétanos ; malheureusement son application coïncide avec une intoxication trop profonde par le poison, pour que les effets progressifs contre lesquels le sérum ne peut rien, puissent être supprimés; et quelquefois même l'intoxication est terminée, et seuls les désordres auxquels il a donné naissance persistent quand le sérum est introduit dans l'organisme. En injectant, dès l'apparition des contractures, le sérum à haute dose et sous forme très active, on peut espérer cependant, sans pouvoir peut être le démontrer, que l'antitoxine, tout en demeurant impuissante vis-à-vis l'intoxication déjà réalisée et ses effets, conférera à l'organisme un degré moindre de susceptibilité vis-à-vis du poison que la plaie continue à distiller dans l'organisme, et aidera les phagocytes à détruire dans cette plaie le bacille origine du poison : mais le sérum antitétanique n'agissant pas, comme on le croyait au début, vis-à-vis de la toxine, à la façon d'un antitoxique chimique, on ne peut plus se bercer du simple espoir qu'il neutralisera exactement le poison au fur et à mesure de sa production dans l'organisme.

Malgré le sérum, et en raison même de son inefficacité vis-à-vis du tétanos confirmé, la thérapeutique de la maladie demeure entièrement ce qu'elle était auparavant; la sérothérapie doit se borner simplement à être, suivant les indications, l'auxiliaire de l'intervention chirurgicale qui supprime la source du poison, du traitement antiseptique, qui, dans la plaie, s'attaque aux microbes associés favorisant l'action du bacille tétanique, du traitement antispasmodique qui, par le chloral et la morphine, modère l'irritabilité des cellules excitomotrices, de la médication diurétique et diaphorétique, qui cherche à favoriser l'élimination du poison par les urines et la sueur, etc.

Si le sérum demeure impuissant vis-à-vis du tétanos déclaré, il reste expérimentalement prouvé, d'une façon péremptoire, qu'en immunisant l'organisme au début de la période d'incubation, il peut enrayer la maladie dans sa phase prététanique.

La prévention du tétanos, œuvre du laboratoire, a pu être réalisée et formellement démontrée récemment en médecine vétérinaire.

L'effet préventif de la sérothérapie peut être recherché et espéré en clinique humaine, tout aussi bien que dans l'art vétérinaire; et même, étant donné que la preuve péremptoire de ce pouvoir préservatif a été faite par maintes expériences et par les chiffres si éloquents de Nocard, on doit, chez l'homme, chercher à réaliser l'immunité temporaire par le sérum antitétanique, chaque fois que l'on se trouve en face de sujets atteints de traumatismes qui, par leur siège et par les conditions au milieu desquelles ils se sont produits, sont favorables au développement du tétanos. Afin de procurer à l'organisme une immunité efficace, l'injection prophylactique sera pratiquée dans le plus bref délai, après le traumatisme suspect, afin que l'infection tétanique, si elle existe en germe, soit arrêtée d'une façon plus sûre dès le début de la période d'incubation, avant la phase d'intoxication ; les plaies par écrasement ou les plaies contuses souillées de fumier, de terre, de vase, ou compliquées de pénétration de corps étrangers provenant du sol, seront souvent une indication à la sérothérapie préventive.

Il persiste, malgré cela, de grandes difficultés dans l'application du sérum préventif. Quelquefois, le tétanos succède à des traumatismes insignifiants, si minimes même qu'ils peuvent rester méconnus : la sérothérapie préventive n'aura jamais l'occasion de s'exercer dans ces cas ; d'autre part, malgré la fréquence des plaies contaminées par la terre, le tétanos demeure, dans les pays du centre de l'Europe du moins, une affection des plus rares, puisque sur une moyenne de 1000 décès, en France, on en compte deux seulement qui lui soient dus : bien du sérum utilisé comme préventif aura donc des chances d'être employé inutilement.

La sérothérapie antitétanique peut devenir une ressource prophylactique précieuse dans la chirurgie de guerre. C'est surtout après les blessures par coup de feu ou par armes blanches que la sérothérapie en campagne pourra, dans certaines conditions déterminées, être tentée ; d'après diverses statistiques militaires, portant sur 364448 plaies observées aux armées, le tétanos se rencontrerait 3,3 sur 1000 blessés (Mathieu); d'après la statistique allemande de la guerre de 1870-1871, le tétanos, qui apparut 3,5 fois pour 1000 blessés, ne se produisit jamais à la suite des blessures par armes blanches.

Lors de la dernière guerre du Dahomey, Roux envoya à des médecins du corps d'expédition plusieurs tubes de sérum desséché, qui furent employés dans un espoir curatif chez des tétaniques, sans succès d'ailleurs, et préventivement chez une série de blessés ; ceux-ci n'eurent pas le tétanos; mais les renseignements fournis à ce sujet furent trop incomplets pour pouvoir servir de base à une appréciation quelconque.

Le sérum préventif pourrait être particulièrement héroïque si le tétanos avait, après certains combats, une tendance à sévir sous forme épidémique, frappant les blessés par milliers ou par centaines, comme après les batailles de Prague, sous Frédéric le Grand, ou de Bautzen, comme à Brescia, durant la campagne d'Italie.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement opératoire des fistules urinaires chez la femme. — Les procédés de Simon et de Sims présentent, d'après le professeur Fenomenoff, deux inconvénients assez importants : 1° on fait une perte de substance trop grande autour de la fistule ; 2° parfois on ne peut éviter une augmentation, quoique faible il est vrai, de la fistule.

Le procédé employé depuis longtemps et recommandé

par l'auteur a été décrit, du moins dans sa partie principale, pour la première fois, en 1857, par Collis, mais il n'a pas attiré l'attention des opérateurs. Il est basé sur les deux considérations principales suivantes : 1° la quantité des tissus dans la région du champ opératoire doit être la même avant et après l'opération, laquelle doit être une *plastie*, sans ablation complète des tissus ; 2° l'adaptation des surfaces avivées doit être facile, sans donner lieu à la tension des bords ; en outre, les tissus adaptés doivent être anatomiquement identiques. Voici comment procède M. Fenomenoff :

Le tissu du vagin est abaissé soit à l'aide d'une pince tire-balles, soit à l'aide de quelques fils de ligature qu'on y passe. Après avoir bien examiné la topographie de la fistule, bien mise en évidence à l'aide des crochets qui tendent le tissu de la région, et après avoir cherché dans quelle direction il sera plus facile de réunir les bords de la fistule, on procède à l'avivement. On incise le vagin au bistouri, dans le diamètre transversal, en partant de la fistule, de dedans en dehors, d'un côté, puis de l'autre. La longueur et la profondeur de l'incision varient suivant les circonstances. Avec une pince à greffe, on saisit le bord inférieur de l'incision et on dédouble tout le long de cette dernière la cloison vésico-vaginale, à une profondeur voulue, mais de façon que les lambeaux (vésical et vaginal) soient suffisamment épais. La mobilité du feuillet vésical fermé permet de juger si l'avivement a été suffisant.

On procède de la même façon pour le bord supérieur de l'incision ; cependant, si la fistule est suturée assez profondément, il vaut mieux procéder ici en formant le lambeau à l'aide d'une incision perpendiculaire à la première incision. Il se forme alors au bord supérieur de la fistule, aux dépens de la cloison dédoublée, deux lambeaux triangulaires. Ces lambeaux doivent ensuite être suturés le long de l'incision verticale. On peut aussi former, et cela est préférable, un seul lambeau supérieur, quadrilatère, en formant deux incisions ascendantes portant des extrémités de l'incision transversale. Ces incisions ascendantes sont en dehors de la circonférence de la fistule qui est recouverte par un seul lambeau sans sutures, ce qui est assez important si le lambeau est mince.

Le prolapsus de la vessie qui, dans d'autres procédés opératoires, constitue une complication gênante, peut, dans le procédé recommandé par le professeur Fenomenoff, être plutôt utile dans certains cas, car ce prolapsus n'a lieu que dans les fistules assez étendues, où il est difficile d'adapter les bords de l'orifice, tendus par la rétraction cicatricielle ; on peut alors profiter de la laxité des parois vésicales et fermer la solution de continuité vésicale par le tissu vésical même, déplacé grâce à la libération des bords.

Les sutures sont en deux rangées : vésicales et vaginales ; bien entendu, l'asepsie des fils de suture doit être absolue, surtout pour les sutures vésicales qui sont profondes (au catgut). Lorsque les sutures sont terminées, l'auteur fait l'essai : il remplit la vessie d'un liquide et voit si celui-ci ne s'écoule pas au dehors ; dans ce cas, on ajoute des fils supplémentaires.

M. Fenomenoff ne fait jamais cathétériser ses malades après l'opération. Parfois les premiers jours après l'intervention, l'urine continue encore à passer dans le vagin, par gouttes ; mais cela ne dure que quelques jours. Ce procédé est loin d'être infaillible, au point de vue du succès et l'auteur dit être parfois obligé de le répéter deux ou trois fois ; il le fait alors après un intervalle de trois à quatre semaines. Une fois il a eu la patience de refaire (et la malade de s'y prêter) l'opération d'une fistule six fois ; il faut dire que, finalement, il est arrivé à en avoir raison.

Le même procédé peut être appliqué aux fistules vésico-utérines. (*Wratsch*, 1896, n° 21.) S. BROÏDO.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés, en date des 20 et 25 juillet 1896, le ministre de l'Intérieur a décerné des médailles d'honneur et des mentions honorables aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies, qui ont sévi dans les départements d'Alger et de Constantine, en 1893, 1894 et 1895 :

Médaille d'or. — M. le docteur Treille, médecin de la prison civile d'Alger.

Médaille de vermeil. — Mme Roche, sœur à l'hôpital de Mustapha.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Chassaigne, médecin de colonisation à Châteaudun-du-Rhumel, et Martin, attaché à l'hôpital civil de Constantine ; MM. Goinard, Maurin, Nesmes et Rouquet, internes à l'hôpital civil de Mustapha ; Poli, interne à l'hôpital civil de Bône ; Mmes Boutibonnes, Damboin, Mordelet et Nunez, sœurs à l'hôpital civil de Mustapha ; MM. Iller et Pillet, infirmiers à l'hôpital civil de Mustapha.

Médailles de bronze. — M. le docteur Ammar, médecin suppléant à l'hôpital civil de Bône ; M. Avon, interne à l'hôpital de Mustapha ; Mme Bouchatou, infirmière à l'hôpital de Mustapha ; M. Cabanes, interne à l'hôpital de Mustapha ; M. Frojet, infirmier à l'hôpital de Mustapha ; M. Galéa, infirmier à l'ambulance de Philippeville ; M. Gendron, infirmier à l'hôpital de Mustapha ; M. Grimal, infirmier à l'hôpital civil de Bône ; M. Guilley, infirmier à l'ambulance de Philippeville ; M. Kammleiter, infirmier à l'hôpital de Mustapha ; Mme Kramm, infirmière à l'hôpital de Mustapha ; M. Léonard, infirmier à l'hôpital de Mustapha ; Mme Martinez, infirmière à l'hôpital civil de Bône ; MM. Masso, Moret et Rostol, infirmiers à l'ambulance de Philippeville ; M. Parrod, infirmier à l'hôpital de Mustapha ; M. Sautard, infirmier-major à l'hôpital civil de Bône ; M. Sider, interne à l'hôpital de Mustapha ; Mme Sirère, infirmière à l'hôpital de Mustapha ; Mme Tenière, en religion sœur Mathilde, attachée à l'hôpital civil de Constantine ; MM. Tournier et Trinchant, infirmiers à l'hôpital de Mustapha.

Mentions honorables : MM. Balavoine, infirmier détaché au lazaret de Constantine ; Bastien, infirmier à l'ambulance de Jemmapes ; Garcia, infirmier à l'hôpital civil de Bône ; Graffouillière, infirmier à l'ambulance de Philippeville ; Hamra, infirmier à l'ambulance de Jemmapes ; Julia, infirmier au lazaret de Constantine ; Mme Le Jeune, sœur hospitalière à l'hôpital civil de Bône.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Rodet, chef des travaux de médecine expérimentale, est chargé d'un cours de bactériologie pendant l'année scolaire 1896-1897.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition nationale Suisse à Genève.* Trains spéciaux de plaisir pour Genève à prix très réduits (mois de septembre.) — *Paris-Genève.* — 1. Aller : Départ de Paris, le 3 septembre à 10 h. 5 du soir ; arrivée à Genève, le 4 septembre à 11 h. 52 du matin. — Retour : Départ de Genève, le 10 septembre à 8 h. 50 du soir ; arrivée à Paris, le 11 septembre à 11 h. 3 du matin.

Prix des billets : au départ de Paris, 2e classe, 32 fr., 3e classe, 21 fr. ; au départ de Montereau, 2e classe, 28 fr., 3e classe, 18 fr. ; au départ de Laroche, 2e classe, 24 fr., 2e classe, 16 fr.

Les billets d'aller et retour ne sont valables, tant à l'aller qu'au retour, que pour le train spécial en vue duquel ils ont été créés.

2. Aller : Départ de Paris, le 18 septembre, à 10 h. 5 du soir ; arrivée à Genève, le 19 septembre, à 11 h. 52 du matin. — Retour au gré des voyageurs jusqu'au dernier train de la journée du 27 septembre, par tous les trains ordinaires, sauf les express. Toutefois, les voyageurs seront admis, au départ de Mâcon, dans le train express n° 14.

Prix des billets : au départ de Paris, 2e classe, 47 fr. 25, 3e classe, 30 fr. 80 ; au départ de Montereau, 2e classe, 41 fr. 35, 3e classe, 26 fr. 95 ; au départ de Laroche, 2e classe, 35 fr. 55, 3e classe, 23 fr. 15.

On peut se procurer des billets pour ces trains de plaisir, dès maintenant, pour le premier de ces deux trains, et à partir du 4 septembre, pour le second train, à la gare du P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, dans les bureaux succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous sommes de plus en plus dans la saison des vacances, ainsi que le baromètre académique permet de le constater. C'est le calme plat dans les bâtiments de la rue des Saints-Pères.

Cette fois, les présentateurs ont fui comme les académiciens, et devant les banquettes vides, le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une lettre du maire de Marseille, le docteur Flaissières, qui protestait contre les termes du rapport, lu précédemment devant l'Académie, par M. Hervieux.

M. Hervieux avait attiré l'attention sur les dangers créés par les foyers épidémiques de variole qui, nés à Marseille, trouvaient une facile dissémination, grâce au mouvement de sa population si nombreuse et si cosmopolite. Dans sa lettre, le docteur Flaissières affirme qu'il n'y a en ce moment, à Marseille, aucune épidémie, que, dans le cours de cet été, la mortalité est restée au-dessous de la moyenne habituelle, et que d'ailleurs, en ce qui concerne la variole, le service gratuit de vaccination directe à la génisse fonctionne depuis le mois de novembre de l'année dernière.

En quelques mots, M. Hervieux répond à la lettre du maire de Marseille pour maintenir les termes et les affirmations de son précédent rapport; il constate que, dans le semestre qui vient de s'écouler, la mortalité, par variole, a été de 358, à Marseille, tandis que depuis longtemps, à Paris, ce chiffre est tombé à 1 1/4 par mois.

Et, ensuite, faute de communications, la séance a été levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

La suffocation; questions médico-légales (1).

IV

Mort dans les foules. — A côté de ces faits, encore un peu obscurs, il y en a d'autres mieux connus : je veux parler de la *mort dans les foules*. Les accidents de ce genre, heureusement de plus en plus rares, se sont profondément gravés dans le souvenir de la population parisienne.

Le premier fait de ce genre remonte aux fêtes qui furent données par le roi Louis XV, pour célébrer le mariage du Dauphin avec l'archiduchesse Marie-Antoinette. Les illuminations étaient fort belles, la foule arrivait de divers côtés pour les voir, et trente à quarante personnes périrent étouffées.

En 1837, lors de l'illumination du Champ-de-Mars, il se produisit un mouvement si violent dans la foule, que vingt-trois personnes, qui furent ensuite examinées par Ollivier, moururent.

En 1866, Tardieu étudia l'accident du pont de la Concorde, survenu dans des circonstances analogues, et qui fit neuf victimes.

Signalons enfin l'accident tout récent, survenu le 29 mai 1896, pendant les fêtes du couronnement de l'empereur de Russie Nicolas II, et dans lequel près de 3000 personnes succombèrent et un grand nombre furent blessées.

Quel est le mécanisme de la mort dans ces événements? Il est très complexe. En général, quand on est pris dans une foule, le premier danger est la chute; car, s'il y a un espace suffisant pour qu'un individu puisse tomber par terre, la foule passera sur lui et il sera écrasé.

Si l'on n'est pas écrasé, on peut être énucléé. Il arrive à un moment donné que les pieds d'une personne, prise dans la foule, incessamment poussée par les gens qui sont à côté d'elle, perdent le contact du sol. Observez une foule en mouvement, vous verrez, de temps à autre, une personne émerger au-dessus du niveau général. Cette personne n'a plus les pieds par terre et elle subit une pression considérable de la paroi thoracique et de la paroi abdominale. Les femmes et les enfants sont les victimes les plus ordinaires de cette énucléation.

Il semble qu'il soit difficile que les côtes et le diaphragme soient comprimés au point de ne plus pouvoir faire pénétrer dans la cage thoracique une quantité d'air suffisant à la respiration : on n'a pas, d'ailleurs, relevé chez les victimes d'accidents de ce genre, des fractures de côtes, à moins qu'elles n'aient reçu des coups de pied.

Eh bien, en dehors de toute violence apparente et appréciable, un certain nombre de personnes ont succombé, et elles ont paru succomber uniquement à la compression des parois thoraciques.

L'intérêt qui s'attache à ces considérations ne serait pas

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 965.

très pressant, s'il ne s'agissait, dans tous les cas, que d'une compression dans la foule attirée par une réjouissance publique ou un spectacle extraordinaire. Aujourd'hui, à Paris, les foules sont moins aveugles, elles savent mieux se conduire, et les agents de l'autorité savent fort bien les diriger.

Mais il y a d'autres faits sur lesquels j'appelle toute votre attention.

En 1851, Hardy a examiné sept ou huit femmes, victimes d'un accident d'usine. Un mur s'était éboulé ; toutes les ouvrières qui travaillaient dans l'atelier se précipitèrent du côté opposé, vers une porte de sortie qui s'ouvrait vers l'intérieur de la salle. Elles s'y écrasèrent, aucune ne succomba, mais pour quelques-unes d'entre elles, les suites de cette suffocation par compression furent longues et pénibles ; les unes étaient devenues à demi folles, d'autres eurent de l'amnésie, d'autres encore des crises d'hystérie.

Quand nous étudierons les grands traumatismes, à la suite d'accidents de chemin de fer, par exemple, dont je n'ai pas en ce moment à faire l'histoire, nous retrouverons les mêmes faits. Là aussi, on constate des états nerveux particuliers, convulsifs, la perte de mémoire, etc.

Dans quelles conditions avons-nous à intervenir dans des accidents de ce genre ? Rarement au criminel, presque toujours au civil.

Lorsqu'il s'agit d'un accident arrivé dans un atelier, effondrement ou incendie, les ouvriers qui en ont été victimes intentent une action en dommages-intérêts à leur patron : ils ont été blessés en se livrant à un travail pour lequel il les employait; il est donc responsable. Le patron se retourne contre son architecte qui aurait dû ne lui livrer qu'un atelier satisfaisant aux exigences de la sécurité.

Rappelez-vous que pour qu'il y ait écrasement dans un endroit où se tiennent une trentaine de personnes, il faut qu'il y ait un affolement instantané.

Il y a quelques années, le Congrès de chirurgie se réunissait dans cet amphithéâtre. Pour lui faire honneur, on avait placé quelques tentures légères. M. Le Dentu faisait une communication : comme il était midi passé, il ne restait heureusement plus que quelques congressistes dans la salle ; M. Le Dentu, sentant sous ses pieds une chaleur insolite, soulève un coin du tapis, immédiatement une flamme jaillit.

Larrey et Verneuil, qui siégeaient au bureau, n'eurent que le temps de se sauver ; encore Verneuil dut-il abandonner son chapeau, placé près de la cuve à mercure, et que la chaleur racornit tellement que ses proportions en furent réduites de moitié. Il est déposé au Musée de médecine légale.

En quelques secondes, les flammes avaient atteint le haut de l'amphithéâtre et fait éclater le plafond vitré.

Ce qui s'est passé à l'amphithéâtre de la Faculté se passe dans les grands ateliers en bois.

A côté des ateliers en bois, placez les baraques des hôpitaux. J'ai obtenu, depuis l'incendie des baraquements élevés à Trousseau pour le service des scarlatineux, qu'il ne fût plus élevé, dans les hôpitaux de Paris, de constructions en bois.

Lorsque j'étais médecin de l'hôpital Saint-Antoine, en 1876, trois baraques occupées par des femmes furent incendiées. Deux malades, qui ne purent se sauver, périrent. Les trois baraques ont été enflammées en moins de cinq minutes. Les infirmiers disaient qu'elles avaient flambé comme un paquet d'allumettes qu'on gratterait avec l'ongle. Dans ces incendies, le danger est énorme pour les malades qui peuvent se lever et pour ceux qui ne le peuvent pas.

J'ai visité, il n'y a pas longtemps, un baraquement destiné à abriter des femmes, dans un service de chirurgie abdominale.

Cette baraque, assez grande, devait contenir une vingtaine de lits ; elle en compte trente-six, elle n'a qu'une porte. En cas d'incendie, combien de ces malades pourrait-on sauver ?

Si vous êtes consultés sur l'établissement et les conditions de sécurité de baraques en bois, et on vous demandera votre avis dans les commissions d'hygiène dont vous serez appelés à faire partie, vous devez dire qu'il n'est possible de compter, en cas de feu, ni sur les pompiers, ni sur les bouches d'incendie. Quand le feu éclate, c'est une explosion, et c'est à ce moment que les personnes qui peuvent se sauver en ont encore la possibilité. Après quelques minutes, il est trop tard.

Ces mêmes faits se sont produits lors de l'incendie de l'Opéra-Comique ; je ne vous en referai pas l'histoire.

Rappelez-vous que, dans les baraques, les ateliers en bois, les portes doivent être en très grand nombre, et que toutes doivent s'ouvrir en dehors.

Lors d'une des dernières épidémies, dans une ville importante de province, dont je tairai le nom, j'ai été voir une baraque qui devait recevoir quatre-vingts malades. Cette baraque avait 52 mètres de longueur ; on n'en pouvait sortir que par une seule porte, trop étroite pour que deux personnes pussent y passer de front. Il y a là une incurie, une ignorance des phénomènes qui se passent dans les incendies des baraques en bois, que ne semblent pas avoir atténuées de bien cruels exemples.

Le feu prend, l'explosion suit immédiatement, en un clin d'œil la construction entière est envahie par les flammes. Les individus qui se trouvent dans la baraque se précipitent, affolés, vers la porte, et s'écrasent les uns les autres en voulant se sauver.

C'est ce qui est arrivé dans l'incendie du Ring-Theater de Vienne. Les portes s'ouvraient toutes en dedans. On a trouvé aux deuxième et troisième galeries, quinze, vingt et jusqu'à trente-cinq cadavres brûlés, entassés derrière certaines portes, qu'il n'avait pas été possible d'ouvrir.

Il en a été de même lors de l'incendie du théâtre de Nice.

Ces accidents sont imputables à l'imprévoyance des architectes qui n'ont pas su ménager à l'écoulement des foules des voies suffisamment larges et faciles.

Il ne faut cependant pas exagérer, dans ces accidents, l'importance de la compression ; d'autres facteurs entrent en jeu, tels que l'élévation exagérée de la température et le dégagement considérable d'oxyde de carbone. Mais Hofmann n'en a pas moins relevé sur un grand nombre de cadavres du Ring-Theater les signes propres de la compression dans les foules. Nous n'avons pas eu à faire ces constatations sur les victimes de l'incendie de l'Opéra-Comique ; aucune ne présentait de lésion qui pût être attribuée à l'asphyxie par compression, d'ailleurs les portes des couloirs et des galeries s'ouvraient toutes de dedans en dehors.

V

Quels sont les signes de la suffocation par écrasement dans les foules. — Je laisse, bien entendu, de côté les incendies.

Ce qui a beaucoup surpris les médecins légistes, c'est la

pâleur de la face. Les individus n'ont pas le visage congestionné. C'est précisément dans cette forme d'asphyxie que le sang est le moins noir et qu'il garde le plus longtemps sa rutilance.

Recherchez les ecchymoses de la conjonctive, les ecchymoses ponctuées du haut thorax, des épaules, de la face : vous les trouverez toujours.

Le poumon est un peu congestionné, il ne s'affaisse pas, il a une couleur rouge tirant sur le carmin : il présente cet aspect particulier que M. Lacassagne a appelé l'*œdème carminé*. Il peut être le siège d'un emphysème partiel peu étendu. On constatera quelquefois la présence d'ecchymoses sous-pleurales et de noyaux apoplectiques dans les poumons : mais ces deux caractères manquent parfois.

On peut trouver dans les bronches une écume rosée, formée de bulles très fines. Il ne m'est pas possible de vous expliquer pourquoi l'on constate de l'écume bronchique chez certains individus et pas chez d'autres.

Il y a des ecchymoses sous le péricarde. Le sang est fluide; lorsque la suffocation a été lente, le cœur contient quelques caillots.

On trouve aussi des ecchymoses dans le tissu cellulaire, sous le cuir chevelu et sur le thymus qui est augmenté de volume.

J'attire, à propos du thymus, votre attention sur certains accidents que vous devez connaître. Chez quelques enfants, le thymus est hypertrophié, au point d'amener une suffocation subite. Ces enfants tout d'un coup penchent la tête et meurent : il faut que vous soyez prévenus, afin de ne pas être tentés de croire à une tentative criminelle.

Enfin, quelques auteurs ont signalé des lésions des méninges chez les enfants, chez les alcooliques, chez les aliénés. Ce sont toujours des hémorragies méningées; elles se produisent surtout dans deux circonstances : tantôt il s'agit d'adultes, alcooliques ou aliénés, porteurs d'une pachyméningite antérieure, et tout préparés, par conséquent, pour une hémorragie méningée arachnoïdienne; tantôt il s'agit d'enfants de quelques mois, chez lesquels cette hémorragie est très fréquente au moment de la première dentition.

Vous ferez la recherche des corps étrangers dans le larynx, la trachée et les bronches. Je me suis suffisamment appesanti sur ces points, pour ne pas y revenir de nouveau.

En résumé, l'histoire de la suffocation comprend trois ou quatre grands chapitres; on peut nous reprocher, à la rigueur, de réunir ainsi un certain nombre de faits, qui semblent être assez indépendants les uns des autres, et n'avoir entre eux aucune connexion intime. Ils ont cependant un lien qui les unit : c'est la similitude de l'enquête médico-légale.

LA SÉROTHÉRAPIE

AU CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE NANCY (1)

V

Après la lecture des deux rapports de MM. Roger et Haushaulter, la discussion s'est ouverte sur la sérothérapie et nombre de communications intéressantes se sont fait entendre.

MM. BÉCLÈRE, CHAMBON et MÉNARD ont fait l'**étude expérimentale des accidents post-sérothérapiques**; ils ont constaté que du sérum de cheval, introduit en grande quantité sous la peau d'une génisse, lui donne de la fièvre des éruptions polymorphes simulant l'urticaire ou la rougeole et même des arthropathies, en un mot, des accidents très analogues, pour ne pas dire identiques à ceux qui dans l'espèce humaine succèdent assez souvent à l'infection sous-cutanée des divers sérums thérapeutiques.

Trois génisses ont présenté, quatre jours environ après l'injection de sérum de cheval, dont un seul avait été immunisé contre la diphtérie, un exanthème généralisé, morbiliforme et urticaire avec élévation de la température : l'une d'elles a montré, en outre, des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur qu'il a semblé légitime de rattacher à des arthropathies prédominant dans un des membres antérieurs. Les expérimentateurs, dans des conditions identiques, ont injecté à treize génisses du sérum d'animaux de même espèce et n'ont jamais provoqué d'accidents semblables. Les accidents décrits par eux sont donc bien spéciaux au sérum de cheval. Obligeamment récolté par M. Nocard, ce sérum était absolument stérile : ni sur le sérum injecté, ni sur les lésions cutanées, ni sur les lésions articulaires, on n'est parvenu à découvrir aucun microbe. L'action nocive pour l'espèce bovine du sérum de cheval est donc une action toxique. MM. Béclère, Chambon et Ménard rapprochent le résultat de leurs recherches de celles faites par plusieurs médecins, par Bertin (de Nantes), Sevestre et Johannessen qui, en injectant à des enfants atteints d'affections diverses du sérum de cheval non immunisé contre la diphtérie, ont provoqué l'apparition d'accidents analogues. Ils en concluent d'abord que le sérum de cheval peut contenir des substances toxiques, à la fois pour l'espèce humaine et pour l'espèce bovine, puisque sur la question encore controversée de l'étiologie des accidents post-sérothérapiques, leur recherche confirme l'opinion générale adoptée. Ces accidents ne sont pas dus aux toxines introduites dans l'organisme des animaux producteurs de sérum, non plus qu'aux antitoxines qui en dérivent, mais au sérum même qui sert à celle-ci de véhicule.

Comme les orateurs précédents, M. BOSC (de Montpellier) étudie **quelques phénomènes consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique**, c'est-à-dire la fièvre, les troubles circulatoires et l'albuminurie.

Sont-ce là des signes graves, des accidents? ou bien sont-ce des signes sans valeur pronostique et inexplicables en ce moment?

Si on étudie l'action d'un certain nombre de substances, telles que le sérum normal et les substances coagulantes contenues dans ce sérum, on obtient une élévation de température de 1 degré à 1°5 et une accélération cardiaque considérable. Les substances anticoagulantes agissent de la même façon.

Le chlorure de sodium, substance minérale, produit les mêmes effets et détermine chez l'animal sain un véritable accès de fièvre et de l'accélération du cœur. Mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces actions sont peu durables, quoique énergiques : il s'agit d'une véritable réaction.

Si on injecte du chlorure de sodium dans les veines d'un chien infecté par le coli-bacille, on produit ici une élévation de température, une accélération vive du cœur, mais l'élévation thermique est plus forte et toujours limitée à quelques

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 993.

heures et, s'il y a accélération cardiaque, il y a également un relèvement énergique de la pression sanguine.

Il s'agit d'une réaction de l'organisme réellement critique, curatrice et même empêchante, si l'impulsion salée a été précoce.

Il en est de même encore dans la diphtérie, et les symptômes fébriles et cardiaques qui suivent l'injection ont la même valeur.

Les phénomènes consécutifs à l'injection du sérum peuvent donc avoir une valeur pronostique bonne, mais il faut pour cela que ce soit une réaction régulière : que la fièvre ne persiste pas plus de quatre à six heures (accès de fièvre critique), que l'accélération du cœur s'accompagne d'une élévation persistante de la pression sanguine.

Au contraire, dans les cas où on est en présence d'une température hyperthermique persistante et que l'accélération cardiaque va avec un affaiblissement de plus en plus marqué de la pression sanguine, le pronostic sera mauvais.

Quant à l'albuminurie, sa signification doit être réservée; on en produit avec le sérum normal chez des lapins sains, mais elle n'est pas persistante; on en produit également avec le sérum antidiphtérique, mais non pas dans tous les cas. Chez l'homme, si on observe de l'albuminurie à la suite de l'injection du sérum antidiphtérique, on ne peut encore donner un avis ferme sur la valeur de ce symptôme : il mérite une étude expérimentale et clinique nouvelle.

M. FÉRÉ (de Bordeaux) attire l'attention sur un fait curieux. Il reconnaît un **pouvoir immunisant contre la diphtérie du sérum de cheval normal**. Ce serait là une découverte des plus curieuses et qui bouleverserait bien des doctrines.

D'une série de 10 expériences, il résulte que le sérum des chevaux normaux, c'est-à-dire de chevaux non préparés expérimentalement pour la production d'un sérum antitoxique, peut donner, lorsqu'on l'injecte seul et à l'état de pureté au cobaye, des résultats très variés au point de vue de l'immunisation de ce dernier contre la diphtérie. Dans certains cas, cette action immunisante est nulle; dans d'autres cas, comme l'avait constaté M. Roux, elle est de valeur moyenne; dans d'autres cas, au contraire, elle est assez considérable, et dans une de nos expériences, le pouvoir antitoxique, ou en immunisant de ce sérum, est de 20000 et même un peu supérieur à 20000. Cela explique quelques heureux résultats obtenus, dans le traitement de la diphtérie, par le sérum de cheval normal.

M. DENIS (de Louvain) fait connaître le résultat des recherches faites, dans son laboratoire, sur un **sérum antipneumococcique**.

Les expériences ont été faites avec un microbe très virulent, dont la virulence a été augmentée par une série de passages. Un cent millionième de centimètre cube tuait toujours le lapin. Quand on immunise les lapins, on arrive à leur faire supporter une dose d'un demi-centimètre cube.

L'ensemencement du pneumocoque sur le sérum de lapin neuf permet son développement normal; si l'ensemencement a lieu sur sérum de vaccinés, le développement paraît un peu plus lent, mais c'est qu'il y a agglomération.

Lorsqu'on mélange un sérum normal avec des globules de lapin normal, le développement du pneumocoque se fait dans d'excellentes conditions.

Le mélange du sérum normal avec des globules de lapin vacciné n'entraîne aucune modification. Il n'en est pas de même du mélange de sérum de vacciné avec les globules d'animal vacciné, qui enraye notablement le développement du pneumocoque.

Nous ne suivrons pas plus loin notre confrère dans sa communication, cependant si intéressante ; mais son sérum n'a point encore été inoculé à l'homme.

MM. SPILLMANN et ÉTIENNE (de Nancy) ont pratiqué avec succès le traitement de la **chlorose par l'ovaréine et le suc ovarien**.

L'ovaire peut être physiologiquement considéré comme ayant un triple rôle :

a. Glande à sécrétion externe, sécrétant l'ovule ;

b. Glande chargée d'éliminer par le sang menstruel l'excès des toxines organiques ;

c. Glande à sécrétion interne, analogue à celle du testicule chez l'homme. Cette sécrétion interne aurait un rôle immense dans la nutrition générale.

Si la chlorose est une maladie des ovaires, on comprend que ces trois fonctions des ovaires soient modifiées ou abolies au cours de la chlorose. Ce sont d'abord les troubles de l'ovulation, puis les troubles de la menstruation qui déterminent cette intoxication spéciale qui est la chlorose. Enfin, la nutrition générale de la femme s'affaiblit.

Il est donc naturel de penser que, si l'on rend à l'organisme chlorotique, d'une façon quelconque, le produit ovarien d'une sécrétion interne, on pourra peut-être faire cesser l'intoxication, agir sur l'organisme en général et permettre la guérison de l'affection ovarienne locale.

Dans ce but, nous avons donné à six chlorotiques des produits différents : ovaires de brebis à l'état frais, substance ovarienne desséchée et suc ovarien préparé par la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval.

Après la première prise du médicament, toutes nos malades ont éprouvé des douleurs dans le bas-ventre, des malaises, de la céphalalgie et des myalgies vagues. Deux malades ont même vu la température s'élever à 38 degrés et le pouls à 100 pulsations.

Chez trois malades, les résultats éloignés du traitement ont été entièrement favorables ; on a vu l'état général s'améliorer, la pâleur diminuer, le nombre des globules augmenter. A l'aménorrhée ont fait place des menstrues.

En définitive, l'ovaréine donnée aux chlorotiques semble être un traitement rationnel qui facilite l'élimination des toxines et introduit dans l'organisme un principe antitoxique, dont l'action s'exerce sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules et les troubles menstruels, ces trois grands facteurs de la chlorose.

M. AUSSET (de Lille) parle au nom de la clinique et à propos des **accidents de la sérothérapie antidiphtérique**. S'appuyant sur les observations recueillies dans son service et dans sa pratique privée, il s'élève contre l'invasion de la bactériologie, qui cherche à détrôner la clinique, alors que celle-ci doit toujours être la suprême maîtresse. A son sens, l'état général doit être le seul guide pour la pratique de la sérothérapie; la présence du bacille de Lœffler n'est pas suffisante.

Cette réserve lui est inspirée par les accidents parfois terribles que les auteurs ont signalés à la suite des injections de sérum. L'auteur rapporte une observation personnelle des plus probantes. Il s'agit d'un enfant atteint d'une

angine bénigne, dont la culture donna du Lœffler pur ; cet enfant reçut 20 centimètres cubes de sérum de Roux. Il guérit et sortit de l'hôpital. Il rentra, douze jours après la date de l'injection, avec une éruption érythémateuse généralisée, de l'hyperthermie, de l'albuminurie et une prostration extrême. La mort survint onze jours après, avec les mêmes signes, auxquels était venue, à la fin, se surajouter une bronchopneumonie.

L'auteur conclut à la mort par infection secondaire du poumon occasionnée par le trouble profond produit dans l'organisme de cet enfant par l'injection de sérum.

Il convient donc de ne pas pratiquer les injections dites préventives ; il faudra s'inspirer surtout de l'état général du malade, car si la méthode de Behring est excellente, il faut se souvenir que le sérum, même normal, peut causer des accidents graves auxquels il n'est pas indifférent de soumettre l'organisme.

A signaler une communication de M. RONDOT sur **les bons effets du sérum de Marmorek dans quelques cas de streptococcus.** Mais l'accord est loin d'être parfait et, de l'avis de bien des praticiens et non des moins éclairés, ce sérum a besoin de rentrer dans le laboratoire pour en sortir après des études plus suivies et plus approfondies.

Le DOCTEUR TREILLE (d'Alger) a essayé le **sérum de Roux dans la fièvre quarte**, mais les résultats sont bien minimes et peu caractéristiques.

MM. ALBARRAN et MOSNY exposent le résultat de leurs recherches sur la **sérothérapie dans l'infection urinaire.** Après avoir décrit comment ils obtiennent leur sérum, quels sont les animaux qu'ils choisissent et quelles sont les qualités du sérum obtenu, ils terminent en disant :

« Depuis trois mois, nous employons dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, la sérothérapie de l'infection urinaire coli-bacillaire chez l'homme. Nous avons pratiqué des inoculations sous-cutanées de sérum, et, d'un autre côté, nous avons pensé qu'il serait utile d'injecter dans la vessie de nos malades une certaine quantité de sérum. Nous avons, en effet, expérimentalement observé qu'une très faible quantité de sérum mélangé à la culture en détruit les effets. C'est là un procédé nouveau dans l'application de la sérothérapie à l'homme ; nous tenions à le signaler dès aujourd'hui.

Nos recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire chez l'homme nous ont donné de bons résultats, que M. Guyon fera prochainement connaître. Chez l'homme l'infection urinaire coli bacillaire présente des allures cliniques bien connues, qui permettent d'appliquer la sérothérapie, non seulement pour combattre l'infection déjà développée, mais encore, d'une manière préventive, pour empêcher l'éclosion d'accidents dont le développement est certain dans un délai déterminé. Ce sont là des conditions qui permettent d'apprécier rigoureusement les résultats obtenus; et c'est pour cette raison qu'au début de nos recherches humaines, nous avons tenu à n'appliquer nos sérums qu'à l'infection urinaire. Les résultats acquis nous font espérer que nos recherches trouveront, dans l'avenir, leur application à d'autres infections coli-bacillaires. »

M. CAPMAN (de Montpellier) fait connaître des expériences **d'immunisation et de sérothérapie antistaphylococcique**, mais la pratique ne s'est pas encore prononcée à ce sujet, malgré les résultats des plus encourageants du laboratoire.

Nous aurions aussi à mentionner les expériences de M. DUBOIS sur **la transmission du cancer humain à l'animal et sur la sérothérapie du cancer**; mais, suivant la très judicieuse observation de M. Bard, il faut y regarder à deux fois avant de proclamer l'influence spécifique du sérum sur les véritables néoplasmes.

VARIÉTÉS

Quelques réflexions sur une coutume singulière des femmes publiques indigènes (1).

Par M. le professeur REY,

Chirurgien de l'hôpital civil et du Service municipal des vénériennes à Alger.

II

OBS. VIII. — Malahaa bent Mohamed, vingt ans. Trois brûlures à la face antérieure de l'avant-bras droit, faites à Alger, chez elle, après s'être enivrée avec de l'anisette. N'a ressenti aucune douleur. Une autre brûlure datant d'un an, sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, faite dans les mêmes conditions que les précédentes.

OBS. IX. — Fathma Isorah, vingt ans (de Blidah). Une brûlure à la face antérieure du poignet droit, faite chez elle, assistant à une noce et pour inviter les autres à se brûler. Une autre brûlure à la face dorsale de l'avant-bras gauche, datant de six mois, par colère d'être entrée au Dispensaire.

OBS. X. — Fathma Zorah bent Saïd Moussa, vingt et un ans (d'Alger). Une brûlure à la partie interne de l'avant-bras gauche, deux autres sur la face dorsale. Ces trois brûlures ont été faites en une seule fois, alors qu'elle s'était grisée avec de l'absinthe. Une brûlure sur la face dorsale du poignet droit; sept autres sur la face dorsale de l'avant-bras droit ; par colère de n'être pas sortie du Dispensaire.

Nous jugeons inutile de citer un plus grand nombre d'exemples, pour éviter des redites fastidieuses. Aux faits précédents, tous recueillis chez des femmes, nous joindrons celui d'un Arabe d'Alger, à peau fortement pigmentée. Il a servi un peu partout; il porte cinq vastes cicatrices sur la face de l'avant-bras droit et de la main.

Voici, d'après lui, leur origine : dos de la main, grandeur d'un franc, *pour m'être soûlé.* Avant-bras : la plus large au-dessus du poignet, grandeur de 2 francs, *femme infidèle.* Puis successivement : *coup de matraque d'un collègue, perte d'argent.* Enfin : *Je ne me soûlerai plus.*

Chez aucun des sujets, qui font l'objet des annotations précédentes, nous ne voyons les piqûres du tatouage ou les plaies qui succèdent aux brûlures entraîner des accidents, des complications ultérieures, au moins apparentes. Il n'en est plus de même dans les deux observations qui vont suivre.

OBSERVATION I. — Aïcha bent Saïd, dix-huit ans, née à Delhys, veuve, un enfant mort à l'âge de trois ans. Syphilitique. Après trois séjours antérieurs au Dispensaire, elle y rentre à nouveau le 6 octobre 1892.

Nous constatons une rangée de chancres mous précaronculaires à gauche; à chaque aine, mais plus volumineux à gauche, un bubon rouge violacé, à fluctuation manifeste.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 968.

Une large incision est pratiquée au bistouri, de chaque côté, et donne un pus sanieux, mélangé de sang. Une double inoculation sur la ligne blanche provoque, pour le bubon gauche et l'un des chancres, un résultat positif.

Le 9 octobre, mettant à profit les talents de l'une de ses compagnes, Aïcha se fait faire des tatouages au-dessus des deux seins, et à cinq centimètres environ de chaque côté de la ligne médiane. Le dessin représente deux trèfles de carte à jouer.

Dès le lendemain, nous constatons l'apparition de petites lésions dont les allures rappellent l'évolution des inoculations chancreuses. Les jours suivants, nous voyons la peau s'amincir, puis, découpée en languettes étroites, s'étendre comme un pont au-dessus d'une cavité purulente anfractueuse. Un liséré inflammatoire, des bords taillés à pic, enfin plusieurs réinoculations caractéristiques ne nous laissent aucun doute sur la nature de l'ulcération, qui cède au chlorure de zinc, suivant le procédé de Balzer, après avoir atteint des dimensions respectables : quatre centimètres de longueur sur un demi de largeur.

Des symptômes analogues se sont développés à peu près sur cinq brûlures de cigarettes que la malade s'est faites à la face dorsale de l'avant-bras gauche, dans sa douleur de voir son séjour au Dispensaire prolongé par suite des accidents survenus à ses tatouages. Les ulcérations des brûlures ne tardent pas à prendre une marche anormale; leur circonférence, ordinairement assez régulière, s'échancre; les bords se boursouflent, se décollent et les plaies grandissent, sans prendre toutefois les allures du phagédénisme.

Résultats inoculatoires également positifs. Malgré la multiplicité des lésions, la réparation s'est effectuée d'une façon assez rapide.

Obs. II. — Zorah bent Mohamed ben Miliani, âgée de vingt-trois ans, veuve, sans enfants. Après plusieurs séjours au Dispensaire, elle est de nouveau arrêtée, le 26 novembre 1892, pour trois chancres mous ; au méat, et à chaque pli génito-crural. Les deux derniers offrent d'assez grandes dimensions (la surface environ de l'ongle du médius). Inoculation positive du chancre du méat.

Quelques jours après son admission, la malade se fait tatouer sur la ligne blanche, dans le voisinage de l'inoculation, un dessin représentant une feuille de fougère, longue d'environ dix centimètres sur deux de largeur.

Lors d'une visite suivante, nous remarquons que des greffes purulentes se sont produites sur un grand nombre de piqûres au niveau du tatouage; bientôt, la peau se dissèque en bandelettes qui recouvrent une multitude de chancres, auxquels succède une vaste ulcération croûteuse, circonscrite par un liséré rouge vineux, à bords déchiquetés et anfractueux.

Tous ces accidents finirent par céder à des applications répétées de chlorure de zinc. Le 24 décembre, la malade put quitter l'hôpital.

On ne saurait s'étonner des faits qui précèdent quand on connaît les habitudes de malpropreté chères à la plupart des indigènes. On peut y ajouter le mépris profond pour les pièces de leurs pansements, qu'ils considèrent comme un luxe inutile.

Pour nos filles publiques, leur principale préoccupation consiste à s'essuyer avec des chiffons infects ou des débris de compresses échappées au feu purificateur. Elles les passent complaisamment de l'une à l'autre, avant l'instant de surveillance qui précède la visite, et souvent, malgré la punition qui les menace, les mettent soigneusement à part pour recourir les jours suivants à leurs bons offices.

Aussi avons-nous vu la chancrelle se développer, plusieurs semaines après leur admission, chez des femmes qui en étaient sûrement indemnes au moment de leur entrée dans le service. Nous l'avons également vue apparaître sur des traînées de gale, aux plis cruro-fessiers ou dans les environs de la région vulvaire. L'aspect particulier des plaies et leur marche spéciale ne laissait aucun doute; du reste, des inoculations suivies d'ulcérations caractéristiques nous ont prouvé que nous avions réellement affaire à la chancrelle et non à des pustules psoriques.

En résumé, les Mauresques cartées d'Alger ont l'habitude de se faire, *avec la cigarette*, des brûlures assez sérieuses sur les téguments des membres supérieurs.

Cette coutume, assez répandue, n'est pas spéciale aux femmes indigènes qui pratiquent la prostitution à Alger. On l'observe également à Médéah et à Blidah. Il est exceptionnel d'en rencontrer chez l'homme.

Cet exemple n'est pas suivi par les prostituées européennes.

Le siège favori est l'avant-bras, de préférence à sa face postérieure.

Ces brûlures sont larges, profondes, circulaires; on en compte parfois jusqu'à vingt, faites par groupes à des époques successives.

Les cicatrices indélébiles qui en sont la conséquence ont souvent été prises pour des traces d'ecthyma syphilitique et d'autres affections contagieuses ou parasitaires.

Même à la période inflammatoire, ces plaies semblent parfaitement indolores; tout au moins, les femmes se flattent de n'éprouver à leur niveau aucune souffrance.

Les causes de ces mutilations varient peu : ivresse avec l'anisette ou l'absinthe, colères ou chagrins, disputes, incarcérations au Dispensaire, peines de cœur, simple distraction!

En dehors des stigmates cicatriciels, il n'en résulte d'ordinaire aucune complication fâcheuse.

Cependant, il nous a été donné de voir ces plaies envahies par le virus de chancrelles voisines. Nous avons constaté sur des tatouages récents des accidents de même nature.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

31. M. Lambret. Quelques considérations sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale. — 32. M. Corez. Étude critique du traitement des diarrhées infantiles. — 33. M. Tamboise. De l'emploi de la cocaïne dans la chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme. — 34. M. Herlemont. De l'adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le carcinome de la prostate. — 35. M. Échevin. De l'épithélioma des doigts. — 36. M. Pannier. Diagnostic et traitement des fractures isolées des os du carpe. — 37. M. Delavalle. Du choix du procédé opératoire dans la cataracte congénitale. — 38. M. Hermo. Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux gynatrésies congénitales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 27 août 1896, ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Courtin et Moure (de Bordeaux), et Detourbe (de Paris).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchard est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1896-1897.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants, pour le premier semestre de l'année scolaire 1896-1897.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Godet (de Gémozac), Tavéra (d'Ajaccio) et Wagnier (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 102. — SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1896. — Nº 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la valeur du traitement orthopédique curatif non sanglant dans la luxation congénitale de la hanche.

Par le docteur HAGOPOFF,
Ancien chef de laboratoire de l'hôpital Rothschild.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur le dossier si chargé de la luxation congénitale de la hanche, on dirait que cette malformation a eu le privilège de passionner, de tout temps, les chirurgiens aussi bien en France qu'à l'étranger.

Si l'on doit aujourd'hui, dans cette époque d'antisepsie, se départir complètement du scepticisme des anciens chirurgiens, il faut, toutefois, avouer que, malgré les grands progrès accomplis, malgré les discussions ardentes qu'elle souleva, sa formule thérapeutique est encore malheureusement à trouver.

C'est donc une question à l'étude; nous ne voulons entreprendre ici que celle du traitement orthopédique dit curatif ou sans opération sanglante, car quelques chirurgiens ont, à l'heure actuelle, tendance à revenir à cette méthode, les uns croyant obtenir la réduction proprement dite, les autres se basant sur la possibilité de la formation d'une néarthrose assez solide pour fixer la tête du fémur.

Réduction et fixation de la tête : voilà deux gros problèmes qui dominent toute la question et qui, loin d'être résolus, méritent d'être étudiés sérieusement, comme nous nous proposons de le faire. Aussi allons-nous énumérer rapidement les différents procédés mécaniques employés et leurs résultats pour en arriver à des conclusions qui seront déduites de l'anatomie pathologique elle-même.

I

Et d'abord, la luxation congénitale est-elle susceptible de réduction? Question vieille et débattue depuis Dupuytren jusqu'à nos jours.

Dupuytren, désespérant d'obtenir la réduction, découragé des insuccès des appareils orthopédiques, laissait évoluer la difformité articulaire qu'il considérait comme une infirmité incurable. Quoiqu'il ait pu constater les bienfaits de l'extension continue que Lafond et Duval avaient appliquée avant lui sur un enfant de huit à neuf ans atteint de luxation congénitale de la hanche, toujours est-il que l'éminent chirurgien, dans un remarquable mémoire, s'expliquait en ces termes : « A quoi serviraient des tractions exercées sur les membres inférieurs? En supposant que, par ce moyen, on pût ramener ces membres à leur longueur, n'est-il pas évident que, la tête des fémurs ne trouvant aucune cavité disposée pour la recevoir et capable de la retenir, le membre perdrait, dès qu'on l'abandonnerait à lui-même, la longueur qu'on lui aurait rendue par l'extension? »

Ces mémorables paroles, qui avaient trouvé un écho dans Bouvier, ne cherchaient-elles pas à nous montrer que, au lieu de perdre le temps avec l'extension continue qui est un *moyen trompeur*, ainsi que nous allons le démontrer bientôt, il valait mieux ne rien faire?

Assurément, si Dupuytren avait connu l'antisepsie, il n'aurait pas hésité à employer la méthode à ciel ouvert pour la cure de la malformation qui nous occupe.

Déjà Humbert (de Morley) et Jacquier (1835), instruits de l'anatomie pathologique, avaient pensé que l'entrave à la réduction et surtout le maintien de la réduction tenaient à la discordance de la tête et du cotyle. C'est sur ces principes qu'ils avaient imaginé des appareils trop compliqués pour être décrits ici. Bien que les résultats de leur méthode ne fussent pas très significatifs, ces auteurs n'en ont pas moins eu un grand mérite, celui d'avoir indiqué à leurs successeurs la voie rationnelle à suivre, la *voie anatomo-pathologique*.

Pravaz (1847) a suivi cette voie, et ses tentatives sont, en tous points, remarquables. Sa méthode, analogue à celle de Humbert, se divise en trois temps : 1° extension préparatoire pendant quatre ou six mois; 2° réduction; 3° consolidation et exercice de l'articulation soulagée du poids du corps. Les manœuvres de réduction consistaient en une forte traction dans l'extension avec abduction progressive, le tout à l'aide d'un système de moufles. Sur 19 cas traités par Pravaz, 17 fois la tête a pu, suivant l'auteur, être ramenée dans le cotyle rudimentaire. On maintenait la réduction par deux larges plaques concaves, mobiles autour d'une charnière horizontale, qui embrassaient les hanches au niveau des trochanters sur lesquels on les serrait par des vis à pression.

Le malade était ensuite couché dans une machine locomobile glissant sur des rails et pouvait l'actionner par la

flexion et l'extension alternatives des membres inférieurs. Au bout de quelques mois, il commençait à marcher, mais soutenu sous les aisselles pour diminuer la pesée du corps sur l'articulation.

Bouvier, le grand adversaire de Pravaz, contesta ses guérisons, comme Pravaz et lui-même avaient contesté celles de Humbert.

Gerdy croyait à la guérison d'un cas de Pravaz. Chassaignac le discuta et considéra la guérison comme une amélioration due à un changement quelconque dans la disposition des surfaces osseuses, en vertu duquel les mouvements pourraient se faire plus aisément qu'avant les manœuvres de réduction.

Paul Broca admit la réductibilité jusqu'à l'âge de douze ans environ; l'ossification n'étant pas encore achevée, ajoute-t-il, la disproportion est moins grande entre les surfaces articulaires.

Plus tard, ce fut la même idée qui revint sous une autre forme et Buckminster Brown (de Boston) crut avoir obtenu une guérison chez une petite fille de quatre ans environ, qu'il soumit pendant quatorze mois à l'extension continue par les poids, tandis que des pelotes pressaient sur les trochanters pour les forcer à descendre vers le cotyle. Au bout de ces quatorze mois, on commença à la mobiliser peu à peu, mais en défendant la station et la marche. Ce n'est qu'au bout de deux ans de traitement et d'un alitement d'un an et demi qu'on lui permit de reprendre la vie de tout le monde avec d'infinies précautions.

Ce cas de guérison a été certes un des plus beaux de ceux qui ont été réputés comme tels. Mais, malgré le retentissement considérable de cette observation, malgré toutes les peines qu'avait coûté ce traitement pendant deux ans, là encore une déception devait se produire; Holsters-Meyer (de New-York) est venu, dans un article des *Annals of Surgery* de 1894, nous apprendre que ce fameux cas avait récidivé! Il en a été de même d'un autre de Post (de Boston) qui a souffert d'une légère rechute. Et qui sait encore combien d'autres, perdus depuis longtemps de vue, ont subi le même sort!

Bradford (de Boston) avait publié, en 1891, un procédé analogue, mais permettant de sortir l'enfant; et sa conclusion était que les méthodes de traitement par traction ou par moyens mécaniques (béquilles, attelles, traction dans le décubitus dorsal avec ou sans ténotomie) sont impuissantes à produire la guérison.

Holsters-Meyer, John Ridlon concluent à peu près dans le même sens.

Sayre et Taylor ont éprouvé les mêmes mécomptes et Phelps juge sévèrement leurs résultats. Sa propre méthode comprend trois périodes : 1° traitement au lit ou *période d'extension;* 2° application de l'attelle à fixation longue avec vis à pression latérale ou *période d'immobilisation;* 3° application de l'attelle à marche ou *période d'exercice.* Phelps n'a pas publié les observations des cas qu'il a traités par cette méthode, de sorte qu'on ne peut rien juger de leurs résultats.

Un auteur italien, bien connu par ses travaux sur les luxations, Paci (de Pise), dans une série de mémoires, a soutenu un procédé de traitement orthopédique qui, par la facilité de son exécution, est, en particulier, compatible avec la marche, puisqu'il ne consacre pas des mois de décubitus à l'abaissement préparatoire de la tête fémorale.

L'auteur, par son procédé, se propose d'obtenir extemporanément, et dans une seule séance, la correction. Ce mot est employé par Paci pour se bien garder de heurter l'usage établi qui comprend par réduction la rentrée complète de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

Le procédé de Paci consiste en une série de manœuvres non sanglantes exécutées sous le chloroforme. Elles se divisent en quatre temps :

1° *Flexion forcée de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse.* — Par ce temps, les muscles pelvi-trochantériens se relâchent, la tête du fémur est d'autant plus abaissée que le genou est plus élevé; et lorsque la flexion est complète, la tête du fémur se place près du cotyle, pourvu que le mouvement soit fait assez lentement pour éviter la contraction musculaire.

2° *On imprime à la cuisse un mouvement d'abduction* pour que la tête gagne un plan plus antérieur.

3° *Rotation lente et graduelle en dehors* qui aurait pour effet, suivant Paci, de placer la tête fémorale dans un plan encore plus antérieur près et au-dessous de la cavité cotyloïde. Or, pour ~~Paci~~ Parise, ce résultat ne peut s'obtenir qu'avec la rotation interne. Mais c'est surtout Lorentz qui a montré que, dans la rotation externe, la tête est d'autant plus écartée du cotyle que la rotation est elle-même plus accusée et que la face postérieure du col touche seule l'os iliaque au niveau de la partie postérieure du sourcil cotyloïdien.

4° *Extension lente de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse.* — Ce temps donnera à la tête un nouveau point d'appui sur l'os iliaque, en étendant la cuisse sur le bassin; les muscles antérieurs d'abord tendus résistent, mais finissent par céder; et lorsqu'on étend enfin la jambe, les muscles de la face postérieure se trouvent tendus à leur tour.

Grâce à ces manœuvres, lorsque la réduction ou du moins la correction est obtenue et que le raccourcissement a diminué, Paci soumet le malade à l'immobilisation pendant un mois environ, à l'aide d'un appareil silicaté ou plâtré embrassant le bassin, le membre étendu dans la rotation externe; puis il applique l'extension continue pendant trois mois. Enfin le malade commence à se lever et à marcher pendant quatre mois encore avec des béquilles.

On le voit, il faudrait huit mois environ pour le traitement consécutif.

M. Phocas, pendant un voyage en Italie, a vu beaucoup de malades traités par Paci lui-même; ils portaient encore tous leurs appareils. Il a expérimenté personnellement trois fois ce procédé dans son service à Lille sur deux enfants de deux ans et sur une jeune fille de neuf ans, avec un raccourcissement de 2 à 3 centimètres. Il ne peut, en somme, que confirmer les résultats immédiats annoncés par le chirurgien de Pise, mais il manifeste une certaine incrédulité dans le succès définitif de l'opération.

Paci, à l'appui de son procédé, rapporte une pièce recueillie chez une fillette de sept ans, morte quatre mois après avoir été opérée des deux côtés par Nota (de Turin). Sur cette pièce on voyait, en effet, le début d'une néarthrose au-dessous du tubercule qui est à la base de l'épine iliaque antérieure et inférieure; cette néarthrose, de chaque côté, consistait en une surface uniforme, légèrement concave, ayant à peine une profondeur de 12 millimètres, recouverte d'une couche de substance molle, sans cartilage, et bordée d'un rebord fibro-cartilagineux flexible et élastique.

Mikulicz (de Breslau) ne laisse pas l'enfant constamment au décubitus dorsal grâce à son appareil qui est portatif

tout en permettant à la traction d'obtenir, en même temps que l'extension, l'abduction et la rotation.

Flessing a imaginé un appareil dont les résultats pratiques ne concordent pas avec la théorie et même sont plutôt défavorables. L'appareil de Heusner, assez compliqué, n'a pas encore la sanction de l'expérience.

Schede (de Bonn) prétend pouvoir réduire la luxation chez les enfants de moins de deux ans, à l'aide d'un système de tiges d'acier embrassant deux par deux les divers segments des membres inférieurs dans l'abduction; elles se fixent en bas à une semelle, en haut à une ceinture étroite qui se moule sur le bassin. Grâce à cet appareil, le fémur reste complètement inactif dans le support du poids du corps. Les résultats communiqués au Congrès des chirurgiens allemands de 1894 sont les suivants : 4 guérisons, 11 guérisons presque assurées, 14 améliorations, 8 cas sans maintien de la réduction, 3 cas perdus de vue, 6 cas où le traitement ne peut être appliqué à cause de l'impossibilité de réduction. On voit donc que les résultats ne sont guère satisfaisants.

Brodhurst (de Londres) a également soutenu qu'on peut réduire la luxation congénitale chez les enfants de moins de deux ans.

Dans le but de soumettre les malades à un traitement mécanique, M. Kirmisson a fait construire une gouttière semblable à la gouttière de Bonnet, mais articulée au niveau des hanches, mobile autour de son axe longitudinal; grâce au mode d'articulation, on peut régler à volonté l'abduction et la rotation externe. M. Kirmisson compte laisser ses malades au lit pendant sept ou huit mois, puis leur appliquer un appareil en cuir moulé, embrassant le bassin et la cuisse tenue en abduction. Deux fois il a vu, à la suite de l'extension continue jointe à l'immobilisation prolongée, une néarthrose solide se former au voisinage de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Tout dernièrement Lorentz (de Vienne) a conseillé, chez les très jeunes enfants, la méthode orthopédique. S'inspirant du procédé de Paci, il cherche à réduire la tête comme Schede; comme lui, il met le membre en abduction et croit arriver à la guérison complète de la luxation congénitale par son procédé. Celui-ci consiste à faire sous le chloroforme la réduction; puis, au lieu de soumettre les malades à l'extension continue et à l'immobilisation prolongée, Lorentz applique un appareil plâtré en plaçant le membre dans l'abduction forcée et les fait marcher aussitôt après l'opération, comptant sur la pression exercée par la tête sur l'os iliaque, pendant la station et la marche, pour donner à la cavité cotyloïde une profondeur suffisante, grâce à ce contact actif.

Hoffa (de Würtzbourg) fait aussi la réduction pendant la chloroformisation, et applique ensuite un appareil plâtré en abduction. Mais il enlève cet appareil et le remplace par un autre du genre de Mikulicz, permettant la rotation en dedans. Hoffa donne sa préférence à cet appareil, parce qu'il croit qu'avec l'appareil de Lorentz la luxation de la tête peut se reproduire.

Ces trois dernières tentatives sont trop récentes pour pouvoir juger de leurs résultats.

II

Nous venons de voir que, malgré la persévérance louable des chirurgiens, malgré aussi toutes les peines auxquelles ont été soumis les petits malades, pendant des années entières, les résultats obtenus par la méthode orthopédique curative ne sont guère brillants.

En effet, si par l'un ou par l'autre de ces procédés, l'on peut arriver, avec cette méthode, à diminuer, à supprimer même parfois la rétraction des parties molles, si la tête fémorale peut s'abaisser jusqu'au voisinage du cotyle, jamais on ne saurait l'y fixer d'une manière permanente. Car, dès que le sujet se trouve débarrassé de ses cuirasses barbares et commence à marcher, la récidive est toujours imminente.

Il y a des raisons pour ce fait malheureusement trop démontré, et ces raisons il faut les rechercher dans l'anatomie pathologique de la lésion elle-même.

Qu'on nous permette donc, avant d'entreprendre nos discussions, d'en tracer ici un exposé très rapide.

Au cours de nos études sur cette malformation congénitale, nous avons pu recueillir 81 pièces provenant des cas de luxation congénitale uni ou bilatérale, dont 41 appartenaient à des fœtus, des nouveau-nés et à des enfants qui n'avaient pas encore marché (jusqu'à deux ans environ), et le reste à des sujets plus âgés (jusqu'à quatorze ans).

Voici le résumé des lésions anatomiques les plus importantes qu'on rencontre à la naissance et dans la première enfance; c'est surtout à cette époque qu'il est intéressant d'étudier ces lésions qui augmentent nécessairement avec l'âge.

La *cavité cotyloïde*, qui ne manque presque jamais, a été trouvée toujours rétrécie, tout en conservant sa forme, mais elle se trouve quelquefois occupée par une production de tissu adipeux (Paletta, Parise, Verneuil, Barth, etc.); dans le cas de Paletta, une sorte de ligament recouvrait transversalement la moitié inférieure du cotyle. Celui-ci se rétrécit davantage encore plus tard, sans que ce soit absolument la règle, témoin le cas d'une jeune fille de vingt ans, observée par Heusner, qui fut très étonné d'avoir trouvé une cavité cotyloïde bien développée. L'effacement du sourcil cotyloïdien la rend moins profonde; le bourrelet cotyloïdien, déprimé en haut et en arrière, est quelquefois renversé dans l'intérieur de la cavité (Karewski, Birnbaum). Mais les altérations beaucoup plus accentuées de celle-ci et les exostoses (Paletta, Gallozzi, Guret) qui peuvent la remplir, sont l'apanage de l'âge mûr.

La *capsule* intacte, en forme d'ampoule et plus ou moins épaissie, entoure exactement la tête; elle conserve ses insertions normales au pourtour de la cavité et s'interpose entre la tête et la surface iliaque. Ou bien elle peut entourer le cotyle et une surface cartilagineuse normale sur laquelle repose la tête du fémur, ces deux surfaces étant séparées par une crête osseuse; mais jamais on ne trouve une nouvelle articulation complète.

Le raccourcissement du membre mesure à peine de 1 à 2 centimètres à cet âge.

Cependant, lors des exercices de l'articulation pendant la marche, la descente du bassin vis-à-vis du fémur produit l'allongement de la capsule, celle-ci se trouvant continuellement étirée au cours de l'ascension de la tête dans la fosse iliaque; d'où le raccourcissement du membre. Chez les enfants de deux à sept ans, la tête se trouvant généralement encore dans le voisinage du cotyle, la capsule n'est que peu allongée et le raccourcissement mesure de 2 à 4 centimètres environ. Plus tard, la capsule se rétrécit en son milieu (forme en sablier) et peut être perforée et soudée au pourtour d'une nouvelle cavité; on a même vu la capsule s'adhérer au périoste (Doutrelepont). Mais c'est surtout à

l'âge adulte qu'on trouve des dispositions anatomiques nouvelles, rappelant des néarthroses proprement dites. Car, sous sa pression constante, la tête du fémur use la capsule et finit par la perforer ; il s'établit, dans ces conditions, un travail actif de transformation de l'os (J. Guérin) par irritation sub-inflammatoire (Volkmann).

Contrairement à l'opinion de Volkmann, une néarthrose peut se produire même pendant la vie intra-utérine. Paletta a trouvé, chez un enfant de vingt-six jours, l'ancien cotyle complètement rempli de graisse, et tout à côté une capsule solide; il ne s'était pas encore formé une dépression osseuse au niveau du point où la tête reposait. Mais ce cas ne peut être considéré comme une vraie néarthrose, puisqu'il s'agit là probablement d'un cas de subluxation congénitale, qui se serait complétée pendant l'accouchement. Dans ces conditions, il aurait pu se faire une désinsertion de la capsule au point correspondant de la tête, sans qu'il y eût encore aucune dépression ; car cette dépression ne peut s'obtenir que par la pression prolongée de la tête sur la surface iliaque au cours du développement de l'os. Or, la luxation ne datait que de vingt-six jours.

Lieutaud a signalé une cavité cotyloïde bi-loculaire remontant à une époque précoce de l'existence fœtale. Ce cas de néarthrose, dont le mécanisme de formation diffère de celui des néarthroses que l'on observe beaucoup plus tardivement après la naissance, doit être dû également à la transformation d'une subluxation congénitale antérieure en une luxation complète par une cause intra-utérine. Comme les surfaces sont, en grande partie, cartilagineuses à cette époque, on comprend que la tête déplacée puisse, au cours de son développement, se faire une autre cavité; c'est de cette façon que se forme toujours la cavité cotyloïde, par un processus passif et non actif, contrairement à l'opinion de Dollinger, de Gravitz, etc.

Le cas de néarthrose le plus précoce, qui ait été observé jusqu'ici, est celui d'une jeune fille de treize ans, rapporté par Bowlby.

En général, c'est après l'âge de la puberté qu'on voit se produire, à proprement parler, une néarthrose solide dans la luxation congénitale. Dans ces cas, l'os iliaque déprimé est souvent aminci à l'endroit où s'exerce la pression, tandis qu'il se forme des végétations osseuses au-dessus de la tête formant un rebord, un talus plus ou moins élevé et même une voûte arrondie (Peyrot, Geier, Coudray, Mézières). Au pourtour de cette nouvelle cavité qui peut avoir une certaine profondeur (1 à 2 centimètres), s'insèrent les lèvres de l'ouverture de la capsule perforée. Il peut s'y ajouter des faisceaux fibreux de renforcement provenant du petit fessier ou irradiant sur l'os iliaque (Birnbaum, Lannelongue). L'ancienne capsule n'est plus représentée que par des ligaments qui s'insèrent au pourtour de l'ancien cotyle. On comprend donc qu'on ait ainsi une néarthrose solide avec formation synoviale. C'est ce qu'on appelle la *guérison naturelle ou spontanée* et ce que plusieurs méthodes de traitement cherchent à obtenir.

La *tête du fémur*, à cheval sur le rebord cotyloïdien (Verneuil, Parise, Pfender), ou se trouvant à côté du cotyle, est peu déformée, rarement conoïde, en pain de sucre (Gravitz, Kirmisson). De grandeur normale ou un peu atrophiée, elle est toujours trop grande pour être contenue dans la cavité. Ses déformations s'observent ordinairement plus tard. La tête peut se fixer en déprimant la surface iliaque et produisant ainsi un enfoncement en un point plus ou moins rapproché du cotyle dont elle est séparée par une crête saillante qui rendrait la réduction difficile, même si l'ancienne cavité était bien conformée. C'est sans doute dans ces cas-là, qu'on peut considérer comme des *néarthroses au début*, que les appareils contentifs, seuls, en dehors de tout essai de correction ou d'immobilisation, peuvent donner de bons résultats; c'est ainsi qu'il faut interpréter les exemples d'enfants âgés de moins de douze ans, que Bouvier a rapportés et chez lesquels la tête fémorale était déjà invariablement fixée dans ses nouveaux rapports.

Le *col fémoral* est toujours plus court et peut même manquer; la tête, dans ce dernier cas, est appliqué directement sur l'extrémité de la diaphyse; l'angle à sinus inférieur du col avec le corps du fémur est diminué et peut se rapprocher de l'angle droit (Weckerling). Plus tard, ces altérations augmentent ou diminuent au contraire par le fait de l'accroissement; et outre sa déviation en bas et en dedans, le col peut aussi en subir une autre en avant, comme si sa base s'insérait à la partie antérieure de l'extrémité de la diaphyse fémorale ou que cette dernière ait subi une torsion amenant la tête fémorale en avant; de sorte que si l'on veut mettre la tête en rapport autant que possible avec la cavité, il faut que le membre soit placé dans la rotation interne (Parise, Lorentz, Schede) et toujours maintenu dans cette position en condamnant le malade à une immobilisation absolue ou par un appareil contentif très fidèle; sinon, aussitôt que l'enfant se met à marcher comme tout le monde, la tête reprend sa position antérieure. On comprend alors qu'on puisse perdre tout le bénéfice qu'on a provisoirement tiré du traitement.

Les *muscles* ne sont généralement pas modifiés dans le premier âge. Mais plus tard il en est qui se trouvent distendus comme le psoas-iliaque dont l'insertion fémorale est entraînée en dehors, en arrière et en haut; le bord interne de son tendon devient antérieur (Furlt, Hutton). Les pelvi-trochantériens sont distendus. Il nous semble que ces muscles peuvent être un obstacle à la réduction, parce qu'ils attirent l'extrémité du fémur en bas et en arrière et non pas vers le cotyle. Les muscles longs qui vont du bassin au membre inférieur sont raccourcis et se rétractent à la longue; ce sont : le muscle droit antérieur, le biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux et le tenseur du fascia lata (Henry), tous muscles dont la direction des fibres est presque parallèle à celle de l'axe du fémur. Signalons, en outre, le couturier, les adducteurs, surtout le grand adducteur et le droit interne. On remarque que, par la position plus oblique de la cuisse, le pectiné et le faisceau supérieur du grand adducteur s'insèrent presque perpendiculairement sur le fémur, ce qui doit augmenter leur action. Hoffa trouve les fessiers rétractés; Lorentz n'admet le raccourcissement dû au déplacement de la tête fémorale que pour une partie de leurs fibres. Cependant les muscles ont été trouvés nettement raccourcis dans une préparation anatomique. En général, leurs fibres sont en grande partie rétractées.

III

Si nous avons insisté à dessein assez longuement sur certaines altérations des éléments articulaires, c'est pour bien montrer que ces faits, dont les orthopédistes n'ont pas tenu compte pendant longtemps, ont fait échouer toutes leurs tentatives de réduction.

Nous avons vu que le cotyle, parfois rempli de tissu adi-

peux, est toujours plus ou moins rétréci, dès la naissance, pour la tête relativement grosse. C'est là une des causes qui s'oppose absolument à la réduction. Il y a cependant une autre cause qui, pour nous, a une importance encore plus grande et sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment insisté, c'est l'*atrophie* ou du moins l'*anomalie du col du fémur*. C'est au col que la tête doit sa direction; c'est de lui que dépend la profondeur de la cavité pendant les périodes de développement. Dans l'articulation coxo-fémorale qui jouit de tous les mouvements, la longueur du col donne une grande puissance aux muscles rotateurs et abducteurs. Ceux-ci jouent un rôle actif considérable dans la station sur un pied pendant la marche. Un rôle non moins important est dévolu à l'*emboîtement de la tête dans le cotyle*.

Nous avions soutenu, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine vers le commencement de l'année 1893, que la cause pathogénique doit être recherchée dans le développement anomal du col du fémur, en nous basant sur ce fait que la profondeur de la cavité cotyloïde devait dépendre uniquement du degré d'engagement de la tête, engagement qui est proportionnel au développement et à la direction du col. M. Mauclaire s'est trouvé tellement partisan de notre opinion, qu'il a bien voulu la rapporter devant le Congrès de chirurgie de Bordeaux de 1895. Enfin, Heftmann a rapporté, devant le dernier Congrès des chirurgiens allemands, des observations de plusieurs cas de luxation à la suite de la flexion du col du fémur.

Nos recherches embryologiques et, comme nous venons de voir, les faits anatomo-pathologiques appartenant aux fœtus et aux nouveau-nés, sont tous venus aujourd'hui confirmer cette manière de voir.

IV

Nous ne saurions trop insister sur ce fait que l'atrophie du col fémoral et les modifications de son angle sont l'entrave principale à la réduction. Car si le col était suffisant et bien conformé, la tête grosse ou petite pourrait, à la rigueur, être réduite, en partie au moins, dans sa cavité, quoique celle-ci soit rétrécie ou superficielle, témoin la pièce provenant d'une femme de trente-cinq ans, présentée par M. Lannelongue, au dernier Congrès de chirurgie de Bordeaux, et dans laquelle on voyait une cavité cotyloïde assez étroite pour ne pouvoir contenir que le tiers environ de la tête fémorale, relativement volumineuse, dont le col du fémur était absolument normal; et cependant il n'y avait pas de luxation.

Les choses se passent probablement ainsi dans les cas de néarthoses spontanées (en dehors de tout traitement) qu'on observe chez les adultes atteints de cette difformité. Malgré l'insuffisance de la cavité et du rebord néoformés, la tête se maintient là où la direction du col lui donne un point d'appui.

Il ne faut pas croire, en effet, qu'en abaissant la tête au voisinage du cotyle ou en un point quelconque, favorable à la station et à la marche du malade, qu'en condamnant celui-ci à une immobilisation prolongée, on pourra arriver sûrement à un bon résultat en créant une néarthrose solide.

La question est beaucoup plus compliquée qu'elle ne paraît. D'abord la tête n'obéira pas toujours à la volonté du chirurgien; ensuite, même dans le cas où elle aurait pu être abaissée, la tête ne restera pas fixée là où sa direction et ses rapports ne la maintiennent pas.

Comment arriver à la fixer? Voilà un problème fort difficile et peut-être impossible à résoudre sans opération à ciel ouvert.

Le traitement purement orthopédique ne saurait créer une néarthrose. L'anatomie pathologique montre que, pour la production d'une néarthrose solide, la tête doit se trouver en contact immédiat, direct avec la surface iliaque sans interposition d'une voile capsulaire. Il peut arriver qu'il se forme des adhérences assez fortes entre la surface externe de la capsule et le périoste de l'os iliaque, mais il ne se produit pas une néarthrose proprement dite. Pour cela, deux conditions sont nécessaires : d'abord il faut que la tête du fémur reste fixée en un seul endroit pendant assez longtemps; ensuite que celle-ci exerce, en même temps, des mouvements, des frottements continus pour amener l'usure et la perforation de la capsule en ce point.

Or, ces deux conditions ont été remplies par divers appareils qu'on a inventés à cet effet, mais la récidive n'en a pas été moins fréquente, parce qu'il manquait encore une autre condition, à notre avis, de beaucoup la plus importante : le maintien de la tête dans un endroit propice ou la *fixation orthopédique de la tête*.

On voit que toujours c'est la même question qui se dresse devant l'orthopédiste !

Évidemment, on a beau vouloir abaisser et fixer la tête, tant que celle-ci ne s'appuie pas largement sur la surface iliaque avec laquelle elle se trouve en rapport, la néarthrose ne peut servir presque à rien, même si elle était assez solide pour prêter un appui provisoire à la tête. Car, à la longue, elle se détruit sous l'influence de la marche.

Il nous paraît donc irrationnel d'admettre comme définitifs les soi-disant cas de néarthrose obtenus volontairement par les auteurs pendant la période d'immobilisation prolongée avec extension continue. D'autre part, nous savons que la réduction ne peut non plus exister, puisque celle-ci ne s'obtient que si la configuration de la tête et de la cavité permet cette réduction. La correction est elle-même provisoire; les béquilles, les appareils contentifs ou l'extension continue nocturne, peuvent, sans doute, plus ou moins empêcher de perdre, tout d'un coup, le terrain gagné, mais la situation ne serait pas pour cela améliorée. En effet, pendant tout le cours d'un traitement aussi long, il se produit des modifications importantes du côté des surfaces articulaires. Grâce à l'accroissement du corps, l'épiphyse supérieure du fémur augmente de volume et l'os iliaque suit le cours de son développement.

Or, lorsque l'on permet au malade de reprendre sa vie ordinaire, la tête du fémur tend à remonter de nouveau et à regagner le point où elle se trouvait fixée avant les manœuvres orthopédiques, et, lentement, elle recommence à se frayer le chemin qui s'oppose provisoirement à son ascension. L'intervalle que met la tête pour terminer son ascension est plus ou moins long suivant les conditions de marche ou de station auxquelles le malade est soumis.

C'est ainsi qu'on doit expliquer l'illusion qu'ont donnée les tentatives orthopédiques à Humbert, à Pravaz, à Buckminster Brown, à Post, à Paci, etc. : illusion qui a pu leur faire croire à une véritable guérison. Et cependant, ces observateurs ont tous été conduits, tôt ou tard, aux mêmes déceptions.

Dans le cas de Nota, dont nous avons rapporté l'histoire plus haut, la nouvelle cavité ayant à peine une profondeur de 12 millimètres était bordée d'un rebord flexible, c'est-à-

dire non solide, et insuffisant pour retenir la tête du fémur. Et, d'ailleurs, il nous semble difficile de croire que la rotation externe, à laquelle Nota devait avoir recours puisqu'il s'agit là de la méthode de Paci, ait pu amener une néarthrose de ce genre, étant donné que la tête du fémur, dans cette position, s'écarte plutôt qu'elle ne se rapproche du cotyle. En tout cas, le résultat consécutif ne paraît pas bien assuré.

Mikulicz accuse trois guérisons sur cinq ; les résultats ne sont donc pas non plus très brillants. Du reste, ils sont également passibles de la même objection, cet auteur portant lui aussi la rotation à un point extrême.

Les résultats obtenus par Schede, moins bons à beaucoup près que ne l'eût fait prévoir la logique du traitement, sont vraisemblablement dus à ce que, comme pour l'appareil de Flessing, le fémur souffre d'inertie et s'atrophie.

Toujours est-il cependant, que les auteurs n'ont exposé leurs résultats que lorsque les malades portaient encore des appareils contentifs ou qu'ils venaient de les quitter. Qu'ils les laissent marcher pendant quelque temps, reprendre la vie de tout le monde, et ils arriveront, nous le craignons bien, à des conclusions de moins en moins affirmatives.

Il est bien entendu que nous ne voulons aucunement contester les cas de néarthroses produites spontanément, c'est-à-dire en l'absence de tout traitement, puisqu'il en existe un certain nombre qui sont hors de doute. Au contraire, nous aimons mieux croire que les prétendus cas de guérison par néarthrose solide, ne devaient être que des néarthroses spontanées au début, complétées par le traitement orthopédique, ainsi que nous l'avions noté plus haut, à propos des lésions anatomiques de la tête fémorale.

Mais ce qui nous paraît impossible, c'est de créer à volonté, par la méthode orthopédique, une néarthrose solide et durable, sans tenir compte des dispositions de la tête du fémur ; celle-ci, nous le répétons, ne restant pas fixée là où l'orthopédiste l'a descendue de force.

V

Que devons-nous enfin conclure de tout ce qui précède ? Sinon que les excellents résultats de la méthode orthopédique prétendue curative seront toujours l'exception.

Qu'on veuille instituer ce traitement dans la première enfance, à l'époque de la puberté ou à l'âge adulte, le résultat définitif restera, dans tous les cas, le même, tant que la tête ne sera pas fixée en un bon endroit où elle pourra s'établir tout à son aise, ce qui dépend uniquement presque des dispositions anatomiques respectives des surfaces osseuses et non de la volonté de l'opérateur.

Le jeune âge aurait peut-être tout au plus l'avantage de retarder la récidive, grâce aux modifications plus prononcées qui surviennent à cette époque et qui rendent, par cela même, un peu moins facile l'ascension de la tête, à condition toutefois que la durée du traitement soit suffisamment longue.

En somme, il s'agit donc là d'une méthode de traitement palliative, et aussi sages que soient les préceptes de Mikulicz, qui estime qu'il faut essayer les méthodes de douceur avant d'entreprendre l'opération sanglante, nous croyons que, étant donné le temps infini du traitement orthopédique pour un résultat si médiocre, c'est une perspective réellement fort peu engageante.

Il faut donc en finir avec ce traitement pour une bonne fois, et, si l'on n'est pas partisan de la méthode sanglante, abandonner le malade à la merci de la nature ; peut-être, par un heureux hasard, il pourra se former une néarthrose spontanée, la seule solide et capable de maintenir la tête.

Malgré les mécomptes qu'aurait éprouvés la méthode sanglante, malgré l'avis de la majorité des chirurgiens, nous possédons dans l'opération sanglante une méthode rationnelle qui a donné à Hoffa, Lorentz, A. Broca et à beaucoup d'autres, grâce aux perfectionnements que ces auteurs lui ont apportés, des résultats très satisfaisants. Pour notre part, nous avons souvent eu l'occasion de constater des faits réellement encourageants chez la plupart des opérés de M. Broca, à l'hôpital Trousseau ; et nous nous rappelons particulièrement d'un cas chez lequel il nous était assez difficile de distinguer le côté opéré du côté sain, tellement le résultat a été excellent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Barth. *Arch. f. Klin. Chir.* (*Langenbeck*), 1885, p. 671, vol. XXX. — Birnbaum. Th. de Giessen, 1858. — Bouvier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1839, p. 759 ; 1840, p. 41 ; t. VI, p. 45. — Bradford. *Ann. of Surg.*, August. 1894. — Broca (P.). *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, p. 329-334, 341-342. — Brodhurst. *Brit. Med. Journ.*, Londres 25 fév. 1865, t. I, p. 185-186, 210. — Buckminster-Brown. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1885. — Coudray. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883. — Chassaignac. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1852, t. II, p. 391 et 1853. — Doutrelepont. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 12 sept. 1873. — Dupuytren. Leçons orales. — Geier. Th. de Halle 1885, Kanos, p. 27. — Gerdy. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1865, t. XXI, p. 1066 ; 1868. — Guret. *Ueber einige durch Erkrankung der Gelenksarbsidungen*, 1884. — Gurlt. *Beitr. z. pathol. anat. der Gelenkkrankheiten*, 1853. — Hagopoff (G.). Mém. présenté à l'Acad. de méd. le 28 fév. 1893 (concours). — Henry. *Bull. de la Soc. anat.*, 1855. — Hoffa. Congr. de chir. des Allemands, 1896, in *Méd. moderne*, juin. — Holsters-Meyer. *Ann. of Surg.*, 1894, August., vol. XX, p. 138-152. — Houel. Soc. de chir., 2e série, t. II, p. 459. — Humbert et Jacquier. *Essai et observations sur la manière de réduire les luxations congénitales du fémur*, Paris 1835. — Hutton. *Dublin Journ. of Med.*, 1836. — Kidlon (John). *New-York Med. Rec.*, 16 nov. 1889, vol. XXXVI, p. 537 et 538. — Guérin (Jules). *Gaz. méd. de Paris*, 1841. — Karewsky. *Centralbl. f. Chir.*, 1892, p. 633 et 1041. — Kirmisson. *Rev. d'orthop.*, 1895, n° 5, p. 388-395, et 1er mars 1894, p. 137 ; *Bull. méd.*, 1896, p. 333-356 et 375-378. — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1896 ; 15, 22 et 28 avril. — Lannelongue. Th. de Paris (Dupré), 1891, Obs. III ; Soc. de chir., 23 déc. 1891 ; Communic. au Congr. de gynécol., obstétr. et pédiatrie, in *Bull. méd.*, 28 août 1895. — Lorentz. *Centralbl. f. Chir.*, 1892, p. 633 et 1041 ; Pathologische Anat. der Angeborenen Hüftverrenkang, *Wien. Klin. Wochens.*, 1894, p. 11-13 ; *Centralbl. f. Chir.*, 17 August. 1895, p. 761-764 ; *Path. und Therapie der Angebornen Hüftverrenk.*, Wien und Leipzig 1895. — Mauclaire (P.). Communic. au Congr. de gynécol., obstétr. et pédiatrie, in *Bull. méd.*, 28 août 1895. — Mikulicz. Die unblutige Reduction der Angeborenen Hüftverrenkung, *Arch. f. Klin. Chir.*, 49e Band. 2e Heft., p. 368. — Nota (Annibal). *Arch. ital. di pediatria*, 1892, fasc. II. — Paci. *Arch. di Orthop.*, an VII, 1890, n° 3 ; Contributo alla cura razionale, *Arch. di Orthop.*, 1892, 1893 et 1894. — Parise. *Arch. gén. de méd.*, 1842, t. XIV, 3e série, p. 428. — Peyrot. *Bull. de la Soc. anat.*, 1875. — Pfender. Th. de Paris, 1890. — Phelps. Transact.

of the American Orthoped. Assoc., Ve session, Washington 1891. — POST (Abner). *Med. and Surg. Boston*, 1883, t. CIX, nº 9, p. 193-194. — PRAVAZ. Acad. roy. de méd., *Bull.*, t. III, 1838-1839, p. 408, 562, 759; Note sur le traitement des luxations congénitales, *C. R. de l'Acad. des sc.*, Paris 1865, t. XXI, p. 1066-1068. — SAYRE et TAYLOR. *Traité d'orthopédie chirurgicale*, trad. de Thorens, 1878. — SCHEDE. *Langenbeck's Archiv*, 1892, t. XLIII, Heft. 3 und 4. — VERNEUIL. *Rev. d'orthop.*, 1890, vol. IX, nº 1. — WECKERLING. Th. de ~~Paris~~ Giessen, 1866.

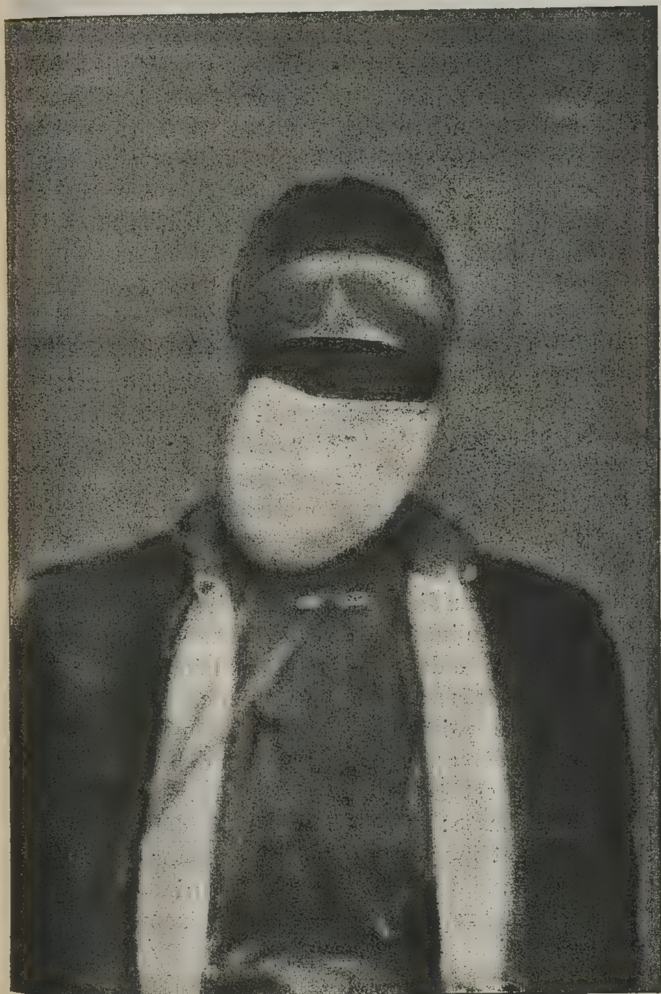
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTINOMYCOSE EN FRANCE

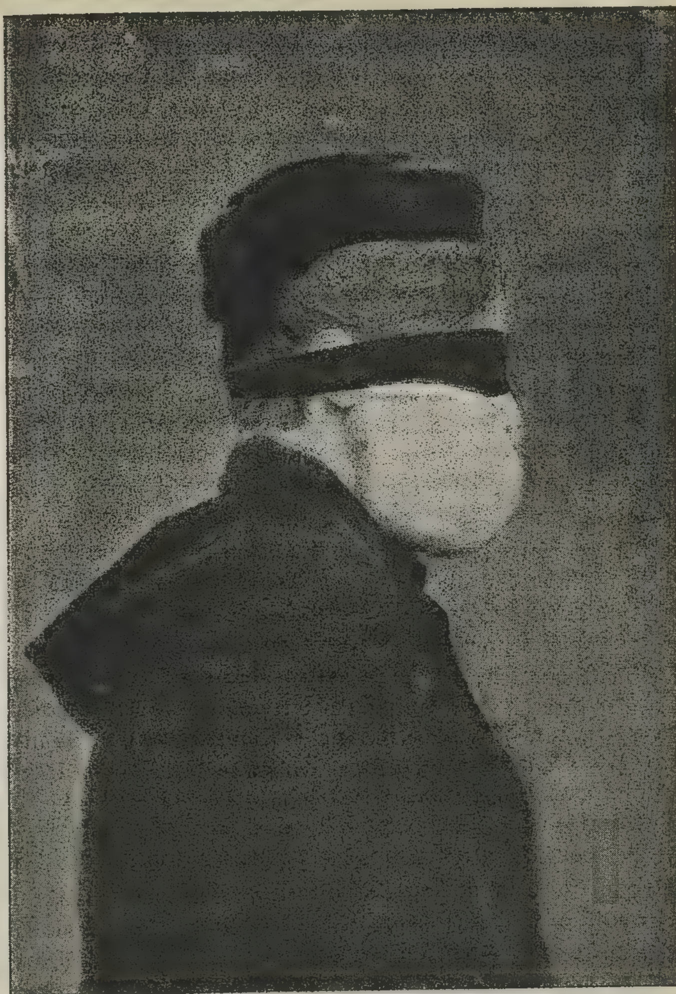
ACTINOMYCOME DU MAXILLAIRE A FORME NÉOPLASIQUE LIMITÉE DATANT DE HUIT ANS (1)

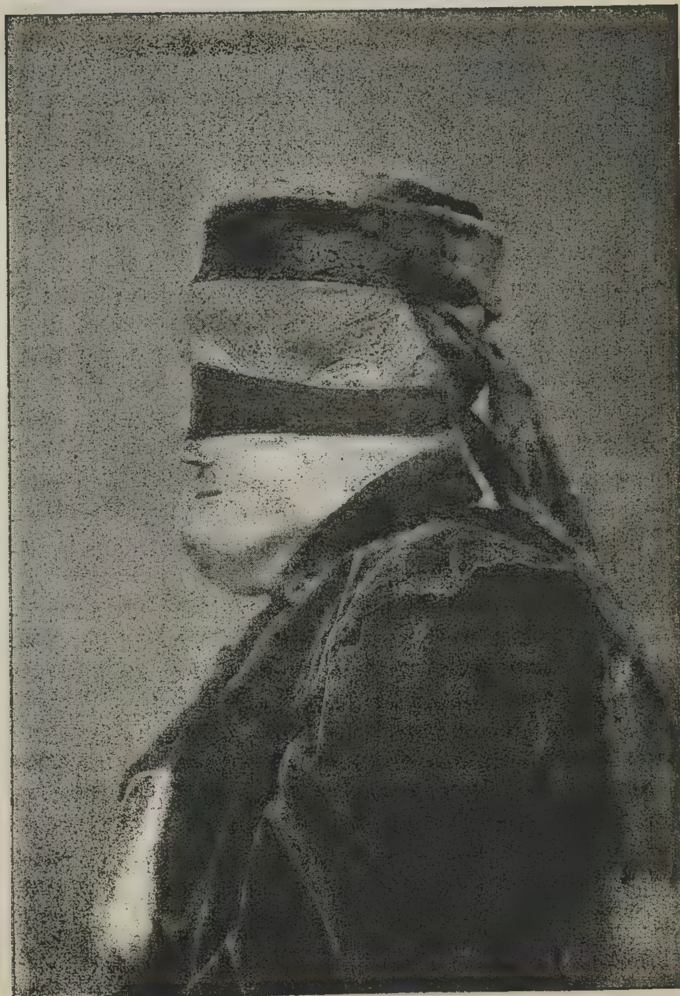
Par M. le docteur Paul DUCOR.

II

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen des trois photographies prises de face et des deux profils, la tumeur, dont le volume paraît être celui de la tête d'un







fœtus à terme, très proéminente en avant et à droite, occupe tout le côté droit de la face, au-dessous du niveau du rebord orbitaire, et empiète légèrement sur le côté gauche, de telle façon que la bouche, complètement déplacée, paraît tout entière être située sur la joue gauche et qu'on ne peut en apercevoir la moindre trace quand la malade se présente du côté droit.

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 966

Les lèvres ne pouvant se rapprocher, la bouche reste constamment entr'ouverte et laisse apercevoir la muqueuse gingivale recouvrant une mâchoire très développée dans tous les sens et criblée d'une foule de petits orifices par lesquels s'écoulent incessamment des produits muqueux filiformes très tenaces; ceux-ci ne se détachent que difficilement sous l'influence de lavages à l'eau boriquée chaude, qui sont pratiqués presque sans interruption.

Quand on examine la malade de face, l'oreille droite ne peut être aperçue; un peu au-dessous d'elle et visible surtout sur le profil, on aperçoit une bosselure parotidienne, à l'endroit même où débuta le mal en 1888, au moment où on crut aux oreillons. C'est, d'ailleurs, la seule proéminence perceptible; le reste de la tumeur est absolument lisse; la peau d'une coloration normale, mais vascularisée, est souple, sans adhérences, absolument intacte; on n'aperçoit même pas la trace des trois ponctions pratiquées dans la portion primitive de la tumeur. En dedans, le sillon nasolabial est effacé à droite par suite du développement en avant de la tumeur, qui obture en partie la narine droite et rejette presque horizontalement à gauche le sillon médian.

La hauteur de la tumeur prise en abaissant une perpendiculaire de la tempe, en dehors de l'angle externe de l'œil, à la limite inférieure du maxillaire à droite, est de 16 centimètres; à gauche, la même mensuration donne 10 centimètres; la même perpendiculaire abaissée de l'angle interne de l'œil à la même limite inférieure est de 14 centimètres et demi à droite, 10 centimètres à gauche. Pour avoir une idée de l'épaisseur, j'ai tiré une ligne horizontale, allant du milieu de la nuque à la sous-cloison; j'ai trouvé ainsi 29 centimètres à droite, 22 à gauche.

Cette description minutieuse m'a paru nécessaire pour donner une idée de l'apparence et du volume remarquables de cette tumeur, dont l'aspect extérieur est absolument semblable à celui de l'actinomycome des bovidés, et qui me frappa, dès mon premier examen de la malade, par sa ressemblance avec l'actinomycome soumis à mon observation en 1893.

A la palpation, la tumeur donne par places la sensation d'une induration ligneuse qui se manifeste, pour ainsi dire, par îlots plus ou moins étendus : elle n'englobe pas toute la masse; à côté de portions scléreuses offrant une résistance absolue à la pression, on trouve quelques parties ramollies, fluctuantes, devant faire croire à l'existence d'abcès ou de fongosités. On rencontre bien là les caractères de cette consistance particulière, pathognomonique, dont la description est devenue classique.

La sensibilité à la pression est modérée; presque nulle sur les parties ligneuses, elle est plus marquée sur les parties à consistance demi-molle, particulièrement dans la région parotidienne.

La tumeur, qui comprend toute la moitié droite du maxillaire et un peu de la branche horizontale à gauche, présente une très grande épaisseur : 8 ou 9 centimètres de largeur, sur une hauteur de 6 centimètres environ, dans la portion intra-buccale qui peut être mesurée; elle offre des limites très nettes dans tous les points que le doigt peut atteindre; la langue se meut avec la plus grande facilité; la région sus-hyoïdienne est absolument libre.

Les recherches les plus minutieuses ne permettent pas de découvrir la moindre trace d'engorgement ganglionnaire; c'est là, d'ailleurs, un signe classique de l'actinomycose, en rapport avec le volume des grains jaunes, dont les dimensions sont supérieures à celles des vaisseaux lymphatiques.

Le développement du maxillaire empêche le contact des lèvres, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen de la troisième figure. D'autre part, le trismus, qui persiste à un degré plus ou moins marqué depuis le début des accidents, ne permet qu'un écartement très faible des mâchoires, insuffisant pour un examen commode et complet de la bouche, et suffisant à peine pour l'absorption des aliments liquides, grâce auxquels la malade peut se sustenter; une bonne partie de ces aliments s'écoule d'ailleurs au dehors, pendant les manœuvres nécessaires pour leur intromission.

La paroi antérieure est tapissée d'une muqueuse très vascularisée, lisse, à coloration rouge assez marquée, présentant deux ou trois points violacés; un examen attentif fait reconnaître les nombreux pertuis dont j'ai parlé à différentes reprises; par un ou deux de ces pertuis s'échappent de petits filaments muqueux que les lavages répétés finissent par entraîner; cette paroi, très épaisse, déborde de toutes parts le niveau des lèvres et ne laisse pas apercevoir les dents de la mâchoire supérieure.

Il reste dix-neuf dents toutes saines : treize au maxillaire supérieur, six au maxillaire inférieur; quelques-unes sont déplacées au voisinage de la tumeur; quatre des dents qui manquent ont été extraites par M. Fabre, dentiste à Libourne, alors qu'on croyait à des accidents causés par la dent de sagesse; les autres l'ont été à Paris, soit par M. Blocman, soit par M. le docteur Thomas; plusieurs de ces extractions, la dernière surtout, en décembre 1894, ont donné lieu à des hémorragies copieuses, qui ont très vivement impressionné la malade.

La paroi supérieure, beaucoup plus anfractueuse, présente, dans sa partie médiane, une vaste cavité résultant de l'incision au thermocautère, pratiquée en juillet 1890 et sur laquelle on remarque une couche d'un produit puriforme, semi-concret; le stylet introduit, soit dans cette cavité, soit dans les petits orifices dont j'ai parlé, se trouve arrêté ou bien conduit sur des masses fongueuses, qui saignent avec une déplorable facilité et ne permettent pas un examen approfondi.

Il n'a pas été fait, jusqu'à ce jour, d'examen biopsique de la tumeur, mais mon diagnostic me paraissant très suffisamment motivé, je ne juge plus cet examen indispensable, et j'y renonce, à cause de la tendance aux hémorragies.

La malade est très amaigrie, mais non cachectisée et sans coloration jaune paille des téguments, lesquels n'offrent nulle trace d'œdème; le cœur et les poumons fonctionnent bien; le pouls est faible, mais régulier, la température généralement basse : prise plusieurs fois dans la journée, elle se maintient presque toujours au-dessous de 37 degrés avec une moyenne de 36°6; l'analyse des urines, que je pratique à différentes reprises, me les montre exemptes de sucre et d'albumine.

L'appétit est peu développé; la malade, qui ne se nourrit, bien entendu, que d'aliments liquides, absorbe, en réalité, peu de nourriture substantielle; elle n'a jamais manifesté pour la viande le dégoût dont sont généralement atteints les sarcomateux, mais elle en mange fort peu, prenant surtout des laits de poule, des crèmes, des sucreries; les digestions sont bonnes, mais la constipation est tenace. Les règles sont supprimées depuis dix mois; le sommeil est interrompu par la nécessité des lavages fréquents et par l'impossibilité de pencher la tête soit à droite, soit à gauche.

D'un tempérament nerveux, généralement impression-

nable, ne pouvant en particulier supporter la vue d'une gouttelette de sang, la malade est d'autre part très énergique; ayant conservé un état moral satisfaisant, elle s'entretient assez tranquillement du dénouement fatal de sa maladie, auquel elle paraît s'être résignée.

Il me paraissait intéressant de dépister la porte d'entrée du parasite; je ne pus d'abord recueillir aucune notion étiologique; mais en m'adressant à différentes sources, je ne tardai pas à apprendre qu'étant jeune fille la malade avait l'habitude de collectionner des épis d'orge et de blé dont elle encombrait ses tiroirs ou ses pupitres, même en pension, pour les mâchonner ensuite ou s'en servir comme cure-dents jusqu'à faire saigner ses gencives, habitude funeste qu'elle avait conservée, étant jeune femme, sans se douter des dangers qu'elle courait.

Nous savons, en effet, que l'actinomycète se rencontre fréquemment et en abondance sur les graminées et présente alors une virulence très exaltée et un pouvoir pathogène beaucoup plus considérable; si bien que l'infection par les végétaux apparaît comme la cause presque exclusive de tous les cas à origine connue; origine végétale qui me paraît d'ailleurs très probable dans des cas nombreux où les observateurs paraissent avoir renoncé à la trouver, alors qu'il s'agit de malades, forgerons, bouchers, blanchisseurs, etc., ayant été en contact fréquent avec des chevaux ou des bovidés et, par conséquent, avec des graminées recélant le champignon rayonné.

Certains observateurs ont insisté très fortement sur le rôle étiologique de la carie dentaire; ce rôle est en réalité des plus modestes; la carie dentaire augmente évidemment les facilités d'effraction et aussi d'associations microbiennes, mais c'est tout; et ces conditions, propres à la culture du parasite, se rencontrent couramment en dehors de la carie dentaire, d'abord dans tous les cas d'actinomycose cutanée, thoracique, abdominale, etc., en un mot à localisations extra-buccales et, de plus, même dans l'actinomycose du maxillaire chez les sujets, comme ma malade, dont les dents sont saines.

La contagion directe par les animaux ou par les sécrétions des malades est un fait des plus rares, et ceci est en rapport avec ce phénomène curieux bien établi par Liebmann (1), que, contrairement à ce qui se passe pour les autres parasites, la virulence de l'actinomycète s'atténue lorsqu'il passe par le corps de l'homme ou des animaux; elle s'exalte, au contraire, en repassant par une plante. Quoi qu'il en soit, ma malade n'a été pour son entourage la source d'aucune infection et, en ce qui la concerne, elle n'a été contagionnée ni par des malades, ni par des animaux, mais bien inoculée par un épi actinomycétique accidentellement transformé en cure-dents.

Je n'obtins pas sans peine ce renseignement, qui avait paru sans importance; mais mon insistance me permit de compléter ainsi, par l'étiologie, la preuve déjà fournie par la clinique et la bactériologie. Je rappellerai que j'avais pu fixer, au 28 mars 1888, la date des premières manifestations de la tumeur, telle qu'elle est actuellement constituée; mais, malgré tous mes efforts, je ne pus obtenir de données précises me permettant de connaître exactement la durée de l'incubation.

On peut se demander si les accidents survenus dix-huit ans plus tôt, dénommés fièvre paludéenne, abcès dentaire, fièvre typhoïde, ayant évolué consécutivement, n'étaient pas une première manifestation actinomycosique, mais il me paraît plus sage d'écarter les explications hypothétiques et de nous en tenir aux faits patents.

Tous ces points étant bien établis, et, d'accord avec mon confrère M. Trognon, j'institue le traitement ioduré, le 15 novembre 1895 : 3 grammes paraissant être supportés, nous élevons la dose à 4 grammes, mais nous sommes obligés d'interrompre rapidement et de nous en tenir à une dose moyenne de 2 gr. 50, dose encore actuellement en usage et qu'il est difficile de dépasser, mais qui est prise d'une façon très régulière.

De plus, en présence de l'association des deux parasites actinomycète et streptocoque, et sur le conseil de M. Nocard qui a observé des associations semblables chez les bovidés rapidement améliorées par des injections de sérum antistreptoccocique jointes à l'iodure, je complète le traitement interne par des injections de sérum antistreptoccique que me délivre très obligeamment M. Marmorek.

La première injection de 5 centimètres cubes, faite le 21 novembre, est peu douloureuse; la température, prise plusieurs fois dans la journée, indique une augmentation de quelques dixièmes de degré à peine et ne dépasse pas 37°4; le cinquième jour après l'injection, on constate une éruption fugace occupant le tiers inférieur des jambes, qui dure à peine une demi-journée.

La deuxième injection de 6 centimètres cubes, pratiquée le 5 décembre, est un peu plus douloureuse, mais, cependant, ne produit pas de réaction pendant sept jours; le septième jour apparaît une éruption plus étendue que la première fois avec œdème non douloureux de la région malléolaire et arthropathie douloureuse du poignet gauche; la température s'élève à peine et les accidents ne durent pas plus de trois jours.

La troisième injection de 8 centimètres cubes, pratiquée le 20 décembre, est suivie, deux jours après, d'une éruption polymorphe généralisée avec frissons, sans élévation de température, vive sensibilité dans toute la continuité des membres, et gonflement avec douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes des deux côtés, ainsi que dans les coudes et les poignets; la tumeur est un peu plus proéminente dans sa partie antérieure, les sécrétions un peu plus abondantes; l'état général est troublé, l'appétit diminué, le nervosisme plus accentué. Cependant, la température reste normale pendant neuf jours; le 29 décembre, à dix heures du soir, le thermomètre monte brusquement jusqu'à 39°4 et se maintient dans les environs de 39 degrés jusqu'au lendemain midi; la défervescence se produit à ce moment rapide et complète. Depuis ce jour, la température n'a plus remonté et s'est toujours maintenue dans les environs de 37 degrés.

Il n'a pas été fait d'autre injection de sérum antistreptococcique; les accidents paraissant être en rapport avec ces injections ont, d'ailleurs, disparu très rapidement sans laisser de traces.

Le traitement ioduré, ingéré par la voie gastrique, a été, par contre, ainsi que je l'ai déjà dit, très bien supporté à la dose moyenne, par jour, de 2 gr. 50 d'iodure de potassium, et a été suivi avec persévérance. L'iode a, de plus, été employé largement, soit en badigeonnages sur la vaste surface intra-buccale de la tumeur, soit en injections parenchymateuses; une injection d'eau oxygénée ayant été suivie d'une réaction assez vive, je m'en suis tenu aux injections iodées, toujours bien supportées.

(1) Liebman. L'actinomice dell' uomo, *Arch. per le Scienze Med.*, 1890.

Sous l'influence de ces divers moyens et de quelques ponctions, dont j'aurai à parler, l'état général et local s'est peu à peu transformé, et nous nous trouvons, le 7 avril 1896, en présence de modifications certainement très sensibles, quoique très lentement obtenues.

Les diamètres de la tumeur ont été réduits de 3 centimètres environ dans tous les sens, et la patiente a la sensation très nette que le poids en est très sensiblement diminué ; en se plaçant en face de la malade, on aperçoit les deux oreilles, ce qui était auparavant impossible ; la bouche n'est plus entièrement portée sur la joue gauche et tend à reprendre sa position naturelle. La portion intra-buccale de la tumeur s'est affaissée surtout dans sa partie antérieure et les lèvres arrivent maintenant au contact d'une façon permanente ; les dents sont aperçues ; la bouche s'ouvre assez pour permettre d'apercevoir la luette et de passer le doigt derrière la branche montante du maxillaire.

L'introduction des aliments étant très facilitée et l'appétit se développant chaque jour, des purées de viande et de légumes sont ajoutées à la nourriture liquide précédemment en usage ; la malade démaigrit, suivant son expression, et sent ses forces revenir ; elle peut rester debout tout le jour ; la pâleur des téguments est très atténuée ; les règles, supprimées depuis février 1895, apparaissent de nouveau régulièrement depuis le mois de décembre ; les hémorragies intra-buccales ont entièrement cessé. Enfin, les douleurs des mâchoires ont presque complètement disparu ; la pression sur la région parotidienne, douloureuse jusqu'à ces derniers temps, est actuellement très bien supportée ; le sommeil est beaucoup plus régulier et la malade peut maintenant se coucher sur le côté gauche d'une façon prolongée, et, par instants, sur le côté droit, siège principal de la tumeur. En même temps qu'elle sent l'amélioration s'accentuer, elle se prépare par une diminution graduelle à supprimer les injections de morphine dont la dose est peu à peu abaissée de 12 centigrammes par jour à 2 ou 3 centigrammes.

Au point de vue de sa constitution, la tumeur a subi des modifications très remarquables ; la dureté ligneuse ne subsiste plus que par îlots de plus en plus restreints ; les portions ramollies, devenues véritablement fluctuantes, sont de plus en plus développées ; c'est ce qui m'a permis de faire dans ces poches des ponctions suivies d'injections modificatrices, ainsi que je l'ai dit plus haut ; ces ponctions ont été faites soit par la joue, soit par la portion intra-buccale, la première fois avec un fin trocart de l'aspirateur Potain, et depuis, avec l'aiguille assez large d'une seringue de 30 centimètres cubes ; les petites plaies des piqûres ont toujours très rapidement guéri sans le moindre incident. J'ai ainsi retiré un volume variable par ponction, 20 à 100 centimètres cubes d'un liquide visqueux, quelquefois huileux et jaune, le plus souvent couleur jus de pruneau. Ce liquide, dans lequel on trouve les grains jaunes, ne contient pas de streptocoques quand il est retiré par les ponctions ; il en contient quand il s'écoule spontanément par la bouche ; cet écoulement est, d'ailleurs, intermittent au lieu d'être continu comme au début de la maladie, et la quantité en est sensiblement diminuée.

Le changement dans les caractères fournis par la palpation de la tumeur est surtout sensible depuis un mois environ, et cela de façon à modifier le diagnostic que pourrait porter un observateur auquel ne s'imposerait pas l'idée d'actinomycose. C'est ainsi que M. P. Reynier auquel je fis connaître ma malade dans le mois de décembre peu après le début du traitement, me déclarait que si le diagnostic actinomycose n'avait pas été établi, il aurait, à ce moment-là, très probablement porté celui de sarcome ; tandis que la tumeur, telle qu'elle se modifie depuis le mois de février, éveille plutôt l'idée de tumeur polykystique des mâchoires ; telle a été aussi l'impression de MM. Jalaguier et Le Bec qui ont eu l'occasion de voir ma malade après M. Reynier.

Cette remarque est d'autant plus intéressante que le diagnostic n'a jamais été fait entre les tumeurs actinomycosiques et la maladie kystique des mâchoires, en dehors du cas présent, et cependant, ainsi que nous le verrons plus tard, jamais tumeur n'aurait été plus justement que celle-ci dénommée maladie kystique des tumeurs.

Il y a donc dans l'actinomycose un facteur important pour les données du problème sur lequel ont plus particulièrement discuté en France MM. Malassez et Magitot, le premier assurant que les kystes des mâchoires ont tous pour origine les débris paradentaires, le second soutenant que les kystes multiloculaires proviennent de l'épithélium de la gencive. M. Albarran (1), qui a soigneusement étudié la question, se rallie à l'opinion de M. Malassez, acceptée aussi par M. Heydenreich ; mais, pas plus que ces auteurs compétents, il n'a pu prévoir l'importance du rôle étiologique de l'actinomycose dans la production de la maladie kystique des mâchoires, importance qui, pour ne pas avoir été soupçonnée jusqu'à ce jour, ne m'en paraît pas moins des plus considérables.

Le 27 décembre, avant que cette transformation se fût produite, je présentai la patiente à M. Poncet (de Lyon) qui n'hésita pas à accepter mon diagnostic d'actinomycome circonscrit à forme bovine ; mais, en présence de l'étendue et de l'ancienneté des lésions, ou le résultat jusqu'alors beaucoup moins manifeste qu'aujourd'hui, obtenu par le traitement médical, le chirurgien lyonnais émit l'avis formel que le seul traitement à conseiller était la résection de toute la moitié correspondante du maxillaire inférieur, comme s'il se fût agi d'un véritable ostéo-sarcome. Tel était encore son avis trois mois plus tard, ainsi qu'il le déclarait dans le travail de M. L. Bérard sur l'actinomycose humaine (*Gaz. des hôpit.*, n° 29, mars 1896). (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

39. M. NEVEJAN. Diagnostic différentiel entre certaines formes d'appendicite et d'ovaro-salpingite. — 40. M. DELVAL. Recherches chimiques et expérimentales sur la toxicité du genièvre. — 41. M. DEFAUX. Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice. — 42. M. LECOMTE. Étude sur dix-huit cas d'occlusion intestinale camplète, liée chez la femme à des inflammations pelviennes. — 43. M. SOUILLART. Quelques considérations à propos de l'ablation vaginale des fibromes utérins non suivie d'hystérectomie. — 44. M. TONNEL. Contribution à l'étude du cœur chez le vieillard. — 45. M. LESTOQUOY. Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne dans l'obésité. — 46. M. BIÉRENT. Étude sur la puberté chez l'homme et chez la femme. La puberté à l'état physiologique. — 47. M. d'ORGÈRES. Intubation du larynx dans le croup (étude critique et contribution). — 48. M. JACMARCQ. Contribution à l'étude de la nature infectieuse du purpura simplex. — 49. M. BOUTRY. De la mort apparente du nouveau-né. Des avantages qu'il y a à pratiquer les procédés combinés de respiration artificielle.

---

(1) ALBARRAN. Kystes des mâchoires. *Rev. de chir.*, nos 6 et 7, juin et juillet 1888.

— 50. M. Bourg. Des luxations totales du métatarse sur le tarse (luxations en dehors).

— Par décision ministérielle, en date du 25 août 1896, M. Derouet, médecin-major de deuxième classe au 130e d'infanterie, est affecté au 102e régiment de même arme, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Bénac.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LA SÉROTHÉRAPIE ET L'ALBUMINURIE

AU CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE NANCY (1)

VI

MM. BOSC et VEDEL (de Montpellier) ont pris comme sujet de leurs communications une question de haute importance et de grande actualité. En étudiant expérimentalement et cliniquement les **effets et les indications des solutions salines en injections intra-veineuses, sous-cutanées ou intrapéritonéales,** ces auteurs ont fourni des notions nouvelles et précieuses sur le mode d'action si puissant de cette méthode nouvelle.

M. Vedel rappelle la toxicité réelle de l'*eau distillée*, même à doses faibles, toxicité qui doit la faire rejeter de la pratique des injections intra-veineuses. L'eau ordinaire, au contraire, est dépourvue de tout caractère toxique. A toutes les doses, elle provoque des mictions abondantes sans hématurie, détermine une légère réaction fébrile de 5/10 à 1 degré, altère bien moins les globules sanguins, de telle sorte qu'on pourrait, à la rigueur, l'utiliser seule pour les injections intra-veineuses.

Les *solutions salées simples* doivent contenir de 5 à 7 pour 1000 de chlorure de sodium.

A cette dose, l'injection accélère le cœur, ne modifie pas la pression sanguine, active la diurèse, produit une réaction thermique centrale et périphérique de 1 à 2 degrés au-dessus de la normale, d'une durée de cinq à six heures, et n'atteint pas l'état général.

Au point de vue pratique, la douleur produite par l'injection et la menace d'accidents convulsifs chez les prédisposés nous paraît motiver des réserves.

L'injection massive de la solution simple, à 5 et 7 p. 1000, est dépourvue de toute toxicité immédiate ou éloignée, alors même qu'on fait plus que tripler la masse totale du sang et que la vitesse est très considérable (86 à 261 centimètres cubes par kilogramme; 15 à 87 centimètres cubes par minute).

Cette injection augmente la fréquence et l'énergie du cœur, ne modifie pas la pression sanguine, élève la température rectale et périphérique de 2 degrés avec retour à la normale en deux ou trois heures (véritable accès de fièvre); les mictions sont rapides et abondantes sans hématurie, ni albuminurie; il se produit de la salivation, de la diarrhée; des frissons éclatent vers la fin de l'injection; le système nerveux n'est aucunement troublé et l'injection n'est pas douloureuse.

Ces effets réactionnels, en particulier les phénomènes thermiques, n'ont été influencés ni par la vitesse de l'injection, ni par la température du liquide injecté : ils sont identiques, qu'il s'agisse d'injection isolée ou d'injections en série.

La solution de NaCl à 5 p. 1000 produit les mêmes effets que celle à 7 p. 1000, mais elle agit moins sur la diurèse et la calorification.

L'injection massive de la solution saline composée faible (NaCl et sulfate de soude à 7 p. 1000) montre que les effets sont exactement les mêmes que ceux de la solution salée simple et que l'adjonction du sulfate de soude est au moins inutile. Les expériences permettent de conclure que la solution simple de chlorure de sodium à 7 p. 1000 possède le minimum d'effets nocifs et le maximum des effets physiologiques; elle constitue la solution de choix dans la pratique des injections intra-veineuses.

Enfin, M. Vedel a étudié expérimentalement les effets *de l'injection saline dans les infections.*

C'est là une conquête toute nouvelle, fournissant au médecin, au chirurgien et à l'accoucheur une suprême et souvent efficace ressource dans les cas en apparence les plus désespérés.

Sans entrer dans le détail des cas rapportés, voici les conclusions du mémoire en ce qui concerne les maladies infectieuses.

L'ensemble des phénomènes réactionnels produits a la valeur d'un véritable mouvement critique, capable, dans les cas d'infection aiguë, de faire triompher immédiatement l'organisme et, dans les cas d'infection à évolution lente, entretenus par des foyers purulents, de remonter les forces en particulier le cœur et la nutrition générale, de façon à permettre de continuer la lutte et de triompher.

Il y a toujours indication, dans le cas des maladies infectieuses, pour les injections intra-veineuses salées, telles que nous les préconisons, mais ici, comme pour les infections expérimentales, il est indiqué de faire l'injection le plus près possible du début de la maladie, et les indications

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1003.

d'urgence seront données surtout par l'état du pouls, de la pression sanguine, de la diurèse et de l'état général.

L'anurie n'est pas plus une contre-indication pour l'injection intra-veineuse que l'existence d'albumine que nous avons vue disparaître après l'injection.

Il n'existe pas, d'ailleurs, de contre-indication : avec les doses optima et la vitesse indiquées, les accidents sont impossibles ; cependant, il faut tenir compte de l'état du rein, du cerveau et de la nature de l'infection. Si le tissu rénal est profondément et irrémédiablement atteint, il ne faut pas injecter des doses fortes ; de même lorsqu'il existe de l'œdème pulmonaire. Il faut également savoir graduer l'injection en présence d'une maladie hémorragipare, comme l'infection coli-bacillaire, de façon à ne pas aggraver les tendances mêmes de l'infection.

Non contents d'étudier les injections intra-veineuses, dont la technique est un peu délicate, MM. Bosc et Vedel ont également fait des expériences sur les **injections sous-cutanées ou intra-péritonéales de solution saline**.

Voici le résumé de cette intéressante et si utile communication :

Les injections sous-cutanées de 250 à 400 centimètres cubes, chez l'animal sain, produisent des effets identiques à ceux des injections intra-veineuses, mais ils sont moins rapides et moins intenses. L'application de ces injections, dans les cas de maladie fébrile ou hypothermisante, montre qu'elles agissent comme l'injection intra-veineuse en produisant une réaction thermique jusqu'à 40°5 dans l'aisselle, en fixant la température à la normale dans les cas heureux, en accélérant les battements du cœur, et, relevant la pression sanguine abaissée, en activant la diurèse. Chez l'homme malade, les effets sont plus intenses que chez l'animal sain, mais ils sont toujours plus tardifs et moins intenses qu'à la suite d'injections dans les veines. Il existe ici une période silencieuse de une à trois heures.

Dans un cas de septicémie puerpérale pure, une seule injection a amené la guérison, après avoir fixé à la normale la température qui évoluait sous forme de grands accès intermittents, relevé le pouls, provoqué la diurèse ; dans un cas d'urémie avec anasarque et albuminurie forte, les symptômes d'intoxication disparurent, l'anasarque également, l'albuminurie demeurant telle quelle ; dans une pneumonie du vieillard, prise à l'agonie, trois injections prolongèrent la vie de six jours et déterminèrent un accès de fièvre suivi d'une défervescence ressemblant à une défervescence critique, des mictions, des sueurs, etc.

Il faut donc admettre que l'injection sous-cutanée d'eau salée est un agent thérapeutique actif et qui ne diffère de l'injection intra-veineuse que par la rapidité et l'intensité de son action.

De ces deux caractères découlent les indications des injections sous-cutanées.

La première est subordonnée aux contre-indications de l'injection intra-veineuse : les contre-indications ne dépendent ni du cœur, ni de l'albuminurie, ni de l'anurie, mais du poumon et de lésions graves et totales du rein.

L'injection sous-cutanée est indiquée dans les cas où son action est jugée devoir être suffisante, c'est-à-dire quand l'action prompte et énergique de l'injection intra-veineuse n'est pas urgente. Elle pourra être employée pour continuer les effets de l'injection intra-veineuse.

L'injection intra-musculaire est supérieure à l'injection purement sous-cutanée ; l'absorption est plus rapide et elle est moins douloureuse.

Les injections intra-péritonéales d'eau salée à 7 p. 1000 et à 7 p. 100 déterminent les mêmes effets (aux doses de 250 à 500 centimètres cubes), que les injections sous-cutanées. Comme application thérapeutique, le chirurgien pourra abandonner 250 à 1 000 grammes d'eau salée à 7 p. 1000, stérilisée, dans la cavité péritonéale, à la suite de l'ouverture du péritoine, comme méthode préventive.

La physiologie pathologique des injections salées est complexe. On ne peut invoquer l'action mécanique seule. Les injections salées agissent en éliminant les poisons, grâce à l'action osmotique et diurétique du NaCl ; en modifiant la nutrition générale par un lavage qui facilite l'échange matériel et augmente l'urée, les phosphates, etc. ; en atténuant l'action globulicide du sérum ; en activant le pouvoir phagocytaire des globules blancs. On peut comprendre ainsi l'action atténuante et empêchante de l'injection salée précoce ; elle agit en produisant une suractivité curatrice dans l'organisme se traduisant par la fièvre, l'accélération du pouls.

PRONOSTIC DES ALBUMINURIES

I

Cette deuxième question avait été mise à l'ordre du jour du Congrès de Nancy. Voici, à peu près *in extenso*, le rapport de M. TALAMON. La netteté de son exposition, sa haute valeur clinique, en font un chapitre du plus haut intérêt.

La constatation de l'albuminurie est devenue un fait tellement banal, que la fréquence du symptôme a dû nécessairement en restreindre l'importance. La restriction est allée jusqu'à faire de l'albuminurie un phénomène physiologique. C'est, à notre avis, pousser trop loin les conséquences d'un fait qui, pour si fréquent qu'il soit, n'est cependant pas la règle.

Il n'existe pas d'albuminurie physiologique ; la présence de l'albumine dans l'urine est toujours pathologique ; elle est toujours l'indice d'une altération de la membrane filtrante glomérulaire, altération minime et passagère dans bien des cas, mais altération dont on ne peut apprécier l'étendue, l'importance, la gravité, les conséquences futures, qu'après une minutieuse analyse des conditions dans lesquelles elle s'est produite.

En fait, ce qu'il nous importe de savoir, c'est que la fréquence de l'albuminurie est telle, qu'il est impossible d'attacher à ce symptôme aucune valeur pronostique propre ; c'est que l'existence de l'albuminurie est compatible pendant longtemps avec les apparences de la santé ; c'est qu'un symptôme aussi commun ne peut être mis en valeur que par les conditions extrinsèques qui le provoquent, l'accompagnent ou le compliquent, et que c'est à ces conditions surtout qu'il nous faut demander les éléments d'appréciation qui serviront à en établir le pronostic immédiat ou éloigné.

I. ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC DE L'ALBUMINURIE. — A. *Caractères de l'albuminurie.* — 1° *La quantité d'albumine.* — C'est le fait le plus facile à constater : mais c'est en même temps le caractère qui, à le considérer isolément, expose aux plus graves erreurs de pronostic. Si l'on ne risque guère de se tromper en regardant comme un symptôme grave une quantité abondante d'albumine, la réciproque n'est pas vraie, et l'on ne saurait rien préjuger de la présence dans l'urine d'une minime proportion d'albumine.

Même pour une albuminurie abondante, c'est-à-dire atteignant ou dépassant 5 grammes par litre, aucune règle absolue ne peut être donnée. Une albuminurie de ce genre peut s'observer d'une manière passagère ou intermittente, sans entraîner de conséquences graves immédiates.

La seule règle pronostique précise est celle-ci : une proportion élevée d'albumine coexistant d'une manière permanente avec une polyurie de 2 à 4 litres est toujours d'un pronostic grave. Elle indique soit le gros rein blanc amyloïde, soit l'atrophie rouge à marche rapide, et l'on peut dès lors prévoir une terminaison fatale dans un délai plus ou moins proche, mais jamais très éloigné.

Quant aux proportions minimes d'albumine, c'est-à-dire à des albuminuries oscillant autour de 0,50 p. 1000, elles n'autorisent par elles-mêmes de pronostic dans aucun sens. Tout ce qu'on peut dire, c'est que lorsque ces faibles proportions d'albumine se rencontrent dans une urine dont la constitution se rapproche de la normale, elles n'impliquent aucun pronostic sérieux pour le présent, mais sans que nous puissions rien en conclure pour l'avenir ; c'est que, d'autre part, si elles s'observent dans une urine pâle, de faible densité, pauvre en principes organiques, elles doivent faire craindre l'existence d'un rein atrophié.

Dans les néphrites aiguës et dans les poussées aiguës du mal de Bright, on peut être certain, si en dépit du relèvement de la pression et de la vitesse du courant sanguin, la proportion d'albumine reste élevée, que le travail d'inflammation glomérulaire s'étend ou s'aggrave ; à plus forte raison doit-on le craindre si la pression reste basse, c'est-à-dire si la quantité d'urine n'augmente pas. La diminution de l'albuminurie accompagnant la polyurie indique l'arrêt du processus inflammatoire, ou du moins sa tendance à se limiter.

Dans les périodes de rémission parfois fort longues qui séparent les poussées aiguës du mal de Bright, la persistance de l'albuminurie à un degré élevé doit faire pronostiquer l'extension rapide et continue des lésions destructives du rein, et par suite la menace de nouveaux accidents graves à échéance rapprochée. Au contraire, une faible quantité d'albumine oscillant autour d'un gramme p. 1000, permet de penser que la lésion reste très circonscrite ou que, si elle progresse, ce n'est que d'une manière lente et insidieuse, compatible pendant longtemps avec l'équilibre fonctionnel de l'organisme.

2° *La qualité de l'albumine.* — La non-rétractilité du coagulum albumineux sous l'influence de la chaleur, que Bouchard regardait comme le signe pathognomonique d'une albuminurie dyscrasique sans lésion rénale, tient le plus souvent non à la qualité, mais à la quantité de l'albumine. Dans d'autres cas, elle tient au milieu chimique où se fait la coagulation, à la proportion des autres éléments constituants de l'urine. Ce caractère n'a donc pas la valeur pronostique qu'on voulait lui attacher.

Lorsqu'on traite l'urine par le procédé de Heller-Gubler, quand, en versant l'acide nitrique dans une urine albumineuse, on voit se former au-dessus un disque net et épais d'acide urique, on peut déjà affirmer le caractère relativement bénin de l'albuminurie. Le fait ne s'observe guère, en effet, que dans trois circonstances : dans les albuminuries des maladies fébriles, dans les albuminuries cardiaques, dans le albuminuries pré-goutteuses. Les urines sont, en même temps, hautes en couleur et très denses, et la lésion rénale peut être tenue pour superficielle et peu étendue.

Dans d'autres cas, et ceci s'observe, au contraire, avec des urines pâles et d'une faible densité, l'acide nitrique donne immédiatement un précipité épais, d'un blanc mat, surmontant un disque violet plus ou moins marqué d'indican ; rapidement, la teinte violette diffuse vers le précipité albumineux, en même temps que celui-ci se rétracte en un volumineux caillot, et toute la masse, au bout de quelques instants, prend une teinte violacée. Ces caractères impliquent d'emblée un pronostic grave, car ils ne se rencontrent que dans les albuminuries chroniques liées à une lésion profonde du rein, et l'abondance de l'indican indique une altération profonde de l'état général.

D'autres urines, celles-ci encore pâles et peu denses, donnent, avec l'acide nitrique, un disque mince d'albumine et, au-dessous, un disque ou un cercle rose d'urohématine. Le pronostic, ici, est variable, car ce précipité s'observe aussi bien dans l'albuminurie du rein contracté, dans l'albuminurie sénile avec artério-sclérose généralisée, que dans l'albuminurie des adolescents anémiques et névropathes.

3° *Les variations quotidiennes de l'albuminurie.* — Des variations quotidiennes de l'albuminurie, on a fait la base de toute une catégorie d'albuminuries qualifiées de passagères, d'intermittentes, de cycliques, de paroxystiques, qui se subdivisent elles-mêmes en albuminuries alimentaires, digestives, musculaires, posturales, suivant les conditions particulières qui déterminent ou exagèrent l'intermittence, lesquelles ont fini par se confondre dans le groupe des albuminuries dites fonctionnelles, par la raison que ces variations ne pourraient se concilier avec l'idée d'une lésion rénale permanente.

Or, tout en reconnaissant le pronostic relativement bénin de ces albuminuries, nous ne saurions admettre que cette bénignité tienne à l'absence d'une lésion rénale, car ces variations et cette intermittence s'observent sous les mêmes influences dans les albuminuries brightiques les plus indiscutables, sans qu'on ait jamais songé à en tirer autre chose que des indications d'hygiène thérapeutique.

Ce qui fait la différence apparente entre les variations d'une albuminurie lésionnelle et celles des albuminuries dites fonctionnelles, ce n'est pas le caractère purement dynamique, comme on l'avance, de ces albuminuries, c'est simplement la faible teneur de l'urine en albumine ; et c'est pourquoi nous avons préféré nommer ces albuminuries, albuminuries minima, cette dénomination n'impliquant aucune idée théorique. Et la meilleure preuve que l'intermittence, dans ces cas, n'a rien de spécial ni de mystérieux et tient à la faible excrétion albumineuse, c'est qu'il suffit que cette excrétion augmente, sous l'influence d'une maladie aiguë, par exemple, pour que le caractère d'intermittence disparaisse et que l'albuminurie devienne continue, tout en présentant cependant, aux mêmes heures, les mêmes variations en plus ou en moins.

Je ne crois donc pas que l'intermittence de l'albuminurie ait la valeur pronostique qu'on a voulu lui attribuer. Qu'on conserve, si l'on veut, les termes d'albuminurie alimentaire, musculaire, posturale, nerveuse, pour préciser les conditions spéciales qui provoquent l'exacerbation albumineuse ; mais qu'on n'en tire pas argument pour justifier l'existence d'un simple trouble fonctionnel.

On peut utiliser ces notions pour en déduire des règles thérapeutiques ; mais au point de vue de l'évolution de la maladie, on ne saurait accorder aux variations quotidiennes de l'albuminurie aucune signification précise.

B. *Composition du milieu urinaire.* — 1° *Le milieu chimique.* — Une forte proportion d'albumine dans une urine pâle, abondante, de faible densité, pauvre en urée, en acide urique et en éléments minéraux, indique toujours une néphrite chronique avancée et comporte un pronostic grave absolument.

Une faible proportion d'albumine dans une urine colorée, peu ou moyennement abondante, d'une densité normale ou élevée, riche en urée et en acide urique, est toujours d'un pronostic immédiat bénin.

On peut demander aux variations de l'eau et de l'urée quelques éléments de pronostic.

Les variations de l'eau urinaire tiennent le premier rang au point de vue pronostique. Je n'hésite pas à dire qu'étant donné qu'une urine est albumineuse, il est plus important pour l'appréciation du cas de connaître la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures que la proportion d'albumine contenue dans cette urine.

Dans toute albuminurie chronique, du moment que la quantité d'urine diminue, le pronostic devient plus mauvais; dès qu'elle augmente, le pronostic s'améliore au moins momentanément.

Quand l'oligurie se maintient au-dessous d'un demi-litre, en dépit du régime lacté et du traitement institué, on doit prévoir des accidents urémiques graves ou une terminaison fatale dans un délai rapproché.

Tant que la polyurie persiste, que la quantité d'albumine diminue ou reste la même, on doit penser que la lésion est localisée, ou compensée et stationnaire.

Les variations de l'eau urinaire sont, en effet, la meilleure mesure de la tension artérielle.

Dans les néphrites aiguës, le pronostic est directement proportionnel au degré de l'oligurie.

Si l'on veut résumer les indications pronostiques fournies par le dosage de l'urée, on ne peut guère aller au delà de ces deux propositions :

Dans les périodes d'oligurie, le pronostic est moins grave et le trouble fonctionnel du rein moins prononcé, quand la quantité totale d'urée est élevée que lorsqu'elle est faible.

Dans les périodes de polyurie, une forte proportion d'urée indique un état général satisfaisant, une faible proportion, une tendance à la cachexie.

2° *Éléments figurés.* — La centrifugation a montré que les urines les plus normales, ne présentant pas trace d'albumine, peuvent contenir des cylindres hyalins et des globules du sang. Ce fait enlève toute valeur à tout ce qu'on a dit de ces cylindres comme moyen de diagnostic entre les albuminuries liées à une lésion rénale et les albuminuries prétendues fonctionnelles. Cependant l'abondance et l'aspect de certains cylindres peuvent renseigner jusqu'à un certain point sur l'étendue des lésions tubulaires ou sur la nature de l'altération rénale. Ainsi les cylindres épithéliaux et hémorragiques, se rencontrant en grande quantité dans une urine albumineuse, indiquent une néphrite aiguë diffuse, mais on n'en peut tirer aucun argument ni pour ni contre la gravité de cette néphrite. Les cylindres hyalins n'ont aucune valeur pronostique; ils s'observent en grand nombre dans l'albuminurie par stase veineuse des affections cardiaques ou cardio-pulmonaires qui, par elle-même, n'a aucune gravité, et on a la plus grande peine, d'ordinaire, à en découvrir quelques spécimens dans l'albuminurie du rein contracté. Quant aux cylindres cireux et granuleux, larges et courts, ils sont évidemment d'un mauvais pronostic; on les trouve surtout dans l'urine du gros rein blanc; mais on n'a guère besoin de ce supplément de preuves pour baser son jugement en pareil cas.

La présence du sang d'une façon accidentelle dans une urine albumineuse n'offre pas une plus grande importance pronostique. Elle caractérise simplement un processus d'inflammation aiguë, primitif ou greffé sur une lésion rénale ancienne. C'est elle qui donne aux urines des néphrites aiguës leur teinte feuille-morte particulière.

A ce propos, toutefois, je dois remarquer que la coloration feuille-morte de l'urine dans les néphrites aiguës semble d'un pronostic relativement plus sérieux que la teinte rouge-rutilant, rouge-franc qu'on observe dans les mêmes conditions. Peut-être cela tient-il à ce que, dans le premier cas, c'est le sang en nature qui passe dans l'urine, tandis que dans le second, la coloration est surtout due à l'hémoglobine ou plutôt à la méthémoglobine et se trouve, par suite, en rapport avec une altération moins profonde des vaisseaux glomérulaires. Ce qui est certain, c'est que cette teinte rouge rutilant s'observe fréquemment dans les néphrites des maladies aiguës microbiennes, l'érysipèle, la pneumonie, la fièvre typhoïde, néphrites qui guérissent rapidement et complètement après la disparition de la maladie première, et que ces urines d'un rouge vif renferment toujours beaucoup moins d'albumine que les urines feuille-morte.

Il n'en est plus de même de la persistance à l'état chronique pendant des semaines et des mois d'une albuminurie hémorragique. En dehors de quelques cas d'oxalurie où le symptôme peut s'observer sans conséquences sérieuses, une albuminurie hémorragique chronique est toujours d'un pronostic grave. Elle se rattache, en effet, ou à une des variétés de la néphrite tuberculeuse, ou à un cancer du rein, ou enfin à une forme subaiguë du mal de Bright qui entraîne habituellement la mort en quelques mois.

II. Pronostic des diverses variétés d'albuminurie. — 1° *Albuminuries fébriles.* — Si l'on veut formuler un pronostic général des albuminuries fébriles, on peut dire qu'à les considérer dans leur ensemble elles se lient, en général, à un processus aigu, transitoire et rapidement curable. Mais, si toutes peuvent guérir complètement, toutes aussi peuvent persister sous une forme plus ou moins chronique, soit que la gravité de l'atteinte portée au parenchyme rénal ne permette pas la restitution à l'état normal de toutes les parties lésées, soit qu'il y ait eu réveil d'une lésion préexistante, soit enfin que l'action passagère des toxines microbiennes crée dans le rein un *locus minoris resistentiæ* qui rend l'organe plus vulnérable à d'autres causes d'albuminurie.

2° *Albuminurie cardiaque.* — Cette albuminurie n'a aucune valeur pronostique propre. Elle indique simplement un état que les phénomènes concomitants, la dyspnée, la congestion pulmonaire, l'œdème des jambes, permettraient suffisamment d'apprécier ; elle n'aggrave pas la maladie primitive.

La permanence de l'albuminurie chez un cardiaque, en dehors des crises d'asystolie, ne peut avoir qu'un pronostic sérieux. Elle suppose, en effet, le développement d'une lésion rénale, à marche chronique et que cette lésion soit dérivée, associée ou surajoutée, l'affection cardiaque ne s'en trouve pas moins singulièrement aggravée.

De même, d'ailleurs, que pour le foie, on voit se produire parfois du côté du rein, chez les cardiaques, une sorte d'asystolie localisée, se traduisant par de l'oligurie et de l'albuminurie sans que l'œdème ou les autres signes de l'affaiblissement cardiaque viennent forcément s'y joindre. Cette asthénie circulatoire locale ne dépasse pas la sphère rénale, si l'on remédie promptement à la tendance générale dont elle est l'indice ; mais si on la néglige, ou si elle passe inaperçue, elle sert de prélude à une attaque d'asystolie complète. L'albuminurie, dans ces cas, est un avertissement qui précède les autres signes de la défaillance du cœur et, à ce titre, elle a une valeur prémonitoire qu'il ne faut pas oublier.

En opposition aux maladies mitrales, la coexistence de l'albuminurie avec une affection aortique et, en particulier, avec l'insuffisance aortique, est toujours de mauvais augure, surtout s'il s'agit d'un sujet encore jeune. Ou bien, en effet, l'albuminurie apparaît, en quantité progressivement croissante, dans une urine devenue rare et concentrée, et elle indique la fatigue et la débilitation commençantes du myocarde, qui, dans les énormes cœurs surmenés de la maladie de Corrigan, aboutissent rapidement et fatalement à l'asystolie finale. Ou bien l'albuminurie existe avec une insuffisance aortique compensée, et alors elle ne peut être l'effet

que d'une néphrite concomitante, à gros ou à petit rein, association de lésions sur les conséquences de laquelle il est inutile d'insister.

3° *Albuminurie saturnine.* — Quand on examine systématiquement l'urine d'un sujet exposé depuis un certain temps, par sa profession, à l'empoisonnement lent par le plomb, il est rare de ne pas la trouver, à un moment ou à l'autre, albumineuse.

Il importe d'ajouter que l'absence complète d'albumine n'implique pas, nécessairement, chez un saturnin, l'absence des lésions rénales.

L'albuminurie transitoire ou intermittente est surtout fréquente chez les saturnins encore jeunes et, en particulier, entre quinze et vingt ans.

Ce n'est, d'ordinaire, qu'après quarante ans que les symptômes propres de l'atrophie rénale commencent à se manifester et, en particulier, celui qui attire le plus facilement l'attention, la polyurie nocturne.

L'élément principal du pronostic nous est donné par la durée de l'intoxication professionnelle, et à albuminurie égale; nous sommes autorisés à conclure que la lésion est d'autant plus grave que l'intoxication est plus ancienne.

4° *Albuminurie goutteuse.* — Je comprends sous ce nom toutes les variétés d'albuminuries qui se rattachent aux différentes phases ou étapes de la néphrite uratique dont le petit rein rouge et contracté de Todd est le terme ultime, mais non nécessaire.

L'albuminurie est, en effet, extrêmement fréquente chez les goutteux. Passagère, intermittente ou continue, elle peut se montrer à toutes les périodes de la goutte, habituellement peu prononcée, la quantité d'albumine oscillant entre 0gr50 et 1 gramme p. 1000.

Au point de vue du pronostic, il faut tout d'abord distinguer deux grandes catégories de cas : ceux dans lesquels l'urine est d'abondance moyenne ou un peu augmentée, fortement acide, haute en couleur et en densité, riche en urée, en acide urique, en acide phosphorique et en principes minéraux; ceux dans lesquels l'urine offre les caractères inverses, est pâle, décolorée, abondante, de densité faible, très appauvrie en principes constituants.

La première catégorie comprend surtout les uricémiques jeunes et les goutteux à goutte régulière et franche, dont les accès se terminent par résolution complète. L'albuminurie est toujours latente, ce n'est que le hasard ou l'examen systématique de l'urine qui la révèle. Dans cette catégorie rentrent la plupart des cas décrits sous le nom d'albuminurie cyclique ou intermittente des jeunes gens.

Les caractères attribués par Teissier et son élève Merley à ces urines à albuminurie cyclique, excès de matières colorantes, forte densité, excès d'eau et de sels, sont identiques à ceux que M. Lecorché a donnés comme caractéristiques de la période préarticulaire de la goutte. Et de fait, Teissier et Merley concluent à l'origine arthritique de ces albuminuries.

Nous appelons cette albuminurie prégoutteuse, quand elle s'observe de bonne heure chez des adolescents de descendance goutteuse. Mais elle n'est pas propre à la jeunesse; elle peut se rencontrer ou se continuer dans l'âge adulte, chez des goutteux ayant eu des accès articulaires.

Tant que les urines conserveront les caractères indiqués plus haut, de richesse en urée et en acide urique avec une densité et une coloration normales ou au-dessus de la normale, on doit admettre que la lésion est peu étendue ou fonctionnellement compensée, et que dès lors il n'y a pas d'accidents immédiats ou prochains à redouter du fait même de l'albuminurie.

Pour la deuxième catégorie de cas, à urines pâles, aqueuses, abondantes, de faible densité, pauvres en urée et en acide urique, la situation est nette; le pronostic de l'albuminurie, immédiat ou prochain, est toujours mauvais. Ces cas s'observent chez les vieux goutteux ou chez des goutteux encore jeunes, n'ayant pas dépassé cinquante ans, mais chez lesquels la goutte a pris de bonne heure une allure anormale et grave, avec déformations articulaires, tophus abondants et cachexie prononcée.

5° *Albuminurie dans le diabète.* — Il est assez juste de penser que l'albuminurie, dans la majorité des cas, relève non du diabète même, mais bien de l'uricémie goutteuse coexistante. Les autres cas d'albuminurie se rattachent à des lésions cardiaques ou à une tuberculose pulmonaire compliquant le diabète.

Déduction faite de ces cas, l'association de l'albuminurie à la glycosurie serait donc par elle-même d'une valeur pronostique plutôt favorable, en ce sens qu'elle autorise à diagnostiquer un diabète goutteux, c'est-à-dire la forme la moins grave et la plus maniable du diabète. D'autre part, le pronostic de l'albuminurie même est celui de l'albuminurie goutteuse, et ce pronostic est relativement bon, en raison de la lenteur du processus lésionnel et de la longue tolérance de l'organisme pour les albuminuries de ce genre.

Mais ceci n'est exact qu'à condition que la proportion d'albumine se maintienne au-dessous de 1 p. 1000, et aux formes bénignes de l'albuminurie légère des diabétiques il faut opposer les formes graves avec albuminurie abondante.

Quand le syndrome brightique existe ou quand la quantité d'albumine atteint 2 et 3 grammes par litre, la situation du malade devient d'autant plus grave que le régime qui convient à l'albuminurie est précisément celui qui est le plus contraire à la glycosurie; et réciproquement le régime antidiabétique ne peut qu'augmenter la proportion d'albumine.

Il est impossible d'admettre avec les anciens que cette substitution de l'albumine au sucre soit un signe de guérison.

6° *Albuminurie de la grossesse.* — Le pronostic des albuminuries de la grossesse est complexe, mais, d'une manière générale, il est commandé par un autre phénomène grave de l'évolution gravidique, l'éclampsie.

L'éclampsie est vraisemblablement due à une intoxication dont la cause réelle n'est pas encore nettement déterminée, mais ne doit sûrement pas être cherchée dans une lésion rénale. Je ne songe pas à nier la fréquence de l'association des deux choses, albuminurie et éclampsie. Mais il faut bien savoir aussi que, par elle-même, l'éclampsie, de son côté, détermine l'albuminurie, une albuminurie qui apparaît et qui disparaît avec les convulsions, et les statistiques ne nous disent pas la part qu'il faut faire dans leurs totaux à cette albuminurie, effet et non cause, postérieure et non antérieure à l'éclampsie.

L'albuminurie, ici comme ailleurs, n'est qu'un signal d'alarme qui n'est même pas sous la dépendance de la grossesse. Ce qui fait, dans certains cas, la gravité de la situation, ce sont deux phénomènes bien distincts de l'albuminurie, l'un est la compression des uretères par l'utérus gravide, l'autre est la dégénérescence graisseuse des épithéliums tubulaires. Ni l'un ni l'autre, d'ailleurs, ne produisent l'albuminurie; mais tous deux, en ajoutant leurs effets à ceux d'une lésion rénale antérieure ou coexistante, en entravant l'excrétion ou la sécrétion de l'urine, modifient nécessairement le pronostic de cette lésion. Suivant le degré de compression des uretères, suivant la profondeur ou l'étendue de la stéatose épithéliale, la modification sera plus ou moins fatale.

Quant à l'évolution de l'albuminurie même, il faut distinguer. L'albuminurie post ou co-éclampique est une albuminurie toxique ou nerveuse, dont le pronostic se confond avec celui de l'éclampsie.

L'albuminurie du travail est aussi un phénomène épisodique qui n'a pas grande importance. C'est une albuminurie mécanique, par stase, due à la gêne de la circulation abdominale, et qui disparaît après l'accouchement avec la cause qui lui a donné naissance.

L'albuminurie post-partum, l'albuminurie puerpérale, ne mérite même pas le nom d'albuminurie gravidique. C'est une albuminurie infectieuse, fébrile, et son pronostic est celui de toutes les albuminuries fébriles.

Reste l'albuminurie constatée au cours même de la grossesse, qui, pour nous, se rattache toujours ou à une néphrite évidente ou latente, antérieure à la conception, ou à quelque affection accidentelle et intercurrente qui aurait aussi bien déterminé de l'albuminurie en dehors de toute grossesse.

Tant que l'albuminurie ne dépasse pas 1 gramme p. 1000, oscillant autour de 50 centigrammes, les caractères de l'urine restant normaux, le pronostic immédiat est celui de l'albuminurie minima en général, c'est-à-dire qu'au moins pour les six premiers mois de la grossesse, on n'a pas à redouter d'accidents du fait de l'albuminurie même.

Quand l'albuminurie est abondante, atteignant ou dépassant 2 p. 1000, quand surtout elle coexiste avec l'œdème ou l'anasarque, des urines rares, feuille-morte ou sanguinolentes, la tendance à la dilatation du cœur et aux symptômes urémiques, le pronostic revêt immédiatement une sévérité extrême, aussi bien pour l'enfant que pour la mère. L'accouchement prématuré et l'avortement s'observent, en effet, dans plus des trois quarts des cas.

7° *Albuminuries tuberculeuses.* — J'estime qu'il n'est pas un phtisique dont l'urine, à un moment ou l'autre de l'évolution de la maladie, ne contienne de l'albumine en quantité plus ou moins notable, et d'une manière plus ou moins persistante. Toutes les causes de l'albuminurie se trouvent, en effet, réunies chez les tuberculeux.

Je n'insisterai que sur l'albuminurie précoce, spécialement étudiée par Teissier sous le nom d'albuminurie pré-tuberculeuse. Cette albuminurie serait mieux nommée à mon avis albuminurie tuberculeuse prodromique, puisque d'après Teissier lui-même, elle est due à l'action de la tuberculine sur le rein et qu'on ne peut guère comprendre la présence de la tuberculine dans l'organisme, sans une localisation quelconque du bacille tuberculeux.

D'après Teissier, cette albuminurie est habituellement intermittente, à prédominance matinale, au réveil, contrairement à la règle : elle s'observe avec des urines plutôt décolorées, faiblement acides, de densité assez élevée, riches en sels et surtout en phosphates et possédant une toxicité plus forte que la normale. Elle se montre, en général, chez les jeunes gens et persiste plus ou moins longtemps avant la constatation de signes évidents de phtisie pulmonaire. Elle disparaîtrait devant les localisations viscérales de la tuberculose et n'aboutirait pas aux lésions de la néphrite tuberculeuse.

Je crois qu'il faut considérer cette albuminurie comme l'analogue de ces pseudo-chloroses ou de ces anémies qualifiées aussi de pré-tuberculeuses, et qui ne sont, en réalité, que la première manifestation de l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine. Quant au pronostic même de cette albuminurie, je crois aussi que Tessier l'a fait trop bénin, en admettant qu'elle disparaît au moment de la localisation pulmonaire de la tuberculose. Comme toute albuminurie liée à une lésion superficielle, elle peut sans doute guérir complètement, mais elle peut aussi persister et représenter la première étape d'une néphrite ultérieure plus grave.

8° *Albuminuries syphilitiques.* — Aujourd'hui, personne ne conteste que la toxine syphilitique ne détermine, dès la période secondaire, des néphrites légères ou graves qui se comportent absolument comme les néphrites des fièvres, comme les néphrites de la scarlatine, par exemple. Je n'admets pas que la néphrite syphilitique précoce soit due au traitement spécifique ; mais l'albuminurie mercurielle n'est pas contestable.

L'albuminurie syphilitique, si grave qu'elle soit, peut, en effet, guérir et guérir radicalement par le traitement mercuriel, c'est là le fait qui caractérise le pronostic de cette variété d'albuminurie. Mais comme toutes les lésions syphilitiques, le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce, et la lésion elle-même plus récente. Mais dans la plupart des observations publiées, la guérison n'est que relative ; l'œdème et les accidents graves disparaissent ; le malade recouvre les apparences de la bonne santé ; mais l'albuminurie persiste.

9° *Albuminurie à minima.* — L'albuminurie minima chez les jeunes gens constitue un premier groupe dont le pronostic immédiat est toujours bénin, qu'elle soit alimentaire, fonctionnelle, musculaire ou nerveuse.

Je ne saurais admettre l'opinion de M. Bard qui veut que dans les cas post-infectieux le processus rénal soit éteint et qui donne à ces albuminuries le nom d'albuminuries cicatricielles. Si la lésion est cicatrisée il n'y a plus d'albumine. Tant que l'albumine passe dans l'urine, la lésion n'est pas guérie, il y a un trou au filtre, si je puis ainsi dire, et tant que des exacerbations passagères s'observent, non seulement la lésion n'est pas guérie, mais elle tend à progresser et le trou à s'agrandir.

Si le pronostic de l'albuminurie minima est passible chez les jeunes gens de tant de réserves, à plus forte raison s'imposent-elles dans l'âge mûr et la vieillesse. Il importe cependant encore ici de faire des distinctions.

L'albuminurie sénile, dans nombre de cas, est l'analogue au point de vue rénal de l'emphysème sénile du poumon. Elle est l'indice de l'usure plus ou moins précoce de l'épithélium glomérulaire sous l'influence de l'âge, comme l'emphysème sénile est l'indice de la fatigue et de l'usure des fibres élastiques pulmonaires. Mais, de même que les vieillards emphysémateux ne sont pas fatalement voués à la mort par les poumons, la mort chez les sujets atteints d'albuminurie sénile n'est pas nécessairement et directement imputable à la lésion rénale.

10° *Albuminuries brightiques.* — Je nomme ainsi les albuminuries liées à des lésions profondes et diffuses du rein et associées à l'œdème, à la dilatation avec ou sans hypertrophie du cœur et à l'urémie. Ces albuminuries sont toujours graves immédiatement, plus ou moins cependant suivant les cas. C'est l'anurie qui est le danger menaçant dans les albuminuries aiguës ; c'est la permanence de l'hydropysie et l'intoxication lente qui sont les signes à redouter dans l'albuminurie chronique. Tant qu'il est possible de relever et de maintenir la tension artérielle, le péril immédiat est conjuré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Brassac, directeur du service de santé, et M. le docteur Bodet, médecin en chef, appartenant tous les deux au port de Brest, viennent d'être nommés, par le gouvernement russe, chevaliers de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Charmeil, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, du cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. le docteur Calmettes est chargé du cours de bactériologie et thérapeutique expérimentale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Lenoël, pro-

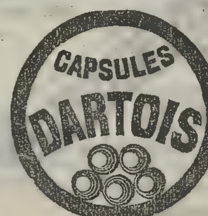
fesseur de clinique obstétricale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aldibert (de Toulouse), Garnier (de Marseille), Massin (de Pierre-de-Bresse), Ruelle (de Paris) et Vacary (de Saint-Rambert d'Albon).

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 104. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 10 SEPTEMBRE 1896. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 septembre 1896.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de l'Académie s'est ouverte sous la présidence de M. Chatin, l'un des doyens de l'assemblée, qu'il présidait effectivement il y a déjà plus de vingt ans. Peu à peu, les académiciens viennent et remplissent leurs bancs. Nous en avons compté jusqu'à vingt. Les vacances vont finir, sauf pour les présentateurs qui, cette fois-ci encore, ont fait défaut. C'est qu'il n'est pas agréable pour un orateur de lire, dans le vide, une communication dont il s'exagère peut-être l'intérêt, mais qu'il considère à tort ou à raison comme importante puisqu'il veut lui faire les honneurs de la tribune académique.

M. Ferrand a lu un éloge de Quesnay, économiste et médecin, auquel sa commune natale vient d'élever une statue. Il signale son « Traité de la suppuration », son « Traité des gangrènes », ses écrits sur les fièvres, et, dit-il, nombre de notions qu'on croirait nées d'hier se retrouvent dans les écrits de Quesnay : tant il est vrai qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

M. Bergeron, secrétaire perpétuel, lit ensuite une lettre qu'il vient de recevoir de M. Hervieux, retenu hors Paris pour une très légère indisposition. C'est une nouvelle réponse à la lettre du docteur Flaissières (de Marseille). M. Hervieux dit en substance que, depuis 1893, Marseille est en proie à une épidémie variolique progressivement croissante. Les protestations du maire de Marseille n'ont aucune valeur contre les chiffres officiels : de janvier à avril 1896, il y a eu à Marseille 358 décès causés par la variole, ce qui, eu égard à la population, représenterait pour Paris une mortalité d'au moins 2500, c'est-à-dire une mortalité effrayante. Il est vrai que le deuxième trimestre de 1896 ne donne plus que 90 décès, et que le mois de juillet ne donne que 20 décès pour la même cause. Le maire de Marseille eût donc été mieux inspiré en disant qu'actuellement l'épidémie se trouve en décroissance ; mais, depuis 1872, jamais la ville de Marseille n'a été indemne de la variole. L'épidémie a eu des alternatives de régression et de progrès, jamais elle n'a été éteinte. Il en est de même actuellement. La mortalité de 20, pour le mois de juillet, représenterait pour Paris 150 décès par mois. Or, on sait qu'à Paris la mortalité par variole, depuis les mesures prises conformément aux lois de l'hygiène et de la médecine, ne dépasse pas 16 par année. M. Hervieux termine en déplorant l'optimisme du maire de Marseille. L'état sanitaire de Marseille serait considéré comme alarmant dans toute autre ville.

Enfin, M. Riche rend compte du Congrès de chimie appliquée qui vient de se terminer récemment. Le distingué chimiste s'occupe surtout des alcools. L'alcool éthylique pur, dit-il, est une boisson fade et brûlante à la fois, qui ne sera jamais acceptée par la population.

Il faut que l'alcool soit aromatisé par des impuretés et des essences. Le gouvernement helvétique, qui a monopolisé la fabrication et la vente de l'alcool, vient d'en faire l'expérience. La consommation de l'alcool pur baissait dans des proportions inquiétantes pour le budget, et il a fallu, pour rétablir le taux normal de la consommation, additionner l'alcool officiel de 1gr50 d'impuretés.

La Belgique, l'Autriche limitent la dose des impuretés tolérées à 2 grammes par litre. L'alcool qui en contient une dose supérieure est aussitôt saisi. L'analyse globale des impuretés est facile, dit M. Riche ; pratiquement aussi, le dosage des aldéhydes, produits si dangereux pour l'organisme, est chose facile et rapide. Or, il conviendrait d'accorder aux négociants en alcool cette tolérance de 2 grammes d'impuretés par litre, dose qu'atteignent, d'ailleurs, nos cognacs des meilleurs crus et les eaux-de-vie de vin les mieux et les plus soigneusement distillées.

L'orateur, d'ailleurs, pense que ces produits impurs sont moins nuisibles qu'on ne le prétend, et pour lui, ce qui produit l'alcoolisme c'est la quantité d'alcool ingérée et non la quantité des essences qu'il contient.

Que sont les 2 grammes d'impuretés comparativement aux 380 grammes d'alcool que contient un litre d'eau-de-vie ? Le raisonnement du savant chimiste n'est pas pour nous convaincre, il suffit de quelques milligrammes d'une substance toxique pour que son ingestion soit nuisible, et leurs effets se dosent par leur activité plus que par leur quantité. Or, des expériences récentes et répétées, des examens cliniques nombreux ont paru démontrer que l'usage d'un alcool impur était plus nocif que celui d'un alcool mieux rectifié.

M. Bergeron nous fait d'ailleurs espérer que la question de l'alcoolisme sera prochainement mise à l'ordre du jour

de l'Académie. Question importante s'il en fut, étant donné les ravages causés par cette intoxication.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTINOMYCOSE EN FRANCE

ACTINOMYCOME DU MAXILLAIRE A FORME NÉOPLASIQUE LIMITÉE DATANT DE HUIT ANS (1)

Par M. le docteur Paul Ducor.

III

Considérant, d'une part, l'amélioration lente, mais constante, déjà obtenue, et de l'autre la perspective d'une opération dont on ne pouvait dissimuler les dangers, la malade et son entourage se refusèrent à cette opération. Moi-même, comptant que, sauf accidents imprévus, nous pourrions obtenir la guérison par une intervention beaucoup plus restreinte, je crus devoir insister d'abord sur le traitement dont j'ai exposé le détail, et, je dois le dire aussi, sur le régime tonique et reconstituant : prescription banale, mais qui dans l'espèce est de la plus haute importance, et d'un effet aussi puissant dans certains cas d'actinomycose que dans certaines formes de tuberculose où la guérison s'obtient presque exclusivement par une hygiène bien comprise.

En effet, pour le dire tout de suite, si l'iodure est le remède spécifique de l'actinomycose, il n'en est pas moins trop souvent impuissant, et dans la statistique lyonnaise qui comprend seize cas, on trouve six morts malgré l'iodure administré pendant un temps, peut-être trop court, d'ailleurs, et malgré des interventions plusieurs fois répétées.

La forte proportion des décès s'explique certainement en partie par le siège du mal; car, chez ces six malades, on trouve : deux actinomycoses thoraco-pulmonaires, une péri-laryngée, une nécrosante du maxillaire supérieur, toutes localisations à pronostic généralement grave et deux cas du maxillaire inférieur; mais, outre que le traitement spécifique n'a généralement pas été suivi d'une façon constante et prolongée, nous devons aussi tenir grand compte des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles étaient placés les malades dont il s'agit. D'ailleurs, il est facile de prévoir que l'iodure, si puissant vis-à-vis d'accidents spécifiques nets, verra son action très ralentie, sinon tout à fait nulle quand il devra s'attaquer à des désordres définitifs et qu'il influencera les lésions para-actinomycosiques avec aussi peu de succès qu'il influence généralement les lésions parasyphilitiques.

Quoi qu'il en soit, celui qui tablant sur l'équation KI = guérison de l'actinomycose négligerait les autres indications hygiéniques ou chirurgicales, s'exposerait à de cruels mécomptes ; j'insiste sur ce point parce que si dans une première période, avant la découverte par M. Thomassen et la vulgarisation, par M. Nocard, des propriétés si remarquables de l'iodure de potassium, le pronostic de l'actinomycose a paru d'abord des plus sévères, par contre il y a, ce me semble, propension à tomber maintenant dans l'excès opposé ; et j'ai entendu les très nombreux médecins ou chirurgiens mis au courant de l'histoire de ma cliente émettre l'opinion ferme que la guérison était au bout de l'absorption d'iodure pendant quelques semaines. Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi : c'est pour cela que j'appelle de nouveau l'attention sur la nécessité absolue d'ins tuer un traitement général tonique reconstituant et de co tinuer aussi longtemps que besoin est, sauf intoléran l'administration de l'iodure dont les heureux effets peuv être très longs à se produire, surtout dans certaines form qui paraissent en rapport avec la virulence ou la malign spéciales du parasite, la durée, le siège du mal, etc.

Il est bien entendu que l'indication primordiale est reconnaître la maladie et d'établir le diagnostic le plus possible, le traitement étant d'autant plus efficace, tou choses égales d'ailleurs, qu'il est établi plus près du déb des accidents.

Pour le diagnostic, les détails de l'observation montre assez combien l'erreur était facile dans l'état actuel de n connaissances ou plutôt de nos habitudes médicales ; semble qu'en dehors du trépied sacré : syphilis, tubercul ou cancer, il n'y a pas d'autre choix à faire lorsqu'il s'a d'une tumeur des mâchoires à forme néoplasique ; si bi que tous les médecins qui avaient déjà vu la malade ava moi, et parmi eux des maîtres éminents n'admettant pa très juste titre la syphilis ou la tuberculose, n'ont pu q s'abstenir de diagnostic certain ou porter celui de sarcom et cependant il m'a suffi de penser à la possibilité d'une m nifestation actinomycosique pour établir le diagnostic p cis avant même tout examen clinique ou bactériologique.

L'actinomycose est certainement, quoique assez ra beaucoup plus répandue qu'on ne le croit; si elle paraît pl fréquente dans certaines régions, c'est parce qu'il s'y trou un ou plusieurs médecins s'attachant à la dépister; c' ainsi que les dix-huit cas, mentionnés dans la statistiq lyonnaise, ont été, pour la plus grande partie, reconn depuis quatre ans à peine ; il y avait eu, certainement, d cas auparavant, mais ils furent méconnus ; c'est ainsi q Bordeaux la statistique personnelle de M. Dubreuilh co prend six cas sur un total de sept reconnus dans la régio les quatre malades de Tours appartiennent à M. Meunier Paris, l'actinomycose paraîtrait des plus rares, si on s rapporte au chiffre restreint des observations, six au tot en comprenant le cas tout récent de M. Duguet (1) ; mais, s ce nombre, un seul médecin, M. Netter, a recueilli trois d'actinomycose thoraco-pulmonaire, ce qui réduirait à pr que rien le chiffre des cas parisiens, s'il ne fallait te compte des nombreux cas méconnus, dont quelques-uns, reste, ont été diagnostiqués ailleurs ; ainsi un des malad compté dans la statistique lyonnaise, venait de Par rue de la Chaussée-d'Antin, où il avait été soigné déjà sa résultat, pour une arthrite temporo-maxillaire dont n'avait pas soupçonné la nature actinomycosique et dont est mort, avec propagation méningée, après avoir été trai à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Poncet, et à l'hôpital de Croix-Rousse par M. Vallas. D'autre part, le sujet de la pr sente observation a été vu par plus de trente médecins chirurgiens qui ne se doutaient pas qu'ils se trouvaient face d'une actinomycose ; le nombre des diagnostics porté oreillons, odontopathie, abcès, kyste, sarcome, fait suppose encore une fois, que bien des cas semblables ont passé i aperçus, confondus avec les maladies auxquelles on ava pensé dans le cas présent, et aussi avec la tuberculose, surtout la syphilis ; confusion d'autant plus facile pour cet dernière affection que, l'iodure réussissant également da

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1015.

(1) Depuis cette époque, un malade atteint d'actinomycose a été pr senté par M. Thierry à la Société de chirurgie.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS DE GENÈVE

La seconde session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique vient de se tenir à Genève sous la présidence de M. Aug. Reverdin. La première session a eu lieu à Bruxelles, en 1892; la prochaine se tiendra à Amsterdam. Plus de deux cents confrères étrangers se sont fait inscrire pour cette session. Genève n'a pas failli à sa réputation de ville hospitalière, et tous les membres du Congrès n'ont eu qu'à se féliciter du parfait accueil que leur ont fait nos confrères genevois.

A la séance d'ouverture, M. Lachenal, président de la Confédération, a prononcé un discours très applaudi. Après avoir retracé, à grands traits, les progrès accomplis récemment dans ces deux branches de la science médicale, la gynécologie et l'obstétrique, il a, en termes heureux, souhaité la bienvenue aux membres du Congrès. M. le conseiller d'État Richard, qui a pris la parole après lui, a fait ressortir, dans un style élevé, les immenses services rendus à l'humanité par la gynécologie. Puis, MM. Simpson (d'Édimbourg), Kebra (de Heidelberg), Polk (de New-York), Tournay (de Bruxelles), Charpentier (de Paris), Gutterez (de Madrid), de Stauch (de Moscou), Morisani (de Naples), Lindfors (de Suède), Chadwick (de Boston), etc., ont prononcé de courtes allocutions au nom des pays et des sociétés savantes qu'ils représentent.

M. Betrix, secrétaire général du Congrès, fait un rapport sur les travaux du Comité d'organisation.

Enfin, M. Aug. Reverdin, président, après un juste hommage rendu à la mémoire du regretté professeur Vuilliet, constate la faveur que le Congrès a rencontrée. « La création de ce Congrès gynécologique et obstétrical, dit-il, était chose nécessaire, indispensable : les faits le prouvent et l'avenir l'affirmera toujours davantage. L'internationalisme scientifique, qui tend à unir toutes les activités, toutes les forces scientifiques, est une grande chose. Groupées en un faisceau puissant, ces forces permettront d'atteindre sûrement le but commun poursuivi par chacun individuellement. But éminemment humanitaire, puisque sa tendance unique et constante consiste à réaliser tous les progrès qui peuvent concourir à équilibrer le budget de la santé féminine. »

M. Reverdin passe ensuite en revue les différentes questions soumises au Congrès, et il termine ainsi : « Livrez-nous les trésors scientifiques que vous possédez, nous les accueillerons avec joie. Nous vous offrirons en revanche l'hospitalité, hospitalité modeste il est vrai, mais offerte, vous le savez, de grand cœur. »

Le comité définitif du Congrès est ainsi composé : président, M. Reverdin; MM. Betrix et Cordes, secrétaires; Boucart, trésorier.

Après cette séance d'ouverture, les membres se sont mis aussitôt à l'œuvre, et les deux sections, celle des accoucheurs d'une part et celle des gynécologues de l'autre, se sont divisées, travaillant chacune de leur côté. Les questions posées étaient les suivantes : pour la gynécologie, 1° traitement des suppurations pelviennes, 2° traitement des rétro-déviations utérines; pour l'obstétrique, 1° fréquence relative et formes les plus usuelles des rétrécissements du bassin selon les différents pays, groupes de pays et contrées; 2° traitement de l'éclampsie.

LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Le traitement des suppurations pelviennes méritait d'être discuté devant le Congrès de gynécologie. Voici déjà plusieurs années que l'effort des chirurgiens se porte sur ce point de la thérapeutique gynécologique. Convient-il d'opérer toujours? Dans quelles conditions? Par quels procédés? Et enfin, point capital, quels sont les résultats?

On a le droit de dire qu'aujourd'hui la question est jugée dans le fond. Si quelques nuances séparent encore les chirurgiens gynécologues, elles sont en réalité minimes et l'accord est près d'être fait. Une note cependant ressort de l'ensemble des communications, c'est l'entente presque générale pour préconiser le traitement conservateur. De la part de certains intransigeants du bistouri, cette profession de foi mérite d'être enregistrée comme un signe des temps.

Trois rapporteurs ont traité la question : MM. Bouilly, notre collègue de Paris; Howard-Kelly (de Baltimore) et Sänger (de Leipzig). Nous ne dirons rien du rapport de notre collègue des États-Unis, qui ne contient rien de bien saillant et qui est surtout l'exposé de sa pratique personnelle; mais nous ne pouvons mieux faire que publier, dans ses grandes lignes, le travail si remarquablement clair de M. Bouilly. C'est une étude complète et raisonnée de la question, bien mise au point et lumineusement exposée. Nous n'aurons plus, après la publication de ce rapport, qu'à grouper et à

comparer les communications diverses qui ont eu lieu sur ce même sujet, pour composer un tout homogène dont la lecture donnera une idée simple et nette des opinions en cours.

I

Rapport de M. Bouilly.

Il y a quatre classes de suppurations pelviennes :

1° Les abcès du tissu cellulaire, véritables phlegmons péri-utérins;

2° Les abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées;

3° Les abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées;

4° Les suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

Et, bien que la question posée ne porte que sur le « traitement », M. Bouilly, avec raison, croit nécessaire de chercher la caractéristique de chacune de ces suppurations. Le tableau clinique des lésions pelviennes suppurées est tracé de main de maître, c'est un véritable chapitre de séméiologie que nous nous faisons un plaisir de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

a. La paramétrite, le phlegmon péri-utérin suppuré, véritable abcès du tissu cellulaire pelvien, représente une tuméfaction développée le plus souvent avec le cortège ordinaire des affections aiguës; la collection siège sur le bord immédiat de l'utérus, avec lequel elle est confondue, sans sillon intermédiaire, élargissant la base du ligament large, faisant un relief plus ou moins marqué dans le cul-de-sac vaginal latéral et pouvant empiéter sur la face antérieure de l'utérus (phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet); dans une autre forme, elle est située plus haut, éloignée de l'utérus, ayant tendance à se rapprocher de la paroi abdominale sus-inguinale à la profondeur de laquelle elle semble soudée (abcès du ligament large). Dans les deux cas, quel que soit le volume de la collection, le cul-de-sac péritonéal est conservé et le doigt peut s'insinuer derrière la tuméfaction. La fluctuation est en général facile à percevoir par le palper et le toucher combinés.

La fièvre est toujours vive, la température beaucoup plus élevée que dans les abcès enkystés des trompes ou des ovaires; la réaction péritonéale ne se montre guère qu'à la période avancée des accidents, au moment de la menace de l'ouverture spontanée de la collection. Celle-ci a tendance à s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie, ou à venir faire saillie à la paroi abdominale, de préférence au-dessus du triangle de Scarpa, à 2 ou 3 centimètres de l'arcade crurale. Elle peut se compliquer de fusées vers la cuisse, la fesse, le grand trochanter, ou en haut vers le foie, les reins, le diaphragme.

Dans tous ces cas, le diagnostic de la suppuration n'est guère difficile; la douleur continue et lancinante, la fièvre avec ses frissons, son redoublement vespéral, ses sueurs abondantes, la déchéance rapide de l'état général, enfin la fluctuation facile à percevoir, soit par le palper seul, soit plus souvent par le palper et le toucher combinés, ne permettent guère de reconnaître la présence du pus.

Après ces graves accidents, le plus souvent les femmes se rétablissent d'une manière complète; les fonctions génitales s'exécutent normalement et des grossesses consécutives peuvent se produire et être conduites à terme sans encombre.

La chose est plus délicate dans les formes chroniques de l'abcès pelvien du tissu cellulaire. La suppuration peu abondante, quasi-concrète, peut se trouver renfermée dans une petite cavité profonde circonscrite, de toutes parts par des tissus indurés, épaissis, lardacés, à travers lesquels il n'est pas possible de percevoir de fluctuation. L'apparence est plus souvent celle d'une tumeur que d'une suppuration; toute la masse est collée, adhérente et confondue avec les tissus voisins. Un pareil état peut durer des mois et des années sans donner lieu à autre chose qu'à des douleurs vagues et irrégulières, et à des poussées fébriles mal réglées et à intermittence irrégulière. C'est à l'occasion d'une de ces poussées fébriles avec augmentation de la douleur et de la tuméfaction que l'abcès est recherché et reconnu. Le diagnostic s'impose, s'il y a coïncidence d'une fistule vaginale ou cutanée ou d'un écoulement purulent par un des organes du voisinage. La difficulté est portée à son maximum quand, avec le tissu cellulaire pelvien, les annexes et le péritoine ont participé à l'infection. Un élément important de diagnostic est fourni par la sensation de dureté ligneuse donnée par le tissu chroniquement enflammé de la base des ligaments larges, par l'induration propagée le long des branches ischio-pubiennes, par la dureté de la paroi abdominale antérieure. Les pelvi-péritonites chroniques d'origine annexielle, les collections tubaires et salpingées les plus anciennes et les plus adhérentes ne donnent pas lieu à une pareille induration des tissus. Du reste, et même en cas de doute, l'indication opératoire est formelle et l'opération s'impose, quel que soit le siège initial de la suppuration.

b. On ne saurait confondre dans une même description les divers types de la suppuration des trompes. Que de nuances et de différences dans l'aspect et la disposition des diverses collections tubaires! Un cordon noueux, bosselé, du volume d'un crayon ou d'un doigt, se dirigeant en dehors et en bas, augmentant de volume de dedans en dehors, ou couché transversalement derrière le col utérin, représentera la salpingite parenchymateuse suppurée, dans laquelle les parois épaissies forment la plus grande partie de la tuméfaction, et où la cavité petite, rétrécie et oblitérée par places, ne contient que quelques gouttes de pus ou bien une petite collection enfermée dans les franges du pavillon ou circonscrite en dehors par des adhérences et des fausses membranes.

Le toucher et le palper combinés ne permettent de sentir qu'une tuméfaction mal limitée, dans laquelle il est impossible, le plus souvent, de distinguer l'ovaire de la trompe et où le doigt vaginal fait sentir une bosselure plus rénitente et plus dépressible.

L'épaississement des tissus autour de cette tuméfaction, son immobilité, sont des signes importants, traduisant des phénomènes inflammatoires accentués et anciens et tout à fait favorables à l'idée d'une suppuration enkystée de la trompe.

Le volume plus considérable de la masse, la fluctuation facile à percevoir, la régularité appréciable des contours appartiennent aux pyo-salpinx de moyen volume ainsi qu'aux ovarites suppurées. Une petite pomme, une mandarine, une orange, en représentent les dimensions ordinaires.

Le cul-de-sac postéro-latéral, plus rarement le cul-de-sac postérieur seul, l'un des bords de l'utérus, à un niveau plus ou moins élevé, en sont le siège ordinaire. Souvent, l'une des tumeurs latérales est franchement ramollie et fluctuante, tandis que l'autre est encore résistante et ferme; souvent l'une des lésions est située haut et au niveau de l'une des cornes utérines, tandis que l'autre est plongée dans le cul-de-sac postérieur ou déforme le cul-de-sac latéral : pyo-salpinx collecté d'un côté, salpingite en voie de déve-

loppement du côté opposé : toutes les combinaisons sont possibles.

Enfin, dans les volumineux pyo-salpinx, les signes sont beaucoup plus manifestes; la collection peut être assez volumineuse pour que, chez des femmes maigres, la paroi abdominale soit soulevée en un point, dans une des fosses iliaques en général, et fasse saillie comme dans un kyste de l'ovaire; le palper seul et, *à fortiori*, le palper et le toucher y déterminent une fluctuation évidente et y font reconnaître, par places, des points plus durs et douloureux. Tout le bassin est plein; l'utérus est difficile à délimiter; les culs-de-sac sont effacés.

Presque toujours, pourtant, le doigt ou l'ongle peut légèrement s'insinuer entre le col et la masse adjacente.

Petites salpingites parenchymateuses suppurées, petits ou moyens pyo-salpinx, grosses collections tubaires ou ovariennes, un lien clinique réunit toutes ces lésions d'apparence si différente et permet d'en faire le diagnostic; à chacune d'elles correspond une même histoire clinique, sans laquelle les signes seraient souvent insuffisants pour permettre de reconnaître la nature de la lésion. La connaissance d'un passé génital plus ou moins ancien, la persistance des symptômes et des signes, les poussées inflammatoires à répétition, l'augmentation de volume ou l'absence de diminution des tuméfactions, la déchéance de l'état général, ne permettent guère de méconnaître la suppuration dans les cas chroniques.

Dans quelques cas, la suppuration tubaire peut s'être faite d'une façon latente et, à la première poussée fébrile de pelvi-péritonite, on reconnaît une grosse collection qui ne s'était traduite par aucun phénomène clinique; l'examen des pièces enlevées ne permet pas de méconnaître la date éloignée du début, en faisant reconnaître des lésions dont le développement est bien antérieur aux phénomènes aigus qui ont précédé l'intervention. La présence du pus ne peut guère être alors que soupçonnée, et la nature même de la lésion peut être méconnue si les annexes du côté opposé ne sont pas en même temps atteintes.

Le diagnostic de la présence du pus est plus simple dans les cas aigus où, parallèlement à la marche des symptômes généraux, on peut suivre le développement d'une masse péri-utérine qui, en quelques jours ou quelques semaines, arrive au ramollissement et à la fluctuation.

Sans vouloir faire un recul ni méconnaître l'importance capitale des lésions annexielles sur la production de la péritonite pelvienne, il est impossible de ne pas admettre une pelvi-péritonite primitive dans laquelle l'infection se propage directement au péritoine, sans passer par la trompe. La puerpéralité et la gonorrhée sont les causes ordinaires de cette infection.

Dans ce cas, le maximum des signes est au cul-de-sac postérieur, le Douglas est saillant vers le vagin; l'utérus est refoulé en avant, parfois rejeté sur le côté et sans qu'aucun sillon intermédiaire puisse être constaté entre la tuméfaction et sa face postérieure.

Ce ne sont point les signes physiques qui permettent de poser le diagnostic du siège et de la nature de la collection, mais les circonstances dans lesquelles s'est développée l'affection (rupture tubaire, puerpéralité, blennorragie).

Enfin dans les suppurations pelviennes complexes, les divers organes et tissus de la région prennent part à la constitution des collections purulentes et forment une masse pelvienne pâteuse et douloureuse, suivant le petit bassin et immobilisant l'utérus et pouvant être ou non compliquée de fistules.

II

La ponction ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

1° L'incision simple, suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale ;

2° L'ouverture ou l'ablation des poches par la laparotomie ;

3° L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'hystérectomie vaginale préalable, avec ou sans morcellement de l'utérus ;

4° On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes : *a.* l'ablation par la voie vaginale de petites collections unilatérales, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé ; *b.* l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

III

L'incision simple suivie de drainage représente la méthode de choix :

a. Pour l'ouverture des abcès pelviens aigus d'origine cellulaire. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin ;

b. Pour l'ouverture des collections péritonéales primitives, d'origine post-puerpérale, post-abortive ou gonorrhéique, aiguës ou subaiguës, ou consécutives à une infection péritonéale post-opératoire ;

c. Pour l'ouverture des hématocèles suppurées ;

d. Grâce à une meilleure antisepsie vaginale et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des abcès pelviens enkystés, siégeant dans les annexes.

Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec efficacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact ou au voisinage de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les suppurations aiguës de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération d'attente donne les meilleurs résultats immédiats et assure la guérison définitive dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croirait *a priori.*

L'insuccès de l'incision vaginale, démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration, ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale.

IV

La laparotomie et l'hystérectomie vaginales, appliquées au traitement des suppurations pelviennes, ne sont pas des méthodes rivales ; elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs avantages.

Les indications de la laparotomie sont dominées par la considération du siège unilatéral des lésions. Quand il s'agit d'une femme jeune, toutes les fois qu'il y a doute sur la bilatéralité des lésions, la laparotomie, qui permet par la vue le contrôle du côté opposé, s'impose comme opération de choix.

Cette considération, surtout très importante quand il s'agit d'affections annexielles non suppurées, perd une partie de sa valeur quand il s'agit de lésions suppurées. Lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer,

d'une manière aussi précise que possible, le siège uni ou bilatéral des lésions.

Le doute sur la nature des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine — fera préférer la laparotomie. La question se trouve, du reste, en pareil cas, généralement tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les cas de lésions bilatérales où les indications des deux opérations peuvent être discutées, la situation des poches purulentes par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux devient une source importante d'indications.

La laparotomie peut revendiquer les poches haut situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité, plus abdominales que pelviennes, non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonéales à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce au cours d'hystérectomie vaginale peut donner lieu à une infection péritonéale aiguë, par souillure des anses intestinales au milieu desquelles elles sont situées et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérences organisées.

En dehors de ces restrictions basées sur le siège unilatéral de la lésion, sur l'incertitude de la nature de cette lésion, sur la situation élevée de la poche purulente, l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement des suppurations pelviennes :

1° Peut faire tout ce que ferait la laparotomie; elle permet d'enlever facilement les trompes suppurées, les petits pyosalpinx, les ovaires suppurés;

2° Elle permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou trop dangereuse.

Seule elle permet d'ouvrir et de drainer des collections purulentes incluses dans des annexes fusionnées avec les parties voisines ou circonscrites par des adhérences, séparées de la grande cavité péritonéale par des tractus solides et organisés, véritable processus fibreux, pour lesquels par la laparotomie la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse.

Elle représente la méthode de choix dans le traitement des grosses poches adhérentes, non énucléables ou difficilement énucléables, compliquées ou non de fistules.

Mieux que toute autre méthode, elle peut guérir les suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée et le plus souvent en communication avec les organes du voisinage.

Dans ces cas, l'opération doit rester presque toujours purement évacuatrice; l'ablation de l'utérus représente un drainage idéal, grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir, en cette circonstance, pratiquer l'extirpation de la poche, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages de sa simplicité et de sa bénignité et méconnaître un des rôles principaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

V

Les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient plus constituer un argument en faveur de cette méthode ; la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années.

L'avantage reste à l'hystérectomie vaginale qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des cas simples, l'hystérectomie donne une proportion de succès égale sinon supérieure à ceux de la laparotomie; appliquée au traitement des cas graves, elle donne une proportion plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, l'ablation de l'utérus ne peut être considérée comme une quantité négligeable pour assurer le succès immédiat et définitif.

Un certain nombre de laparotomistes en ont aujourd'hui reconnu la nécessité et pratiquent par la voie abdominale l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus.

Cette ablation :

1° Assure un drainage parfait dont l'efficacité merveilleuse est la cause la plus probable de la grande bénignité et de l'extrême simplicité des suites opératoires après l'hystérectomie vaginale ;

2° Elle prévient dans l'avenir les troubles dont l'utérus laissé en place peut être l'occasion, douleurs, métrorragies, écoulements purulents, infection persistante ou récidivée du péritoine pelvien, contre lesquels l'hystérectomie vaginale secondaire a été souvent nécessaire.

Aussi, la guérison immédiate est plus rapide et les résultats éloignés sont meilleurs.

Les troubles généraux consécutifs à la suppression de la fonction menstruelle paraissent moins marqués après la castration utéro-annexielle qu'après la simple ablation des annexes.

En résumé, dans l'immense majorité des cas, non justiciables de l'incision simple, l'hystérectomie vaginale représente la méthode par excellence de traitement des suppurations pelviennes et la laparotomie ne vit plus que de ses contre-indications. *(A suivre.)*

LE GAIACOL D'APRÈS DE RÉCENTS TRAVAUX RUSSES

Par Mlle S. Broïdo.

I

Les premiers médecins qui aient employé en Russie le gaïacol, sont M. Roussoff (1), chez les enfants, et M. Kravkoff (2), chez les adultes; mais il faut dire qu'ils l'ont étudié sur un nombre restreint de malades.

Tous les deux sont d'accord sur les effets antithermiques de cette substance. M. Kravkoff a en même temps comparé ces effets à ceux qu'on obtient par les frictions de créosote et a constaté que la vaseline créosotée maintient la température à la normale pendant une heure seulement, tandis que le gaïacol agit pendant une à trois heures.

Bartoschevitsch (3) a un peu modifié la technique généralement employée. Les frictions, tout en étant faites très doucement, irritent cependant la peau et provoquent des dermatites et des ulcérations. Aussi cet auteur a-t-il remplacé les frictions par des applications au front, au thorax et à la nuque, de petites compresses de toile imbibées de XX gouttes de gaïacol et couvertes d'un pansement imperméable. Au bout d'une heure, on constate déjà un abaissement de la température. Le gaïacol cristallisé est beaucoup moins irritant, il est vrai, mais il est aussi beaucoup moins actif.

Grâce à ce mode d'emploi, il est impossible de produire

(1) Roussoff. Le gaïacol comme antipyrétique externe, *Travaux de la Société de pédiatrie de Saint-Pétersbourg*, 8e année, 1894.

(2) Kravkoff. Action expérimentale du gaïacol, *Wratch*, 1894, n° 16.

(3) S. Bartoschewitsch. Action hypothermisante du gaïacol en applications externes, *Gaz. méd. hebd. de la Russie méridionale*, 1894, nos 23 et 24.

de petits traumatismes des téguments, de sorte que les observations de cet auteur confirment l'hypothèse de Guénard sur l'action du gaïacol sur les terminaisons nerveuses cutanées, se réfléchissant sur les centres thermiques.

Les expériences de M. Bartoschevitsch, beaucoup plus nombreuses que celles des auteurs précédents, portaient sur des malades atteints d'affections diverses (pneumonie, fièvre typhoïde, pleurésie, tuberculose, fièvre intermittente) ; il a fait 65 applications de gaïacol, et 5 fois seulement il n'a obtenu aucun effet hypothermisant, il s'agissait toujours dans ces cas de tuberculeux.

Cependant, en général, le maximum d'effet (2,5 à 3 degrés) s'observait chez les tuberculeux, c'est là un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord. Jamais, même chez les tuberculeux les plus avancés, le gaïacol n'a produit de collapsus.

M. Maïbaum (1) employait le gaïacol liquide en badigeonnages; sur 200 badigeonnages, 6 seulement sont restés sans effet, celui-ci se montrait pourtant si l'on augmentait la dose, qui était d'habitude de 2 à 3 grammes. M. Maïbaum a constaté que les effets du gaïacol, tout en étant très variables surtout chez les tuberculeux, sont cependant le plus souvent proportionnels à la dose. Ainsi, 50 centigrammes produisent, en moyenne, un abaissement de 1 degré; 2 grammes abaissent la température de 2°3; avec 5 grammes, on peut obtenir une diminution de plus de 5 degrés. Avec des badigeonnages de 2 grammes faits toutes les deux heures, on peut arriver à maintenir, pendant un temps assez long, l'abaissement de température obtenu. Chez les tuberculeux, les sueurs profuses qui accompagnent toujours l'hypothermie, provoquaient un affaiblissement considérable.

M. Maïbaum a fait dix expériences pour comparer les résultats obtenus par l'inhalation des vapeurs de gaïacol, les injections hypodermiques, les lavements et l'application cutanée du même médicament; toujours le badigeonnage donnait de meilleurs résultats que tous les autres modes d'emploi; ces badigeonnages eux-mêmes étaient plus efficaces lorsqu'on avait soin d'appliquer, à la suite, sur la région badigeonnée, un pansement imperméable; d'après M. Schramkoff, la différence est alors du simple au double.

En se basant sur deux expériences faites sur des chats auxquels il a coupé le sciatique, M. Maïbaum conclut que le gaïacol agit plutôt par suite de son absorption directe, par la peau, que par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses périphériques. Il s'appuie, pour le dire, sur l'action plus rapide et plus énergique de l'application externe que de l'injection hypodermique, et sur ce fait qu'il a réussi à empoisonner cinq chats par des doses dépassant 1 gr. 50. En outre, l'auteur a pu constater, deux ou trois heures après le badigeonnage, un certain degré de leucocytose et une augmentation du taux d'hémoglobine de 75 p. 100.

M. Schramkoff (2) a fait plus de soixante badigeonnages, en employant à peu près la même technique que l'auteur précédent, avec cette seule différence qu'il faisait les badigeonnages dans la matinée, c'est-à-dire quand la température tend par elle-même à tomber. Ayant provoqué une fois le collapsus avec la dose de 3 grammes, il ne dépassait plus la dose de 2 grammes, et même, chez les tuberculeux, il conseille de ne pas employer plus de 50 centigrammes, à cause de leur faiblesse, car cette dose a provoqué une fois le collapsus chez un tuberculeux.

M. Schramkoff est d'accord avec M. Maïbaum que l'effet est, en général, proportionnel à la dose; mais il trouve aussi, avec M. Guetié, que cet effet dépend également du degré de gravité de la maladie : chez les tuberculeux épuisés et affaiblis, 50 centigrammes produisent un abaissement de 2 degrés à 2°,5, tandis que, chez les typhiques, la même dose produit à peine un abaissement d'un demi-degré. C'est peut-être pour cette raison que le maximum d'effet s'observe chez les tuberculeux trop avancés, car chez les tuberculeux peu avancés les résultats étaient les mêmes que chez les autres malades.

Dans les pyrexies aiguës, l'effet hypothermisant est plus marqué vers la fin de la période fébrile, lorsque la température a déjà par elle-même une tendance à tomber.

Tous les auteurs ont constaté que, sous l'influence du gaïacol, la respiration devient un peu moins fréquente; le pouls devient plus lent, plus régulier et plus ample avec la nouvelle ascension, surtout lorsqu'elle s'accompagne de frisson, le nombre de pulsations augmente de 30 à 40; mais, tandis que Kravkoff a constaté chez ses malades une amélioration de l'état général et une sensation de bien-être, les malades de M. Schramkoff étaient le plus souvent déprimés, apathiques, se plaignaient de bourdonnements d'oreilles, de faiblesse.

Le gaïacol provoque toujours des sueurs profuses et un frisson parfois très violent; de l'avis de tous, il ne provoque pas d'albuminurie, et, si celle-ci existe, il ne l'augmente pas.

M. Schramkoff signale, en outre, l'apparition, à la suite du badigeonnage, d'une hyperhémie surtout prononcée à la face, d'une anesthésie de la partie badigeonnée et la suppression de la douleur, chez les rhumatisants et pleurétiques. Quant au collapsus, il ne l'a constatée que deux fois, dans les conditions signalées plus haut.

Citons ici le procédé recommandé par cet auteur pour la recherche du gaïacol dans les urines : l'urine distillée (afin que la réaction ne soit pas masquée par sa propre coloration) est traitée par une solution d'AzO^3H qui donne une coloration rouge ou orangée, même avec des traces de 1/100 000.

Ayant administré à six typhiques le gaïacol par voie stomacale, hypodermique ou en badigeonnages, M. Schramkoff a constaté que ce dernier moyen est le plus efficace, ce qui confirme encore une fois l'hypothèse de M. Guénard.

Les meilleurs résultats obtenus par les badigeonnages de gaïacol se rapportent à des pneumoniques : après un seul badigeonnage de 1 gramme, la défervescence s'est montrée le jour même ou le lendemain; et la maladie n'a duré que quatre ou cinq jours. Tout en ne croyant pas que le gaïacol seul en soit la cause, l'auteur lui attribue cependant un rôle important dans cette abréviation de la durée. Il trouve surtout utile d'y recourir en cas d'inflammation aiguë pour aider à la résorption d'exsudats et d'infiltrations, et pour calmer les douleurs névralgiques. Mais il faut être circonspect avec les doses supérieures à 1 gramme, chez les malades épuisés ou affaiblis, chez les tuberculeux avancés et, en cas d'insuffisance cardiaque, il vaut mieux ne pas recourir du tout au gaïacol.

M. Guetié (1), tout en marquant les autres effets des ap-

(1) Maïbaum. *Le gaïacol comme hypothermisant*, Thèse de Kharkoff, 1894.

(2) J. Schramkoff. Action hypothermisante des badigeonnages de gaïacol, *Gaz. méd. hebd. de la Russie méridionale*, 1895, nos 13 et 14.

(1) Th. Guetié. Gaïacol comme antipyrétique, *Wratch. Zajiski*, 1895, nos 5, 6 et 7.

plications gaïacolées, s'est surtout occupé de leur influence sur la résorption des exsudats ; mais il conseille de remplacer les badigeonnages avec un pinceau, par des frictions très légères et très rapides ; grâce à cette petite modification le gaïacol ne peut plus couler, ni s'évaporer aussi vite et on obtient les mêmes effets qu'avec une dose double employée en badigeonnages.

L'auteur commençait par x ou xv gouttes, et allait jusqu'à LX à la fois. Il a eu recours à ces frictions chez 16 pleurétiques dont 6 métapneumoniques, 4 tuberculeux et 6 idiopathiques.

Des 6 premières pleurésies, 5 ont complètement et rapidement guéri (deux d'entre elles étaient cependant très graves et rebelles au traitement révulsif) ; chez le sixième malade, le résultat n'était pas tout à fait satisfaisant. Dans les 6 cas de pleurésie primitive, la guérison a été encore plus rapide que dans les pleurésies pneumoniques. Il n'en était pas de même dans les pleurésies tuberculeuses où, sur quatre cas, dans un seul il y eut résorption de l'exsudat, et encore n'était-elle pas complète.

Même résorption rapide a été observée pour des exsudats d'autres régions : hydarthrose du genou, de la main.

La plupart des auteurs avaient signalé les effets diurétiques du gaïacol ; mais M. Maïbaum et Schramkoff avaient, au contraire, trouvé que l'urine devenait plus rare, plus concentrée. Sur onze pleurétiques que M. Guetié étudiait à ce point de vue, chez sept, l'effet diurétique a été très marqué ; chez les quatre autres, les résultats étaient négatifs, de même que chez un malade atteint de cirrhose de Laënnec. L'auteur n'a pu se rendre compte de la cause de cette différence, il a pu seulement se convaincre qu'elle n'était en rapport ni avec la transpiration, ni avec la nature de la pleurésie.

Quant aux effets hypothermisants et aux phénomènes secondaires qui l'accompagnent, ils étaient absolument les mêmes chez les malades de M. Guetié que chez ceux des autres auteurs, Il a, de plus, remarqué que l'effet hypothermique du gaïacol, tout en étant en rapport avec la dose, est cependant plus marqué si la température est plus élevée ; si celle-ci est normale, le gaïacol ne produit aucun effet. Fait intéressant : dans certains cas, il y avait des sueurs abondantes, même sans aucun abaissement de température, et même lorsque celle-ci était montée. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

93. M. DE BATZ. Les complications cardiaques de la grippe et la grippe cardiaque. — 94. M. VEYRIER. De la part qui revient aux courants faradiques dans le traitement des fibromes de l'utérus. — 95. M. HIRIGOYEN. Valeur comparée de la trachéotomie et de l'intercrico-thyrotomie. — 96. M. SALLES. De la prothèse testiculaire après la castration. — 97. M. QUÉRÉ. Étude critique sur l'anesthésie dentaire. — 98. M. BORDE. Nécessité d'une réforme sanitaire dans la ville de Lourdes. — 99. M. LAPALLE. Des plaies du diaphragme par la voie thoracique. — 100. M. BORDENAVE-PÉBORDE. De la résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne ; méthode de Studsgaard. — 101. M. LE NADAN. Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue. — 102. M. MURAT. Contribution à l'étude des manifestations extra-génitales de la blennorragie ; la gonococcie. — 103. M. DEMAZIÈRE. Contribution à l'étude des trichophyties humaines. — 104. M. LAFONTAINE. De la chute spontanée des dents dans le tabes. — 105. M. ROBEFF. Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau. — 106. M. AVRILLEAUD. Des pseudo-tuberculoses d'origine grippale. — 107. M. AUMONT. Étude critique sur la pathogénie des phlébites infectieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 septembre 1896, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er octobre 1896, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations ci-après :

MM. Cange, pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ; Rambaud, pour le 103e d'infanterie ; Rubentholer, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; Bouquet de Jolinière, pour le 6e cuirassiers ; Daireaux, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Damas, pour le 1er hussards ; Levêque, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; Geysen, pour le 31e d'artillerie ; Besse, pour le 9e d'artillerie ; Rieux, pour le 71e d'infanterie ; Schmerber, pour le 19e dragons ; Zeller, pour le 51e d'infanterie ; Conor, pour le 26e d'artillerie ; Foley, pour le 155e d'infanterie ; Petges, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; Oberlé, pour le 67e d'infanterie ; Lafeuille, pour le 63e d'infanterie ; Velten, pour le 29e d'artillerie ; Pla, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; Mouly, pour l'hôpital militaire de Versailles ; Rolland, pour le 38e d'infanterie ; Rouyer, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Romary, pour l'hôpital militaire de Marseille ; Serre, pour le 13e d'infanterie ; Ausolier, pour le 10e chasseurs ; Hussenstein, pour le 48e d'infanterie ; Gorse, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; Jourdin, pour le 87e d'infanterie ; Labadie, pour l'hôpital militaire de Marseille ; Faure, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; Baumelon, pour l'hôpital militaire de Bourges ; Auguin, pour l'hôpital militaire de Versailles ; Gorisse, pour le 11e chasseurs à pied ; Gauthier, pour l'hôpital militaire de Lille ; Beaulies, pour le 68e d'infanterie ; Brice, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Idrac, pour le 80e d'infanterie ; Boitel, pour le 81e d'infanterie ; Cadiot, pour le 85e d'infanterie ; Trassagnac, pour le 45e d'infanterie ; Quenet, pour le 29e d'infanterie ; Rudler, pour l'hôpital militaire de Belfort ; Tiberi, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Blanchard, pour l'hôpital militaire de Lille ; Mahaut, pour le 153e d'infanterie ; Montagne, pour le 127e d'infanterie ; Delahaye, pour le 84e d'infanterie ; Caujole, pour le 40e d'infanterie ; Vigne, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied ; Palogne, pour l'hôpital militaire de Bastia ; Regad. pour le 28e bataillon de chasseurs à pied ; Henriot, pour le 145e d'infanterie ; Fayollat, pour le 120e d'infanterie ; Aldhuy, pour l'hôpital militaire et la place de Briançon ; Fohanno, pour le 128e d'infanterie.

— Le concours du 7 août 1896, pour l'emploi de chef de clinique ophtalmologique à la maison nationale des Quinze-Vingts, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Darieix.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 30 novembre 1896, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour sept places d'élèves internes.

Le lundi 7 décembre 1896, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour douze places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Pour se faire inscrire et pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices.

— *Faculté de médecine de Lille.* — La chaire d'hygiène de la Faculté de Lille est déclarée vacante.

— *Ecole de médecine de Dijon.* — M. le docteur Dubard est

institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brung (de Cercoux); Coyteux du Portal (de Ruffec), et de M. Trifon Keskineff, né à Drianova (Bulgarie), étudiant à la Faculté de médecine de Nancy, qui a succombé, à l'âge de vingt-huit ans, aux suites d'un furoncle ayant occasionné une phlébite des sinus.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 107. — JEUDI 17 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE JEUDI 17 SEPTEMBRE 1896. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES AU CONGRÈS DE GENÈVE (1)

VI

Telles sont les conclusions du rapport de notre collègue. Elles ont rallié la généralité des suffrages, tant à cause de leur modération et de leur éclectisme que de la précision avec laquelle les indications en sont nettement posées.

Rapport du professeur Sänger.

Le professeur SÄNGER (de Leipzig) a lu un rapport également intéressant. Il est curieux de comparer les opinions du rapporteur allemand avec celles de notre compatriote, Sänger représentant en Allemagne une des autorités gynécologiques les plus indiscutées.

Il pose d'abord les principes généraux suivants :

1° Il y a lieu d'établir une indication rigoureuse pour toute intervention opératoire; 2° l'intervention doit être la plus conservatrice possible; 3° il faut, en outre, toujours choisir l'intervention la plus appropriée au cas donné, en se basant sur le diagnostic bactériologique, clinique et anatomique.

Le premier principe est indiscutable; il est vraiment banal d'y insister. Nous ne connaissons guère de chirurgiens qui pratiquent une opération sans avoir cherché à poser une indication rigoureuse. Nous en dirons autant du traitement.

Le second témoigne bien de l'état d'esprit qui règne chez nos voisins, peut-être moins destructeurs que nous en matière gynécologique. Le traitement doit être avant tout conservateur.

Comme M. Bouilly, Sänger, à l'inverse d'Howard Kelly, le précédent rapporteur, ne croit guère à l'utilité de la *ponction* dans le traitement des suppurations pelviennes. Quant à l'*incision du cul-de-sac vaginal postérieur*, son domaine s'étend :

a. Aux véritables collections purulentes extra-péritonéales;

b. Aux cas de foyers purulents intra-péritonéaux.

Le procédé le plus simple consiste dans l'incision du vagin avec le thermocautère et l'ouverture du foyer avec une pince à pansements. Il n'y a pas lieu de faire aucune irrigation ni de remplir la cavité avec de la gaze immédiatement après l'opération. On ne le fera que plus tard dans le traitement consécutif post-opératoire.

Afin d'obtenir une ouverture plus grande, on peut adjoindre à l'incision précédente l'incision médiane de la paroi postérieure du col ainsi que la résection de l'utérus (Th. Landau).

L'incision est plus particulièrement l'opération de choix dans les collections purulentes chroniques et uniques, qui contiennent un pus le plus souvent stérile ; elle peut être éventuellement utile après une cœliotomie purement exploratrice; enfin on peut aussi y avoir recours dans les cas de suppurations survenant après des opérations radicales vaginales incomplètes.

L'incision est également une opération de choix dans certains cas aigus, tels que les suppurations libres dans le cul-de-sac de Douglas, les hématocèles suppurées. Dans ce dernier cas, elle l'est seulement lorsqu'il y a en même temps des symptômes de péritonite généralisée. S'ils font défaut, il faut lui préférer l'opération de l'hématocèle (presque toujours consécutive à une grossesse tubaire) par la cœliotomie.

L'incision large du Douglas et des paramètres, lorsqu'il s'agit de pelvi-péritonite et de paramétrite septique puerpérale aiguë (Henrotin, Jacobs), n'a pas encore fait ses preuves.

L'incision du cul-de-sac est, pour Sänger, une opération d'avenir, qui se perfectionne dans ses indications et dans sa technique, et qui est dès maintenant à mettre en parallèle avec les extirpations utéro-annexielles, que celles-ci aient lieu par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

c. Sänger voit, pour la *laparotomie*, une indication qui n'avait pas été relevée par M. Bouilly. La laparotomie est, pour lui, toujours indiquée dans les cas de collections purulentes constituant par leurs dimensions de véritables tumeurs, ainsi que dans les vraies tumeurs suppurées. La cœliotomie toute simple et le drainage suffisent dans les cas de foyers enkystés, résidus de péritonite purulente (et tuberculeuse), si toutefois l'on ne se voit pas obligé d'enlever les annexes et d'autres organes en voie de suppuration.

Il faut extirper entièrement les organes suppurés (tels que grosses poches purulentes provenant des trompes ou des ovaires, des grossesses tubaires ou tubo-abdominales suppurées, etc.). Il ne faut s'en tenir à l'incision simple du

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1049.

foyer en un ou deux temps que dans des cas de nécessité absolue.

Un moyen mixte consiste à ouvrir d'abord le foyer, puis à le suturer dans la cavité abdominale, après l'avoir vidé par le vagin (A. Martin).

Les difficultés pour le choix d'un traitement opératoire, dans les affections suppurées des annexes, se sont récemment augmentées par le fait du nombre toujours plus considérable des modes et des procédés opératoires proposés.

Après avoir classé, en quatre catégories, les procédés opératoires, suivant qu'ils emploient la voie vaginale, abdominale, la voie mixte, vagino-abdominale, ou la voie sacrée, Sänger résume en disant qu'il y a deux séries principales de procédés : les procédés vaginaux et les procédés abdominaux.

Indications opératoires. — Puis, le rapporteur fait un long plaidoyer en faveur de la chirurgie conservatrice : l'utérus et l'ovaire ne sont pas, dit-il, « choses négligeables ». Il combat les opérations, avec extirpation, soit par le vagin, soit par l'abdomen : dans les salpingites purulentes uni et bi-latérales, lorsque l'orifice abdominal de la trompe est encore ouvert ; dans les formes légères de salpingites purulentes, d'abcès de l'ovaire ; dans les affections chroniques non purulentes des annexes ; dans les inflammations chroniques simples de l'utérus (endométrite hyperplasique, endométrite gonorrhéique chronique ; périmétrite chronique). Il vaut mieux avoir devant soi un utérus menstruant, même s'il est légèrement malade et s'il a besoin d'un traitement prolongé que pas d'utérus du tout.

Par contre l'opération radicale est entièrement justifiée dans les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien, du tissu cellulaire conjonctif du petit bassin, lorsque ces dernières affections coexistent avec une affection grave de l'utérus qui, par elle-même, exigerait l'extirpation de cet organe (myomes, carcinomes, sarcomes, affections bénignes de l'endométrium donnant lieu à des hémorragies profuses, etc.), ou bien dans les cas de propagation à l'utérus d'une affection purulente des annexes, comme aussi dans les cas de tuberculose.

L'âge des opérées est aussi à prendre en considération, car il y aura des raisons d'autant plus fortes d'opérer radicalement que la malade est plus rapprochée de la ménopause.

Pour le traitement des suppurations pelviennes et tout spécialement des annexes suppurées, la pomme de discorde consiste encore dans l'antagonisme, d'une part, entre les partisans des opérations radicales par la voie vaginale, d'autre part, les partisans de la salpingo-oophorectomie et de l'extirpation totale, toutes deux par voie abdominale.

Il existe un double désaccord : *a.* dans la question de l'opération radicale elle-même par voie vaginale et de son domaine ; *b.* dans la question de l'emploi des pinces au lieu des ligatures.

En comparant, pour l'Allemagne, la situation actuelle avec celle de 1892, on constate qu'il existe une tendance plus marquée aux opérations radicales, mais la même préférence qu'autrefois pour le procédé des ligatures.

La majorité des opérateurs est restée fidèle à la salpingo-oophorectomie par voie abdominale et à l'emploi limité de l'hystérectomie et l'hystéro-salpingo-oophorectomie par voie vaginale et par le procédé des ligatures, tout en rendant hommage au génie de Péan qui, le premier, a appliqué son propre système de forcipressure à l'opération radicale par voie vaginale dans les suppurations pelviennes.

Les différents procédés opératoires des élèves et adeptes de Péan ont trouvé en Allemagne leur juste appréciation et on y a reconnu l'utilité des différentes modifications apportées au procédé primitif de Péan, telles que l'incision médiane de l'utérus sans hémostase préventive, d'après Doyen, et la division médiane de l'utérus, d'après P. Müller. Cependant, bien que le procédé de Péan et ses modifications, d'après Doyen, aient trouvé en Landau et son école des défenseurs infatigables et de brillants succès, les opérateurs allemands ne pratiquent l'hystérectomie vaginale et l'opération radicale par le vagin qu'exceptionnellement et rarement par le procédé des pinces, tandis qu'ils attaquent même les cas les plus difficiles de suppurations pelviennes par la voie abdominale.

Puis Sänger fait le dénombrement des chirurgiens allemands qui ont adopté l'une ou l'autre méthode, de ceux qui préfèrent les pinces à demeure et ceux qui sont, comme lui, fidèles à la ligature.

Il fait ensuite le procès de l'hystérectomie vaginale, dont il signale les inconvénients :

Les principaux reproches que l'on peut faire à l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie sont les mêmes que précédemment, c'est-à-dire, début de l'opération par l'utérus et non par les annexes malades, impossibilité d'arrêter l'intervention opératoire dans un sens conservateur, l'investigation du champ opératoire ne peut être faite d'une façon complète, d'autres foyers purulents (appendicites) peuvent passer inaperçus, impossibilité absolue dans certains cas d'opérer d'une façon radicale, danger de blesser les organes voisins, spécialement l'intestin, danger d'hémorragie en cas de défaut des pinces, etc.

Il n'en est pas de même, lorsque l'opération radicale par voie vaginale est pratiquée comme opération de choix pour les suppurations graves et bilatérales des annexes ou pour les abcès pelviens compliqués, car, dans ces cas, le procédé des pinces est certainement beaucoup plus facile et beaucoup plus commode et il devient nécessaire de laisser ouverte la cavité pelvienne.

En faveur du maintien de la voie abdominale pour ces opérations, on peut avancer que la technique des opérations abdominales s'est améliorée en même temps que leur danger a diminué, par :

A. L'emploi de l'asepsie ;
B. Par la narcose à l'éther ;
C. Par la position élevée de Trendelenburg ;
D. Par le drainage à la gaze ;
E. Par l'amélioration de la fermeture de l'abdomen.

Ce sont ces mêmes raisons qui facilitèrent l'introduction d'une intervention encore plus radicale que l'extirpation vaginale, c'est-à-dire l'opération radicale par voie abdominale. Elle représente le summun de l'intervention radicale et procède d'une part de l'extirpation totale de l'utérus myomateux ; d'autre part, du fait qu'après la salpingo-oophorectomie par voie vaginale, l'utérus conserve les pédicules, les ligatures donnant lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux, qui peuvent nécessiter une extirpation consécutive de l'utérus par la voie vaginale.

Toutefois, Sänger reconnaît que cette extirpation utéro-annexielle n'a que de bien rares indications par la voie abdominale. L'opération vaginale peut être moins radicale

que le procédé abdominal, est cependant d'une exécution infiniment plus simple et beaucoup moins dangereuse; elle doit être considérée comme une opération de choix.

Puis il attire l'attention sur une nouvelle opération mixte des plus intéressantes et encore peu connue en France. La salpingo-oophorectomie bilatérale peut être combinée avec une opération abdominale radicale : l'hystérectomie sus-vaginale, ou amputation transversale du corps utérin. C'est H.-A. Kelly, qui a le plus souvent pratiqué cette opération dans des cas d'annexite suppurée. Grâce à la ligature continue d'après l'excellente méthode de Zweifel, cette opération ne constitue guère une complication, d'autant plus qu'elle simplifie la formation du moignon des ligaments larges.

Toutes les fois que la conservation n'est pas indiquée, la cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie sus-vaginale sera l'opération radicale la moins dangereuse.

Sänger étudie ensuite la question du drainage et se demande dans quels cas il est indispensable à la suite d'opérations abdominales?

1° Toutes les fois que du pus virulent a contaminé la main de l'opérateur ou une région intacte du ventre;

2° Toutes les fois que l'hémostase n'est pas parfaite, ou qu'il y a eu en même temps écoulement de pus virulent;

3° En cas d'existence de fistule avant l'opération ou de perforation d'intestins, survenue pendant l'opération, ou à craindre dans la suite. Toutes les fois aussi que des fistules ou des perforations ont été occasionnées par la suture. Les fistules et les blessures intestinales ne doivent être opérées que par cœliotomie. Au point de vue technique, on donnera la préférence au drainage par tamponnement d'après Mikulicz.

Le drainage abdomino-vaginal à la gaze, recommandé en outre par Döderlein, ne garantit ni l'écoulement parfait des sécrétions, ni l'isolement du reste de la cavité abdominale, à moins qu'une cloison péritonéale n'ait été établie par-dessus. Il n'est pas suffisant en cas de blessure intestinale, les matières fécales ne faisant issue qu'au bout de quelques jours. L'établissement d'une ouverture dans le vagin peut présenter des difficultés dans les cas de larges adhérences intestinales au fond du Douglas.

C'est grâce au drainage d'après Mikulicz, que l'on peut affronter toutes les difficultés d'une opération abdominale.

Comme conclusions, Sänger exhorte les partisans des divers procédés opératoires à cesser de prôner le leur comme le seul appréciable, ou le meilleur. Il s'agit bien plutôt de déterminer pour chaque cas individuel lequel des procédés en question offre le plus d'avantages.

Le temps n'est plus où une seule méthode oserait accaparer la vérité pour elle seule.

Nous ne pouvons que nous associer à d'aussi sages conclusions.

En somme, conserver le plus possible, et s'il convient d'extirper les organes malades recourir surtout à la laparotomie, de préférence à l'hystérectomie. C'est, on le voit, une certaine divergence d'opinions entre les deux principaux rapporteurs, mais en réalité tous deux reconnaissent l'excellence des deux méthodes, tout en ayant chacun une prédilection particulière pour l'une d'elles.

VII

DISCUSSION

La lecture des trois rapports a été suivie ici d'une véritable discussion, où plus de vingt orateurs ont pris successivement la parole. Sans doute, quelques-uns se sont laissé aller à vanter leurs mérites personnels, à étaler leurs succès, et ont quelque peu dénaturé le caractère impersonnel que doit prendre toute discussion d'ordre vraiment scientifique. Sans doute, encore, on a un peu trop jonglé avec les chiffres, alignés en statistiques aussi brutales que peu probantes; mais, somme toute, l'ensemble des discussions a été meilleur et a présenté plus d'intérêt que de coutume.

M. Richelot est éclectique; en termes élégants et choisis, il discute les avantages et les inconvénients de chacune des trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes : incision, laparotomie, hystérectomie. Comme M. Bouilly, il se déclare plutôt partisan de l'hystérectomie, qui est la méthode de choix contre les suppurations pelviennes. La laparotomie est la méthode de conservation qui convient chez les femmes jeunes; l'incision directe du vagin doit se limiter aux cas aigus de la période puerpérale et à l'ouverture de quelques foyers simples.

L'*incision vaginale* directe est la plus ancienne des trois méthodes. Elle est plus facile qu'une hystérectomie, mais elle n'est pas à la portée de tout le monde. Pour que l'incision vaginale reste bonne, il faut limiter son rôle aux indications qu'elle sait remplir. Elle est indiquée surtout dans les cas de suppuration aiguë et récente, et cela parce qu'elle ouvre un foyer de cellulite pelvienne faisant une saillie bien nette au niveau d'un cul-de-sac vaginal, foyer simple et de guérison facile, ou parce qu'elle nous dispense d'ouvrir le péritoine dans les suppurations tubaires très virulentes qui suivent de près l'accouchement, ou parce que, dans la période puerpérale, la friabilité des tissus rend très graves toutes les manœuvres d'extirpation.

L'inconvénient de l'incision vaginale, c'est qu'elle donne souvent des résultats incomplets et expose à des rechutes et à des fistules purulentes intarissables.

Quant au manuel opératoire, au lieu d'employer le trocart de Laroyenne, il vaut mieux, après avoir incisé en arrière du col, disséquer de proche en proche et, s'aidant du palper abdominal pour soutenir la tumeur, arriver à son contact et l'effondrer à bon escient.

La *laparotomie* présente plusieurs gros inconvénients : gravité immédiate lorsque le pus est extrêmement virulent, lorsqu'il existe des adhérences intimes avec l'intestin, déplorable infirmité laissée par une fistule intestinale.

De plus, la castration ovarienne bilatérale laisse un utérus infecté, congestionné, douloureux, que l'on est souvent amené à enlever en partie par la suite.

La laparotomie, au contraire, triomphe toutes les fois qu'il y a des organes à respecter. Telle est son indication vraie, qui lui donne encore un assez vaste champ d'action. L'âge de la malade, la certitude ou l'espoir d'une lésion unilatérale, telles sont les raisons qui doivent nous inspirer. Il faut savoir s'exposer à quelques revers thérapeutiques pour ne pas faire bon marché de la fécondité de la femme. Un heureux perfectionnement du manuel opératoire est l'habitude que nous avons maintenant de faire l'antisepsie à sec et d'éviter les grands lavages du péritoine réservés à des cas très spéciaux.

L'*hystérectomie vaginale* a fait ses preuves de bénignité relative.

Les succès réguliers de l'hystérectomie vaginale, entre les mains des chirurgiens qui en connaissent bien la pratique, sont dus aux facilités qu'elle donne pour éviter les deux écueils dont M. Richelot a parlé à propos de la laparotomie, la contamination du péritoine et la blessure de l'intestin grêle. Dans les opérations sus-pubiennes, on est obligé d'extirper intégralement les organes pour avoir un bon résultat.

Sauf les cas réservés à l'incision directe et à la voie abdominale, l'hystérectomie vaginale, par sa bénignité relative et par la sûreté de ses guérisons, est la méthode de choix contre les suppurations pelviennes.

Pour ce qui est du manuel opératoire, c'est un grand mérite de l'hystérectomie vaginale de pouvoir presque toujours éviter le contact du pus avec le péritoine. Il faut savoir protéger le ventre avec des éponges pendant que les poches sont ouvertes à leur partie déclive, attirer les annexes en les enveloppant de plusieurs doigts, etc. L'orateur a toujours prêché l'hémostase complète, absolue; dans les cas très vasculaires, il n'y a pas de déshonneur à laisser quelques pinces de plus. Ce n'est que quand il ne voit plus une goutte de sang qu'il se décide à tamponner la plaie.

Les soins consécutifs ont une importance capitale. Le tamponnement de la plaie ne doit pas être fait d'un seul bloc, afin que sa partie supérieure puisse rester en place et protéger longtemps le péritoine pendant que sa partie inférieure se salit et se renouvelle. Il faut attendre huit jours avant d'enlever les tampons et faire des injections d'eau très chaude avec de l'eau bouillie.

M. HARTMANN commence par déclarer qu'on ne doit intervenir qu'après épuisement du traitement médical, par le repos au lit et l'antisepsie vaginale. C'est là une vérité aujourd'hui banale, maintenant que la *furia secandi* des premiers jours de l'antisepsie s'est peu à peu calmée.

En présence de tumeurs mal limitées, d'exsudats périnéphrétiques, la dilatation et le curetage, faits aseptiquement, sont sans dangers et efficaces dans un certain nombre de cas.

Mais pour les grosses lésions localisées ou pour les tumeurs annexielles bien circonscrites, le traitement intra-utérin est sans aucune valeur.

M. Hartmann passe ensuite en revue une série de 107 opérations qu'il a pratiquées pour lésions pelviennes, il discute les chiffres de ses collègues et les compare aux résultats obtenus, et il conclut en se déclarant, comme Sänger, partisan convaincu de la voie abdominale. Voici d'ailleurs ses conclusions :

« La simple *incision vaginale* nous semble applicable aux collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur et aux foyers suppurés manifestement unilatéraux et pas trop haut situés.

L'*hystérectomie vaginale* est formellement indiquée dans les cas rares de suppuration pelvienne avec foyers multiples et gangue immobilisant complètement l'utérus. L'opération n'est pas idéale, mais est moins grave qu'une autre. C'est, en somme, une ouverture large de foyers sans ablation des poches, qu'on cherche simplement à crever, si elles ne l'ont pas été au cours même de l'hystérectomie, qui est alors faite par morcellement.

L'hystérectomie vaginale nous semble admissible dans les lésions bilatérales évidentes de moyen volume.

Pour toutes les grosses tumeurs, pour les lésions haut situées, comme pour tous les cas où il n'y a pas certitude absolue de lésion bilatérale incurable, nous lui préférons la *voie abdominale*, quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus par l'abdomen, lorsque cet organe est gros, suppurant et friable.

Nous n'avons jamais eu recours à la colpotomie antérieure des Allemands, qui n'a rien pour nous tenter. Quant à l'ignipuncture des ovaires séro-kystiques, elle ne nous a pas donné ce que nous en attendions. Le plus souvent, du reste, il s'agit, en pareil cas, de nerveuses qui ont des douleurs multiples et nous paraissent justiciables d'un traitement général plus que d'une intervention opératoire. »

M. PÉAN vient donner au débat l'appui de sa grande autorité. Car, sans contredit, on doit le reconnaître comme le créateur de la méthode de traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. On a pu modifier, perfectionner même sa technique première, il n'en est pas moins vrai que le nom « d'opération de Péan » doit rester à ce mode de traitement des suppurations pelviennes.

Après avoir étudié dans le détail les résultats qu'il a obtenus, M. Péan conclut ainsi :

« En résumé, les recherches que je viens d'exposer et qui sont basées sur une statistique qui comprend près de 350 opérations d'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, prouvent que les assertions que j'ai successivement émises depuis 1882, époque à laquelle j'avais imaginé d'appliquer le pincement des vaisseaux et le morcellement à l'ablation de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, ont pris rang dans la science.

En ce qui concerne le mode de traitement, appliqué par mes collègues et par moi aux suppurations pelviennes, elles démontrent une fois de plus :

1° Que la castration vaginale totale exige un outillage spécial, que j'ai fait connaître le premier et qui est encore le seul employé de nos jours par tous ceux qui la pratiquent avec succès ;

2° Que, pour les chirurgiens exercés, elle n'expose pas plus que la laparotomie à léser les organes voisins ;

3° Qu'elle est applicable à toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale ;

4° Qu'elle donne des résultats meilleurs que toutes les autres méthodes de traitement, sans doute parce qu'elle assure plus facilement le drainage ;

5° Que la guérison est d'autant plus prompte que l'opération est pratiquée plus tôt, avant que les forces soient épuisées et que les abcès pelviens aient envoyé des prolongements du côté de l'abdomen ;

6° Que cette méthode est la plus rationnelle lorsque la suppuration est bilatérale, lorsqu'elle est circonscrite par des adhérences anciennes vasculaires, résistantes et lorsqu'elle est compliquée de fistules rectales, vésicales, utérines, hypogastriques ;

7° Qu'elle constitue une ressource du plus grand prix lorsque la castration tubo-ovarienne faite par la gastrotomie a échoué ;

8° Qu'elle donne des résultats durables, presque inespérés, même dans les cas les plus graves ;

9° Que ces résultats sont obtenus, même lorsque l'opérateur croit devoir laisser une portion des annexes ;

10° Que celles-ci s'atrophient complètement dans la suite, ainsi que je l'ai démontré dans mes premières communications, ce qui n'a pas lieu pour l'utérus lorsqu'on se borne à pratiquer la castration tubo-ovarienne.

11° Que la mortalité, entre les mains de chirurgiens exercés, ne dépasse pas de 1 à 4 p. 100;

12° Que parmi les accidents morbides signalés dans nos tableaux statistiques, tels que l'incontinence d'urine, les fistules urinaires, les fistules pyo-stercorales, la cystalgie, la plupart existaient avant l'opération elle-même et aucun d'eux n'avait une réelle importance, puisqu'ils ont rapidement disparu par un traitement approprié ;

13° Que l'opération, tout en faisant habituellement disparaître d'emblée les symptômes les plus menaçants, tels que la fièvre, les névralgies, les métrorragies, les vomissements, permet aux malades de quitter le lit et de repre ndre d bonne heure leurs travaux ;

14° En ce qui concerne les résultats éloignés, nons ferons remarquer que l'opération a eu les résultats les plus heureux sur un certain nombre d'affections intercurrentes. C'est ainsi que, dans un intervalle qui a varié de deux mois à trois ans, nous avons vu disparaître : l'hystérie chez 6 malades; le nervosisme chez 2; la folie chez 5; la mélancolie chez 1; la morphinomanie chez 2; les névralgies iléo-lombaires chez 4; les névralgies mammaires et intercostales chez 3; les nausées et les gastralgies rebelles chez 2; l'anémie par inanition chez 2; les céphalées, les bouffées de chaleur et de sueur chez 44; l'impossibilité de la marche chez 1; la gravelle et les coliques néphrétiques chez 2; les coliques hépatiques chez 1; l'endocardite rhumatismale chez 1; la maladie bronzée chez 1; l'albuminurie chez 2.

Tels sont, en résumé, les résultats d'une méthode d'intervention qui constitue une véritable conquête de la chirurgie moderne : ils sont assez brillants pour se passer d'autres commentaires. »

M. DOYEN (de Reims) prend la parole après M. Péan et pose en parallèle avec le procédé de Péan, la technique qu'il a appliquée depuis quelques années. Nous laisserons de côté une question de priorité qui ne saurait intéresser nos lecteurs, pour nous borner à la description purement technique du procédé opératoire et à l'exposé de ses avantages, tels que l'auteur les a présentés.

L'*incision* des poches purulentes par le vagin reconnaît, pour M. Doyen, les mêmes indications admises par ses collègues. La *laparotomie* trouve son indication pour les volumineuses tumeurs annexielles atteignant ou dépassant l'ombilic, pour les tumeurs unilatérales.

Presque seul, parmi tous les chirurgiens, M. Doyen combat la position inclinée de Trendelenburg, et préfère le décubitus horizontal. Quand les désordres pelviens sont trop considérables, le chirurgien de Reims isole l'excavation pelvienne de la grande séreuse par des sutures rétro-vésicales, mésentériques, pelviennes; sutures qu'il place même par-dessus un tamponnement iodoformé.

C'est surtout à propos de l'hystérectomie vaginale que M. Doyen fait une communication originale. On sait que ce confrère prétend par son procédé opérer mieux, plus facilement, plus vite que par tout autre. Nos lecteurs sont assez au courant de la technique classique, d'après le procédé de Péan, pour que nous puissions nous dispenser d'établir un parallèle. Les deux méthodes sont assez dissemblables.

Voici la technique telle qu'elle est donnée par l'auteur :

« Le col saisi de chaque côté par une pince à griffes, nous incisons avec des ciseaux mousses (jamais nous n'employons, comme Péan, le bistouri) le cul-de-sac vaginal postérieur. Le péritoine est ouvert, s'il est libre, du deuxième au troisième coup de ciseaux. Il s'écoule alors 15 à 30 grammes de sérosité citrine, normale chez la femme.

L'index droit, introduit dans la boutonnière séreuse, explore la face postérieure de l'utérus ainsi que les annexes, et s'il existe des adhérences partielles, les détruit aussi haut que possible.

L'opération radicale décidée, le col est attiré en bas, l'écarteur porté en avant, et nous complétons avec les ciseaux mousses, sur les côtés et en avant du col, la section de la muqueuse vaginale.

La vessie est décollée avec l'index droit, aussi haut et aussi latéralement que possible. L'utérus est alors isolé en avant et en arrière de toute connexion avec les organes voisins. Le col s'abaisse aussitôt au voisinage de la vulve. Nous pratiquons l'hémisection de sa paroi antérieure. Bientôt apparaît le cul-de-sac péritonéal antérieur, appliqué à la face antérieure de l'utérus. Nous l'incisons largement. L'hémisection médiane est prolongée sur le corps de l'organe qui, attirant à sa suite les anses intestinales ou l'épiploon adhérents, souvent l'S iliaque, parfois l'appendice vermiculaire et le cæcum, s'abaisse peu à peu et apparaît entièrement au-dessous de l'écarteur.

L'isolement du fond de l'utérus se fait aisément sous les yeux mêmes des spectateurs, et l'opération se termine d'autant mieux qu'aucune pince vaginale n'encombre le champ opératoire. Le corps de l'utérus, entr'ouvert, pend à la fourchette; en aucun cas, nous n'avons jugé utile ou avantageux, comme le pratiquent quelques-uns, d'achever sa section en deux moitiés latérales. Nous reconnaissons, de l'index, la pulpe tournée vers les annexes à explorer, les tumeurs des deux côtés, et nous commençons l'extirpation par les plus accessibles, les gauches de préférence. Nous serrons, à cet effet, entre les mors d'une pince à anneaux, ce qui peut être saisi des trompes et, par des tractions modérées, combinées à l'action de l'index et du médius qui, après avoir rompu progressivement les adhérences, atteignent bientôt la partie supérieure des annexes et les luxent à la vulve, nous pratiquons l'extirpation complète des poches tubo-ovariennes. S'il existe des kystes séreux ou purulents trop volumineux, il est facile de les évacuer à la vulve au cours de ces manœuvres.

Les poches tubaires lardacées, si elles sont trop volumineuses, sont extraites en inversion, comme l'utérus, grâce à plusieurs sections en V, comme nous les pratiquons dans les cas de fibromes.

Nous appliquons alors au-dessus des annexes, sur chaque ligament large, de haut en bas, une grande pince à mors élastiques, puis, soit au-dessus, soit au-dessous, une petite pince, dite de sûreté ou de renfort, et nous tamponnons le vagin jusqu'à la boutonnière péritonéale où se trouvent exactement les extrémités des mors de nos grandes pinces, avec une ou deux compresses de gaze stérilisée. La grande pince est enlevée au bout de quarante heures; les petites, huit ou dix heures plus tard; la gaze, le troisième ou le quatrième jour. Le cinquième jour seulement, à moins d'indications spéciales, les injections vaginales sont largement pratiquées, au nombre de cinq à six par vingt-quatre heures. »

LE GAIACOL D'APRÈS DE RÉCENTS TRAVAUX RUSSES (1)

Par Mlle S. Broïdo.

II

Un des effets importants du gaïacol est l'analgésie qu'il provoque; M. Guetié l'a constaté chez plusieurs rhumatisants chez lesquels l'antipyrine et la salipyrine restaient sans aucun effet, dans un cas de synovite du genou, dans tous les cas de pleurésie avec épanchement et dans trois de pleurésie sèche, non tuberculeuse (les résultats étaient négatifs si la pleurésie était bacillaire); enfin, dans un cas de *pseudo-méningite* (?), avec céphalées excessivement violentes où les effets analgésiques du gaïacol étaient remarquables.

Le collapsus, que cet auteur a constaté deux fois, est attribué par lui à ce que le badigeonnage était fait, chez ces malades, au moment où la température avait déjà une tendance à baisser, de sorte que l'effet obtenu devenait trop considérable. Il ne faut donc pas dans les pyrexies faire ces badigeonnages à l'approche de la crise. Chez les tuberculeux avancés, il est également plus prudent de ne pas y recourir. D'après M. Roussoff, chez les enfants, la dose de 10 à 50 centigrammes est suffisante pour obtenir un abaissement de 2 degrés; si on renouvelle la dose, toutes les quatre ou cinq heures, on peut arriver à maintenir, pendant vingt-quatre heures, une température à peu près normale. Chez les adultes, nous avons vu que la dose est plus difficile à déterminer.

Il nous reste encore à signaler deux séries d'observations sur l'action des badigeonnages avec le gaïacol. L'une d'elles appartient à M. Possajni (2), qui a surtout étudié ce médicament chez les typhiques. La dose employée était variable, et allait jusqu'à LX gouttes (2 gr. 50), et une fois même, l'auteur a fait un badigeonnage avec LXXX gouttes de gaïacol pur.

L'abaissement de la température variait de 1 à 3 degrés et demi, et persistait pendant deux à trois heures, les sueurs étaient parfois absolument profuses. L'hypothermie était parfois accompagnée d'une légère cyanose, de refroidissement des extrémités et, parfois, de frissons. Quatre ou cinq heures après le badigeonnage, la température atteignit, après élévation graduelle, un chiffre un peu supérieur à celui d'avant le badigeonnage; chez deux seulement, sur les treize malades, le gaïacol n'a pas produit d'hypothermie. Chez aucun de ses malades, l'auteur n'a observé aucun effet secondaire désagréable, pas la moindre irritation du côté de la peau, même chez les malades qui avaient de l'acné, des érosions, etc. Aussi, M. Possajni pense-t-il que, si le gaïacol a donné, à certains observateurs, des accidents du côté de la peau, c'est qu'il était impur.

Le collapsus n'a été observé, à la suite des badigeonnages, qu'une fois, et le malade en a été rapidement tiré; mais la plupart des malades éprouvaient une telle faiblesse, qu'ils ne se laissaient badigeonner qu'avec peine.

M. V. Lanevsky (3), qui a étudié l'action des badigeonnages de gaïacol dans des affections diverses, est beaucoup moins enchanté des effets du gaïacol que ne le sont la plupart des auteurs. Disons, d'abord, qu'il a assez souvent constaté une faiblesse telle du pouls, coïncidant avec le maximum de l'hypothermie et les sueurs, que les stimulants devenaient nécessaires. Le gaïacol a produit assez souvent l'hypothermie, surtout chez les tuberculeux; mais, en dehors de la faible durée de ce résultat, M. Lanevsky trouve que, même obtenu, ce résultat n'est qu'illusoire et que le médicament en question n'a pas d'action directe sur la chaleur animale.

On sait, en effet, que, d'après les théories actuellement admises, la fièvre peut être due à une exagération des échanges, à la formation de toxines pyrétogènes ou à un défaut de régularisation de la perte des calories. Le gaïacol paraît agir seulement à ce dernier point de vue, en agissant sur les centres thermogènes et en augmentant la perspiration cutanée. Il est vrai que, ni l'examen des urines (pour chercher s'il y a diminution des échanges sous l'influence du gaïacol), ni l'examen bactériologique n'a été fait; aussi, l'opinion de M. Lanevsky paraît-elle un peu trop affirmative; cependant, il s'appuie, pour la maintenir, sur la dépression générale, les sueurs, la modification du pouls que produit le gaïacol et qui prouveraient son action déprimante sur les centres thermogènes, vasomoteur, cardiaque et pscyhique. L'auteur a, en effet, constaté que, tandis que, chez les fébricitants, les excités, le gaïacol agit comme calmant et produit souvent une sensation de bien-être, la même substance agit, sur des sujets bien portants (auto-observation), comme déprimante, et provoque une certaine paresse intellectuelle.

En raison des phénomènes secondaires nombreux et de l'efficacité peu certaine, l'auteur trouve que l'emploi du gaïacol comme hypothermisant n'est pas à recommander. Quant à son action sur la tuberculose, les badigeonnages de gaïacol, qui doivent être préférés à l'emploi du médicament par voie gastrique, en raison de l'influence fâcheuse du gaïacol sur le tube digestif, peuvent donner d'assez bons résultats chez les tuberculeux au début, qui n'ont pas de sueurs ni une température très élevée.

On voit en résumé que, si l'action antinévralgique du gaïacol et son influence sur la résorption d'exsudats sont admises par tous, il n'en est pas de même pour son action hypothermisante et surtout sur son innocuité, et les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. Si, dans certains cas, l'hypothermie est assez sérieuse, elle ne dure qu'un temps assez court et s'accompagne, en revanche, de phénomènes secondaires dont il faut grandement tenir compte. M. Bard, qui a un des premiers introduit en France les badigeonnages au gaïacol, et qui a récemment publié les résultats de deux années d'observations sur l'effet de cette médication, trouve également que ces badigeonnages doivent toujours être faits avec circonspection, surtout chez les tuberculeux et lorsque, au premier badigeonnage, l'hypothermie est trop considérable. Aussi, M. Bard conseille-t-il de ne pas dépasser la dose de 2 grammes, et de ne pas prolonger les badigeonnages plus de quatre ou cinq jours de suite. Il trouve que, chez les tuberculeux, les badigeonnages de gaïacol sont rarement d'une grande utilité, et encore n'est-ce que dans la forme scléreuse de l'affection. Dans la fièvre typhoïde, il n'a pas eu non plus à s'en louer beaucoup. Il ne reste donc que la pneumonie et l'érysipèle, et encore M. Bard ne commence-t-il dans la pneumonie à faire les badigeonnages qu'à partir du quatrième jour, et les fait aux heures où la fièvre tend par elle-même à baisser. On peut donc dire que, s'il est vrai que le gaïacol en application externe peut parfois rendre service, ce service est loin d'être aussi grand qu'on l'a cru au premier moment d'engouement.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1052.

(2) V. Possajni. Les badigeonnages de gaïacol dans la fièvre typhoïde, *Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1895, n° 35.

(3) V. Lanevsky. Résultats de l'étude de l'action hypothermisante du gaïacol en applications externes, *Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1895, nos 37, 38 et 39.

— Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Rochard, ancien président de l'Académie de médecine, décédé à Versailles, dans sa soixante-seizième année.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 108. — SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1896. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ».

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES ET DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES AU CONGRÈS DE GENÈVE (1)

VII

Pour **M. JACOBS** (de Bruxelles), l'incision vaginale, qu'elle soit antérieure ou postérieure, ne doit s'adresser qu'aux suppurations extra-péritonéales; et, dans ce cas, notre confrère belge fait l'ouverture au thermocautère.

Quant à l'hystérectomie, il remplace les pinces par des ligatures et il ferme le vagin, et depuis qu'il use de ce procédé, il n'a plus constaté d'étranglement intestinal, ni de péritonite consécutive à l'opération.

M. HENROTAY (d'Anvers) incrimine surtout la blennorragie comme cause des annexites suppurées, même après l'accouchement et la fausse couche. Dans ces cas, l'infection blennorragique préexistait et a envahi les trompes et le péritoine pelvien après la délivrance.

Cette notion étiologique aurait son importance, car elle implique la fréquence de la bilatéralité des lésions. Aussi M. Henrotay est-il partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale; il considère l'occlusion du dôme vaginal et du péritoine pelvien, à la fin de cette opération, comme un progrès sensible.

Avec **M. REYNIER** nous revenons à la laparotomie. Dans cet éternel procès entre la laparotomie et l'hystérectomie, comme voies d'accès aux collections pelviennes, on voit la balance pencher tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. Ce qui tend, en somme, à prouver que les deux procédés sont bons. Le chirurgien de Paris commence par énumérer toutes les conditions si diverses dans lesquelles peuvent exister les suppurations pelviennes. Devant la diversité des lésions il ne peut se faire qu'il n'y ait qu'un seul mode d'intervention.

De sa pratique M. Reynier est arrivé à se convaincre que presque toutes les suppurations pelviennes peuvent être abordées par la laparotomie. Nous avons, dit-il, des procédés de drainage pour lutter contre la contamination du péritoine, qui nous rendent la laparotomie bien moins à craindre que le disent les hystérectomistes à outrance.

Toutefois, il reconnaît que dans certaines formes de paramétrite, dans lesquelles l'utérus est immobilisé, perdu, la laparotomie est plus périlleuse que l'hystérectomie. Il n'est intervenu par l'hystérectomie que dans les cas très graves. Aussi ses résultats peuvent paraître moins bons que ceux de certaines statistiques.

Il a pratiqué des incisions du cul-de-sac postérieur pour collections purulentes, mais cette opération est souvent inefficace. En somme, dans ces dernières années, sa conduite vis-à-vis des suppurations pelviennes s'est peu à peu modifiée.

« En présence d'une femme jeune ayant des symptômes d'infection récente, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Si, malgré cette incision, le pus s'écoule mal, je complète mon opération par une hystérectomie ou par une laparotomie, suivant les cas.

Je fais l'hystérectomie primitive dans les cas d'abcès utérins ouverts dans une cavité voisine, dans les salpingo-ovarites anciennes compliquées de poussées de pelvipéritonite; enfin, dans les utérus fibromateux compliqués de suppuration pelvienne.

En dehors de ces cas, je reste toujours plutôt disposé à intervenir par la laparotomie, car la laparotomie seule permet de faire une opération complète, de limiter son intervention et d'arriver, s'il se peut, à un résultat définitif. »

Chacun connaît les nombreuses communications de **M. LAROYENNE** (de Lyon), sur la façon dont il traite les suppurations péri-utérines par la ponction et l'incision du cul-de-sac postérieur, à l'aide de son trocart spécial.

Bien que des collections pelviennes unilatérales ou bilatérales soient souvent constituées par des loges multiples juxtaposées ou superposées, et que la trompe et l'ovaire puissent former une collection à contenu muco-purulent incluse dans un foyer de pelvi-péritonite à contenu ordinairement séreux, ces dispositions ne contre-indiquent pas, dit-il, l'incision vaginale. La ponction et le débridement de la collection la plus accessible permettent de reconnaître et d'atteindre les autres cavités. Parfois les annexes malades enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite se laissent attirer dans le vagin et réséquer au-dessous d'une pince placée sur leur pédicule.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1057.

S'agit-il d'une hématocèle? Après avoir constaté que l'hémorragie interne ne se continue pas, il est indiqué de débrider le cul-de-sac postérieur, de vider la cavité de ses caillots et quelquefois d'un embryon avec ou sans débris de membranes. Quand la trompe est procidente et facilement amenée, on la résèque, sinon on l'abandonne et tout se répare.

Si le débridement des collections pelviennes proéminant en bas et en arrière est aisé et peut se faire avec un instrument quelconque, il n'en est pas de même pour les collections haut placées : la vessie est alors d'un voisinage particulièrement dangereux. Étalée au-devant de la collection, elle en recouvre la partie en apparence la seule accessible, et le cathétérisme, dont on s'aidera au besoin, apprend qu'elle est même parfois en position anormale et déviée latéralement. C'est alors que son trocart, grâce à sa courbure d'hystéromètre et aidé de la pression hypogastrique pratiquée en permanence pendant toute la durée de l'opération, ira ponctionner la collection dans un point d'élection, c'est-à-dire à la partie postéro-inférieure et près de la ligne médiane. L'utilité de cet instrument est donc incontestable dans les circonstances que M. Laroyenne vient de rappeler ; elle l'est aussi pour atteindre aisément des poches également élevées, enkystées dans une collection de péritonite circonscrite et qu'il faut d'abord traverser; de même encore pour les pyosalpinx de petites dimensions qu'il faut ponctionner avec précision.

Une éponge recouverte de gaze iodoformée est placée à cheval dans la brèche vaginale, et une autre au besoin dans l'ouverture de la collection la plus élevée. Dans les collections très vastes, il se peut que, malgré les mèches de gaze qui, au bout de quarante-huit heures, ont succédé à l'éponge, l'incision se resserre trop rapidement. Trois semaines ou un mois après, on la dilate ou on l'incise peu profondément, car le retrait des parties à ce moment a pu déplacer les uretères et les rapprocher de la ligne médiane.

Plus inoffensifs que la laparotomie et l'hystérectomie, et ayant sur elles l'avantage d'être conservateurs, les débridements vaginaux ainsi pratiqués ouvrent assez largement tous les foyers et les maintiennent assez longtemps ouverts pour ne pas risquer d'être inefficaces.

Son élève, **M. ADENOT**, soutient la même doctrine et l'étaye de 30 cas tirés de sa pratique; il conclut ainsi :

« En résumé, dans tous les cas de suppuration pelvienne que nous avons eu à opérer, nous avons emprunté la voie vaginale, estimant que, dans la très grande majorité des cas, le débridement simple et large des collections donne un excellent résultat immédiat et éloigné. Si, dans quelques cas exceptionnels, il est nécessaire de pratiquer par cette voie l'extirpation des annexes ou même de l'utérus, c'est encore plus rarement que le chirurgien sera obligé de recourir à la laparotomie. »

M. HENROTIN (de Chicago) est aussi favorable à l'incision, mais à l'*incision précoce*. La ponction n'est pas un procédé assez chirurgical, il importe que le chirurgien voie ou touche du doigt les lésions auxquelles il s'attaque. Tout au moins, s'il introduit un instrument à l'aveuglette, il faut que cet instrument ne soit ni piquant, ni tranchant. Le point essentiel sur lequel il attire l'attention, c'est l'importance de l'incision précoce du cul-de-sac postérieur dès la première menace d'infection génitale, qu'il y ait du pus ou non. Souvent on obtiendra au début un peu de sérosité, et le pus n'apparaîtra qu'après quelques jours. M. Henrotin agit ainsi même alors que l'état général est excellent : au moyen du doigt, il recherche les exsudats et les détruit s'il en trouve; au besoin, lorsque ceux-ci sont très étendus, il pratique en outre l'ouverture du cul-de-sac antérieur et les détruit par cette voie.

Il préfère de beaucoup ce procédé, même au curetage précoce, qu'il a vu maintes fois favoriser l'extension de la maladie et la faire aboutir à la suppuration de l'ovaire. S'il existe des poches, on les ouvre après les avoir amenées sous la vue de l'opérateur par la pression de l'hypogastre.

M. LÉOPOLD (de Dresde) regrette que l'on ait employé le terme de suppuration pelvienne, qui oblige d'éliminer de cette discussion, si l'on veut être exact, les lésions des annexes dans lesquelles l'inflammation a des processus de sclérose dont on ne tient ici aucun compte, tandis que, d'autre part, il faudrait embrasser dans l'étude des suppurations pelviennes légitimes des cas où le pus s'est collecté hors des annexes, fusant dans les directions les plus variables.

La question n'est pas non plus, comme paraissent l'avoir cru certains orateurs, à savoir si l'on doit employer telle ou telle voie de préférence. Il faut attaquer les lésions où elles se trouvent, par la voie la plus courte et surtout la moins mutilante. La laparotomie, qui permet de préciser un diagnostic si souvent incertain et de limiter à temps le sacrifice nécessaire, lui a toujours paru la méthode de choix. La ponction et l'incision vaginale seront indiquées au moins à titre d'exploration et lorsque les lésions seront nettement accessibles par le vagin. Il sera toujours temps de compléter cette première intervention, si elle est insuffisante, soit immédiatement, soit plus tard.

L'orateur regrette aussi que l'on n'ait point parlé d'une opération qui présente toute la valeur de la laparotomie, en tant que méthode d'investigation, avec tous les avantages de la voie vaginale, quant à la facilité du drainage et de l'évacuation inoffensive du pus. Il veut parler de la colpocœliotomie, à laquelle Martin (de Berlin), Mackenrott ont dû de si beaux succès et qui permet de se rendre compte de l'état des lésions, d'enlever ce qui est facilement énucléable et toujours de s'arrêter à temps si le diagnostic a été mauvais. En tout cas, si les lésions sont trop graves pour permettre l'extirpation par cette voie, le chemin est tout tracé pour compléter l'intervention par l'hystérectomie.

En un mot, le professeur de Dresde est partisan des incisions vaginales dans les cas simples. Dans les cas complexes ou douteux, lorsqu'il s'agit d'une cure radicale, il se range nettement avec les laparotomistes.

M. SABINO-COEHLO (de Lisbonne) prend la parole à l'occasion de la dernière partie de la communication de Léopold.

Il a opéré par la colpotomie antérieure, selon le procédé de Martin (de Berlin), 12 malades atteintes de suppuration unilatérale des annexes ; 9 étaient des pyo-salpinx et 3 des suppurations ovariennes. Les tumeurs variaient de la grosseur d'une petite mandarine à celle d'une orange. Toutes les opérations se sont faites sans accident, sans même blessure de la vessie.

Il considère donc la colpotomie antérieure, supérieure à l'hystérectomie vaginale dans les suppurations unilatérales et non étendues des annexes, parce qu'elle est plus inoffensive

et permet de conserver des organes encore aptes à la fécondation. Il la considère supérieure à la laparotomie, parce qu'elle ne laisse pas de cicatrice et qu'elle est également plus inoffensive que cette dernière intervention.

M. MANGIN (de Marseille) envisage, dans le traitement des suppurations pelviennes, les infections à grande virulence et les infections à virulence atténuée.

1° Les collections suppurées à grande virulence demandent à être ouvertes au plus tôt. Pour ce faire, il a dû abandonner la laparotomie qui lui donnait 20 p. 100 de mortalité pour ne plus employer que l'incision vaginale au bistouri, large incision en T dans le cul-de-sac postérieur assurant le drainage, curetage de la poche, injections journalières jusqu'à guérison, opération facile pouvant se faire sans chloroforme chez les malades épuisées, opération pouvant s'attaquer même aux collections élevées. Les fistules ne sont à craindre que si les soins consécutifs n'ont pas été prolongés. Dans ces cas aigus, l'hystérectomie vaginale lui a semblé toujours superflue. Pour les collections proéminant vers le ventre, il conseille la laparotomie sans énucléation de la poche, lorsque celle-ci est trop adhérente;

2° Pour les infections atténuées, toujours temporiser si l'état général le permet et user largement et longtemps des traitements médicaux et chirurgicaux conservateurs. N'intervenir radicalement qu'après échec de ces différents moyens et à froid. Grâce à cette méthode prudente, il n'a plus observé de mortalité, depuis quelques années, sur un grand nombre de malades traitées.

Sur 7000 malades observées, 780 avaient des affections utérines ou péri-utérines et 226 fois M. Mangin a dû intervenir.

M. HENRY DELAGENIÈRE (du Mans) attire l'attention sur ce fait qu'il est des cas de suppurations pelviennes pour lesquels les interventions classiques, la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la laparotomie suivie de l'ablation des poches, sont notoirement insuffisantes.

Les unes peuvent laisser intactes des poches suppurées, si celles-ci sont haut situées ou très nombreuses : d'où échec thérapeutique. L'autre expose à laisser en place un utérus malade.

Pour ces cas, il a recours à la castration abdominale totale. Il considère donc cette opération comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des trois autres.

Il la pratique parfois de propos délibéré, par exemple lorsque l'utérus est atteint de métrite intense avec périmétrite, et qu'il existe des poches suppurées et très élevées qui ne lui paraissent pas en rapport avec l'organe; lorsque l'utérus contient des fibromes qui en augmentent le volume; en un mot quand, à l'indication formelle de supprimer la matrice, se joint une contre-indication de la méthode vaginale.

La plupart du temps, la castration abdominale totale n'est que le complément de la laparotomie. Il choisit la voie abdominale toutes les fois qu'il y a incertitude dans le diagnostic, quand l'utilité de l'ablation de l'utérus est douteuse, enfin quand l'opération faite par le vagin présente quelque difficulté particulière. Lorsque le ventre est ouvert dans les conditions sus-énoncées, on peut se trouver en présence d'un utérus qui doit être enlevé, si, par exemple, après la décortication des poches il est saignant, dépouillé de son péritoine, s'il est en rétroversion adhérente, si les ligaments larges sont infiltrés, si enfin la matrice elle-même est le siège d'un néoplasme.

Restreinte à ces proportions, la castration abdominale totale est une opération rarement indiquée; mais elle lui paraît remplir une lacune importante dans le traitement des suppurations pelviennes, non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais aussi et surtout au point de vue des résultats définitifs.

Sur dix cas il a eu deux morts, ce qui serait excessif s'il s'agissait de cas simples et bénins. Mais ce qu'il a dit des indications de l'opération démontre qu'elle ne relève que des cas particulièrement graves, cas pour lesquels les autres méthodes sont aussi meurtrières.

Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables, tels qu'il n'en a jamais observé avec les autres méthodes : la guérison est rapide et radicale; elle l'a été du moins chez les huit malades qui ont guéri. Jamais ces opérées n'ont présenté ni douleurs abdominales, ni constipation opiniâtre, ni ballonnement du ventre, etc. La plaie cicatrisée, la guérison a été complète et s'est maintenue parfaite.

Ce sont ces résultats définitifs qui lui ont paru surtout importants, et c'est sur eux qu'il désire principalement attirer l'attention.

M. SÄNGER (de Leipzig) résume assez bien le débat. La discussion qui vient d'avoir lieu a montré les gynécologues divisés, d'une façon très nette, en deux camps, touchant le mode d'intervention à appliquer aux suppurations pelviennes, mais il se dégage une tendance très accusée en faveur des traitements les moins décisifs d'emblée et ne comportant pas le sacrifice de l'utérus, dans des cas où l'on peut le conserver. Il regrette, comme Léopold, que la question ait été posée en termes généraux, ce qui a empêché certainement l'accord de se faire. En se plaçant en présence ou en l'absence du pus on est forcé d'aboutir à un éclectisme qui laisse à chacun sa liberté d'action.

Le pus au voisinage du cul-de-sac vaginal commandera la ponction ou l'incision qui ne préjuge rien sur les lésions existantes et très souvent suffira à la guérison. Le pus enkysté dans des trompes restées en place demande l'emploi de la laparotomie, le diagnostic étant forcément incertain pour les collections haut placées, quant à la nature du contenu des poches, aussi bien que l'uni ou la bilatéralité des lésions. L'hystérectomie reste donc en dernier; les indications de la pratiquer sont de plus en plus rares, elle restera le complément de l'incision vaginale qui aura révélé des lésions trop profondes.

LE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

La deuxième question posée au Congrès de Genève a fait naître une discussion aussi vive et aussi intéressante que celle qu'avait soulevée le premier sujet à traiter. Les orateurs y ont peut-être mis moins de passion. On y a moins parlé de statistiques, de résultats surprenants et la discussion y a revêtu une allure moins personnelle, mais plus scientifique.

Voici les conclusions des trois rapports lus sur la deuxième question :

I

Rapport de M. Otto Küstner (de Breslau).

1. Bien qu'aucun des procédés opératoires appliqués actuellement au traitement des rétroversions et des rétroflexions utérines ne rende à l'utérus et aux annexes leur position absolument normale, on doit cependant préférer la nouvelle position utérine obtenue ainsi artificiellement à la rétroversion ou à la rétroflexion primitive. En effet, de cette manière, l'utérus retrouve jusqu'à un certain point sa mobilité normale. La formation d'adhérences avec les organes voisins se trouve ainsi prévenue, ainsi que celle d'un prolapsus ultérieur; en un mot, la statique des organes pelviens est rétablie d'une manière relative.

2. Dans le traitement opératoire de ces déviations utérines, il faut soigneusement distinguer les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences; ces dernières devant tout d'abord être mobilisées. Pour maintenir l'utérus en antéversion ou en antéflexion, on se servira ensuite, pour ces dernières, des mêmes procédés que pour les rétroversions et les rétroflexions réductibles d'emblée.

3. Quant à ce qui concerne les interventions ayant pour but de mobiliser les rétroversions et les rétroflexions adhérentes (opérations mobilisantes), on ne doit pas ouvrir la cavité abdominale lorsque les adhérences ne sont pas trop solides et trop étendues. Dans ce cas-là, on pourra atteindre le but par le massage ou les manœuvres de Schultze.

Si les adhérences étaient par trop nombreuses et solides, il y aurait lieu de recourir à l'ouverture de la cavité abdominale pour libérer l'organe aussi bien que possible.

4. L'ouverture de la cavité abdominale peut se faire par les culs-de-sac antérieur ou postérieur, ainsi que par la paroi abdominale. Il est hors de doute que c'est la laparotomie qui permet le mieux de se rendre un compte exact de l'état et de l'étendue des adhérences. Il en résulte qu'elle présente des avantages manifestes pour le traitement minutieux de ces dernières, ainsi que pour celui des annexes qui sont toujours plus ou moins affectées.

Les colpotomies antérieures et postérieures sont des opérations beaucoup moins exactes et risquent de donner lieu à des interventions moins complètes. En outre, la première ne permet pas toujours d'éviter les lésions d'organes voisins.

5. La valeur des différents procédés qui ont pour but de fixer l'utérus dans une nouvelle position se juge d'après les deux propositions suivantes :

a. Ils doivent être capables de maintenir l'utérus dans une bonne position;

b. Les fonctions normales de l'utérus ne doivent être modifiées d'aucune manière.

6. Les résultats obtenus par la ventro-fixation, la vagino-fixation, la fixation abdomino-vésicale et par l'opération d'Alexander prouvent que ces différentes opérations sont suffisamment capables de maintenir l'utérus dans une bonne position; il n'en est pas de même de ceux obtenus par les modifications récentes de ces divers procédés, ainsi que par la rétrofixation de Sänger.

7. Les fonctions normales de l'utérus ne sont pas ou tout au moins sont relativement peu altérées par la ventro-fixation, l'opération d'Alexander et par la fixation vésicale.

8. Elles sont au contraire profondément atteintes par la fixation vaginale, dès que celle-ci s'étend à la plus grande partie de la paroi antérieure de l'utérus.

9. Il y a lieu, par conséquent, de ne pas soumettre à la vagino-fixation les femmes aptes à concevoir. Chez les femmes qui ne le sont plus, cette opération donne par contre de très bons résultats. Chez ces dernières, lorsqu'il y a, en même temps que la déviation utérine, une descente de l'utérus ou un léger degré de prolapsus, on combinera avantageusement la vagino-fixation avec les colporraphies.

10. S'agit-il d'adhérences étendues, la meilleure opération consiste dans la laparotomie, suivie de la rupture des adhérences avec le Paquelin, avec les ciseaux ou avec les doigts, et dans la ventro-fixation, d'après le principe d'Olshausen.

Si les annexes sont malades, il faut suivre le principe conservateur jusque dans ses plus extrêmes conséquences. Il ne faut, dans aucun cas, enlever les annexes à moins qu'elles ne soient gravement atteintes; mais il faut seulement les libérer de leurs adhérences. Dans tous les cas, il faudra, chez les jeunes personnes, laisser autant que possible une certaine quantité de tissu ovarien.

C'est de cette manière qu'il faut, en principe, traiter toute rétroversion ou toute rétroflexion utérine. Les curetages, les bains et autres traitements symptomatiques ne devront être employés qu'exceptionnellement.

11. Le meilleur procédé opératoire contre la rétroversion ou la rétroflexion réductible d'emblée est l'opération d'Alexander, exécutée d'après les premiers préceptes de Werth-Kocher, parce que cette opération garantit dans tous les cas une position de l'utérus qui se rapproche le plus de la normale ou qui est en somme la position normale.

12. Les indications pour le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par des pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc. L'indication objective consiste dans une déformation du vagin, ne permettant pas le traitement par les pessaires.

13. Considérant que le prolapsus utérin n'est, en général, qu'une conséquence de la rétroversion ou de la rétroflexion de l'utérus, le premier souci de l'opérateur dans le traitement du prolapsus doit être d'assurer le redressement de l'utérus. Il en résulte que le meilleur traitement du prolapsus utérin consiste dans la ventro-fixation de l'utérus à laquelle il faut adjoindre, dans la même séance, les différentes opérations plastiques qui ont pour but d'obtenir un rétrécissement du vagin.

II

Rapport de M. Polk (de New-York).

1. Les rétrodéviations, et tout spécialement celles intéressant l'utérus apte à l'état de gestation, ne doivent pas être soumises à un traitement opératoire, qui fixe le fond ou le corps de l'organe à la paroi abdominale ou à un des organes voisins, la vessie ou le vagin.

2. Les rétroversions sans complications et chez des malades encore aptes à concevoir doivent être traitées par le raccourcissement externe, c'est-à-dire inguinal, des ligaments ronds (opération d'Alexander). On peut aussi pratiquer, dans ces cas, le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale.

3. Chez les malades encore en état de concevoir, les rétroflexions non compliquées devront être traitées par le

raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et, si c'est nécessaire, des ligaments utéro-sacrés, les deux opérations faites par voie vaginale.

4. Les rétrodéviations adhérentes doivent être opérées, chez les femmes, avant la ménopause, par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et, si c'est nécessaire, des ligaments utéro-sacrés, par la voie vaginale, si possible. L'opération d'Alexander peut être appliquée à ces déviations, après rupture des adhérences par colpotomie, dans le cas où les ligaments ronds ne sont pas intéressés dans les adhérences, comme cela est souvent le cas après des poussées inflammatoires de périmétrite antérieure.

5. La rétrodéviation d'un utérus, dépourvu de ses annexes (après salpingo-oophorectomie), doit être traitée par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, si c'est nécessaire.

6. Après la ménopause, les rétrodéviations doivent être traitées par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, ces opérations devant être exécutées, si possible, par la voie vaginale. L'opération d'Alexander suffira s'il n'existe pas d'adhérences et si l'utérus n'est pas atrophié.

7. Lorsque les ligaments utéro-sacrés sont allongés et que, de cette manière, ils sont un facteur important de la rétrodéviation, leur raccourcissement devra être compris dans l'opération ; la voie vaginale est préférable dans ce but.

Opération du raccourcissement des ligaments ronds et utéro-sacrés. — 1° Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé comme dans la colpotomie antérieure, l'utérus et les annexes sont libérés de leurs adhérences, s'il en existe; l'utérus est amené en antéversion et le fond de l'organe attiré dans le vagin. Le ligament rond, y compris son revêtement péritonéal, est entouré d'une suture à la soie assez éloignée de l'utérus pour permettre son attache facile à l'utérus, au niveau du point d'origine du ligament rond. De cette façon, celui-ci est replié sur lui-même et présente naturellement deux boucles, dont l'une est suturée à l'utérus, tandis que l'autre le sera au ligament rond lui-même en dehors de la partie repliée. Une troisième est placée sur la boucle elle-même. On doit prendre soin de ne pas blesser la trompe en passant cette dernière suture. Après avoir répété la même manœuvre du côté opposé, l'utérus est rentré dans la cavité péritonéale et l'ouverture vaginale est fermée au catgut en suturant d'abord le péritoine seul et puis la paroi du vagin.

2° Ouverture du cul-de-sac postérieur par une incision transversale au niveau de l'insertion utéro-vaginale, s'étendant des deux côtés jusqu'aux culs-de-sac latéraux. On entre dans le Douglas et on jette une forte suture de soie sur le ligament utéro-sacré, environ à son point médian. On pratique cela des deux côtés en tendant les ligaments afin de faciliter cette manœuvre. L'extrémité de chaque suture est passée à travers la paroi vaginale, chacune de son propre côté et à l'angle extrême de l'incision, les fils sont serrés solidement. De cette manière, le col est attiré en arrière et en haut et arrive ainsi à environ mi-hauteur des ligaments utéro-sacrés. Le cul-de-sac est fermé au catgut et les sutures intéressant les ligaments utéro-sacrés sont laissées longues; le drain est enlevé après la quinzaine. Le malade doit garder le lit trois semaines, on n'appliquera pas de pessaire. Il faut surveiller l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie; les malades affligées d'un abdomen proéminent devront porter une ceinture ventrale.

III

Rapport de M. Pozzi.

I. Les syndromes cliniques désignés sous les noms de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus ne constituent pas des entités morbides distinctes.

II. La déviation en arrière de l'utérus, simple ou avec flexion, s'observe dans deux conditions radicalement différentes :

a. Relâchement des ligaments sans adhérences dues à une périmétrosalpingite antérieure. C'est la rétrodéviation mobile;

b. Adhérences postérieures, surtout autour des annexes, après une périmétrite ou une péri-oophoro-salpingite. C'est la rétrodéviation fixe. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

III. Pour les rétrodéviations mobiles, on devrait substituer aux noms de rétroversion et de rétroflexion celui de mobilité (excessive) de l'utérus. En effet, l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de l'utérus qui a perdu sa fixité, et, par suite, son antécourbure normale.

IV. Tout traitement chirurgical qui se propose, ici, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface, ne peut avoir que des résultats temporaires. La traction constante sur le point d'attache artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésico-fixation ne paraissent donner également qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

V. Le traitement rationnel de la rétrodéviation mobile ou, pour mieux dire, de la mobilité (excessive) de l'utérus, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications :

a. Guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curetage, amputation du col, etc.);

b. Restaurer le périnée souvent déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée ;

c. Faire porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

V. Le traitement de la rétrodéviation fixe de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

En effet, la rétrodéviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire ; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré plus ou moins grand de lésion des annexes ou de l'utérus.

VI. Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes, constituent des lésions de guérison acquises et tolérées, puis les symptômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

VII. Dans d'autres cas, l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes, et que, s'il existe de la métrite concomitante, elle est deutéro-pathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences, on devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant, par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu ainsi d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes, avec oblitération de ces dernières, on fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la seule rétrodéviation de l'utérus.

VIII. Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétrodéviation est l'hystérectomie vaginale. Ce sont ceux où il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen, après destruction des adhérences, laissent l'utérus, lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. On est donc autorisé à avoir recours, dans ces cas exceptionnels, à l'hystérectomie vaginale totale.

IV

Discussion.

La discussion s'ouvre à la suite du rapport de M. Pozzi. **M. PÉAN** prend la parole et, après avoir rappelé sa pratique et analysé les résultats d'un grand nombre d'opérations, il termine par ces conclusions :

« 1° Le traitement chirurgical des rétrodéviations utérines diffère suivant que celles-ci sont *mobiles*, *peu adhérentes*, *extrêmement adhérentes*;

2° Lorsque les rétroflexions sont mobiles, il est rare que le chirurgien ait besoin d'intervenir autrement que par les pessaires;

3° Quelques praticiens ont eu le tort de prétendre que ces pessaires sont malpropres et incommodes; cette objection tombe lorsqu'on a soin de se servir d'instruments métalliques, tels que ceux en aluminium, qu'il est facile de rendre aseptiques;

4° Pour favoriser l'application de ces instruments, il ne faut pas craindre de recourir à la périnéorraphie ou à l'élytrorraphie, en cas de déchirure concomitante du périnée, de cystocèle ou de prolapsus utérin, ces opérations étant utiles pour favoriser l'action de l'instrument et toujours inoffensives;

5° Lorsque les rétrodéviations sont maintenues par des adhérences récentes, molles, faciles à détacher, qui rendent l'existence intolérable, le chirurgien doit s'efforcer de rendre l'utérus mobile en les faisant céder le plus vite possible par les moyens médicaux; s'il n'y parvient pas, il doit recourir au redresseur articulé de Sims ou au massage vaginal, suivant la méthode de Thure-Brandt, qui donnent d'excellents résultats;

6° Si le détachement des adhérences ne peut être obtenu par ces moyens, et si les souffrances persistent, il ne faut pas craindre d'introduire le doigt dans le cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale pour explorer l'état de l'utérus et des annexes, pour enlever les petites tumeurs des trompes et des ovaires et pour rompre les adhérences, de façon à rendre à ces organes leur mobilité;

7° Si, malgré ces soins, les douleurs persistent, il faut tâcher de prévenir la récidive : pour cela, il faut alors donner la préférence aux méthodes qui fixent le mieux la paroi antérieure du corps de l'utérus en avant;

8° Celle que nous avons imaginée dans ce but consiste à fixer la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie, après avoir dénudé des organes de leur feuillet péritonéal sur la ligne médiane;

9° Pour favoriser ce résultat, nous faisons au préalable la résection supravaginale du col en conservant sa muqueuse, puis, quelques semaines après, nous faisons la seconde opération, qui peut se résumer ainsi : section bilatérale de la muqueuse vaginale, ouverture du cul-de-sac vagino-péritonéal postérieur, détachement des adhérences avec les doigts, ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin, bascule du fond de l'utérus à l'aide des doigts et des pinces, avivement du péritoine qui recouvre la face antérieure du corps de l'utérus et de celui de la face postérieure de la vessie, au niveau de la ligne médiane, sur une hauteur de 4 centimètres; suture des surfaces avivées avec des crins de Florence superficiels et profonds;

10° Si l'utérus est maintenu en rétroflexion par des adhérences nombreuses et extrêmement résistantes, on trouve dans son tissu, dans celui des trompes, des ovaires, du péritoine et même des organes voisins, des modifications profondes qui rendent la chirurgie conservatrice : en pareil cas, la castration vaginale totale est indiquée et permet, comme le prouvent nos statistiques, de remédier à ces désordres et même de sauver des malades dont l'existence était compromise. »

M. PAUL PETIT, dans sa communication, a le mérite de la netteté et de la précision. Grâce à des divisions bien méthodiquement établies, il est facile de suivre l'orateur dans ses développements; ses assertions sont marquées au coin de la saine clinique et nous nous rallions volontiers à sa manière de voir.

Voici le résumé de son intéressante communication :

« Les rétrodéviations simples, quand elles sont récentes, doivent être traitées systématiquement, attendu qu'on ne sait ce qu'elles deviendront; mais elles ne relèvent pas du traitement chirurgical : un bon pessaire leur suffit.

Quand elles sont anciennes et bien supportées, rien à faire, à moins qu'on ne leur attribue la stérilité; en ce cas, et, de même, pour les rétrodéviations anciennes et mal tolérées, du même groupe, on peut opter entre le pessaire, qui offre ici moins de sûreté, et l'intervention chirurgicale.

Des lésions annexées aux rétrodéviations, les unes, comme la métrite, influent pour une part égale ou inférieure sur les symptômes et le traitement; les autres, et ce sont de beaucoup les plus nombreuses, prédominent à tout point de vue : on y peut ranger les tumeurs, le prolapsus, les adhérences péritonéales, la rétraction du tissu cellulaire pelvien, la sclérose localisée à l'angle de flexion.

Énuclée-t-on un de ces volumineux fibromes de la paroi postérieure de l'utérus qui chavirent complètement l'organe en l'enclavant? Tout symptôme subjectif peut disparaître alors que l'organe demeure pourtant encore un peu gros et rétroversé.

La rétrodéviation se complique-t-elle de prolapsus? Si elle ne dépasse pas en arrière l'axe vaginal, les opérations plastiques sur l'appareil de soutènement suffisent. Au cas contraire, ces opérations doivent toujours instituer la phase première du traitement, attendu que la rétrodéviation, si avancée qu'elle soit, est encore englobée dans la hernie pelvienne. Bien plus, même si elle est complète, pour peu qu'elle soit récente et puerpérale, le rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales peut encore suffire, s'il est poussé à fond et si l'on dirige bien les tamponnements vaginaux consécutifs.

Les adhérences péritonéales, quand elles sont lâches et récentes, sont justiciables du traitement antiphlogistique suivi de la mobilisation de l'organe par les tentes et la sonde; la déviation concomitante disparaît avec elles ou l'on retombe dans le traitement de la rétrodéviation mobile.

Les adhérences anciennes et résistantes coïncident généralement avec des lésions bilatérales et irrémédiables des annexes qui entraînent la castration utéro-annexielle; si l'on conserve l'utérus, avec ou sans annexes d'un côté, on ne rendra guère de service à la malade en ramenant l'utérus en avant, attendu que la récidive ou la continuation des douleurs est presque toujours due au retour ou à la persistance de l'infection.

La rétraction du tissu cellulaire pelvien détermine la rétroposition ou la rétroversion résistantes, suivant que l'utérus a été surpris par le travail inodulaire en position normale ou déjà en rétroversion. Or, on peut, contre toute attente, mobiliser complètement l'organe et faire disparaître les douleurs par l'emploi prolongé des tentes, du massage de l'utérus sur de grosses sondes et de la columnisation du vagin. Une opération de redressement devient alors acceptable ou bien l'on fait l'hystérectomie.

Le traitement de la rétroflexion mobile ou adhérente se confond avec celui de la rétroversion. Pour la rétroflexion fixée par l'involution inodulaire du tissu utérin, on peut ordinairement se contenter de la dilatation progressive, suivie ou non de l'application, pendant quelques mois, d'un pessaire intra-utérin.

Ainsi donc la rétrodéviation utérine est un état morbide parfois négligeable, souvent accessoire et justiciable des moyens spécialement dirigés contre des lésions prédominantes. Il exige, en tout cas, de toute intervention directe, les conditions de facilité, de sécurité et d'efficacité que doit toujours remplir la chirurgie conservatrice. Or, à ce point de vue, tous les modes d'antéfixation anormale devaient être rejetés d'emblée et l'expérience cruelle que plusieurs de nos éminents collègues en ont faite, a surabondamment prouvé ce que le simple raisonnement faisait déjà prévoir.

Je n'ai pas de documents spéciaux sur la vagino-fixation, mais voici ce que j'ai observé sur un certain nombre de malades opérées par ventro-fixation : des cicatrices douloureuses avec sensation de traction très pénible à leur niveau, de l'inventration (ces inconvénients coïncidant, il est vrai, avec l'absence ou, du moins, l'imperfection des opérations vagino-périnéales de rigueur), de la dysurie avec pollakiurie par le fait probable d'une fixation trop élevée.

Parmi les opérations qui, celles-ci, s'adressent aux agents de l'antéfixation physiologique, il faut distinguer celles qui fixent les ligaments en situation anormale de celles qui les raccourcissent dans leur direction normale; les premières sont logiquement inférieures aux secondes, qui comptent les différents procédés de raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés n'est pas encore sorti de la période d'études et ne me paraît pas aussi complètement réalisable que le raccourcissement des ligaments ronds. Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds n'a guère de succès qu'auprès de ses auteurs, et je me demande si MM. Bade, Polk et autres ont réussi à rendre ce procédé plus acceptable en l'ajustant à la cœliotomie.

Reste l'opération d'Alquié-Alexander, qui, pour n'être pas neuve, n'en offre que plus de garanties. Je l'ai pratiquée, pour ma part, une vingtaine de fois, et voici ce que je puis conclure de l'observation de mes malades : C'est une opération facile et rapide, si l'on prend comme point de repère principal l'épine pubienne. C'est une opération sûre, car son coefficient de mortalité est actuellement nul; en n'incisant que peu ou point le canal, on se met à l'abri des hernies; l'élimination des fils profonds doit être, en principe, évitée; les cicatrices ne comptent pas; la grossesse est facilitée, il n'y a pas de dystocie à craindre et les résultats obtenus résistent aux efforts d'accouchements multiples. Enfin, c'est une opération suffisamment efficace, si l'on serre de près ses indications et sa portée. Il se peut que, dans des cas limités, l'utérus revienne un peu en arrière. Mais mieux vaut un utérus en position moyenne et même en position rétrodéviée qu'en antéfixation pathologique. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTINOMYCOSE EN FRANCE

ACTINOMYCOME DU MAXILLAIRE A FORME NÉOPLASIQUE LIMITÉE DATANT DE HUIT ANS (1)

Par M. le docteur Paul DUCOR.

IV

Puisque je parle du diagnostic, j'ajoute que l'examen bactériologique, indispensable parfois, est toujours des plus utiles; mais il faut bien savoir que les sécrétions ne livrent pas toujours facilement le secret de leur agent étiologique, ce fameux grain, jaune le plus souvent, parfois rouge ou gris, très facilement altérable et qui tantôt s'aperçoit à l'œil nu et tantôt se dérobe aux recherches répétées, pratiquées par des observateurs compétents et consciencieux. Heureusement, la clinique ne perd pas ses droits; l'examen du sujet peut donner à lui seul parfois la certitude; l'étude même des commémoratifs peut suffire comme dans le cas présent, et s'il y a doute, le malade bénéficie de la médication iodurée qui réussit le plus souvent avec rapidité dans les cas simples, lorsque les lésions ne sont pas anciennes et étendues ou lorsque le siège du mal ne complique pas la situation; dans tous les cas, l'administration opportune de l'iodure de potassium ajoute singulièrement au bénéfice de l'intervention chirurgicale.

Pour compléter la présente observation, je dois dire que mon diagnostic contrôlé et confirmé bactériologiquement d'abord par M. Nocard à son laboratoire de l'École d'Alfort, l'a été ensuite à l'Institut Pasteur par M. Radziewski, au

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1030.

laboratoire de M. Metchnikoff, ensuite par M. Ovide Benoit, au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine, enfin par MM. R. Blanchard et Roger.

Ces contrôles répétés dès le premier moment n'ont pu laisser subsister le moindre doute; il s'agissait bien d'un actinomycome volumineux à forme circonscrite d'Israël, ou forme néoplasique limitée de Cornil et Babès, analogue à l'actinomycome des bovidés, diagnostiqué pour la première fois en France; mais il est certain que si la présente publication attire suffisamment l'attention des observateurs, on ne tardera pas, non seulement à l'étranger, mais en France et à Paris même, à diagnostiquer des cas analogues pour le plus grand bien de la science et des malades. On ne saurait admettre que j'aie eu affaire à un cas unique; si d'autres observations n'ont pas été présentées, ce n'est pas que des tumeurs semblables n'aient déjà été vues, c'est qu'on n'a pas songé à rechercher leurs rapports avec le champignon rayonné (1).

Il me reste à compléter le plus rapidement possible l'histoire de ma malade à partir du 7 avril, date de la communication à l'Académie de médecine du mémoire ci-dessus. Nous pouvons résumer ainsi cette histoire :

L'amélioration persiste, mais le progrès est peu accentué; les injections iodées sont plus difficilement supportées, et les ponctions amènent un liquide de quantité moindre dont les caractères se rapprochent davantage de celui du sang pur, de même que le liquide s'écoulant par la bouche. Pour ne point provoquer d'hémorragie par les piqûres parenchymateuses, je me résous à me priver du précieux adjuvant des injections iodées, et je décide la malade à accepter le débridement de l'os pour arriver à le nettoyer et à supprimer la source des hémorragies.

Le 20 mai, je vois la malade avec M. le docteur Jalaguier, et le 24 mai une hémorragie assez grave s'étant produite au niveau d'une ulcération intra-buccale située à la partie antérieure, je fais décider l'opération pour le lendemain. Elle a lieu rue Bizet avec mon concours et celui des docteurs Trognon et Weber, ce dernier chargé du chloroforme, et de MM. Ferron et Champion, internes de M. Jalaguier.

La malade était très affaiblie, et la plupart des personnes qui la voyaient et qui se trouvaient pour la première fois en présence d'une semblable tumeur étaient persuadées que la patiente quitterait difficilement vivante la table d'opération.

Les soins préliminaires pris, M. Jalaguier pratique une longue incision partant de l'angle de la mâchoire et atteignant presque la symphyse du menton; il sectionne entre deux ligatures l'artère et la veine faciales et pratique l'ouverture d'une masse kystique composée d'une douzaine de poches remplies les unes d'un liquide opalin, gélatineux, les autres d'un sang noirâtre. Trois de ces kystes avaient le volume d'un gros œuf; les derniers ouverts contenaient seuls les grains jaunes caractéristiques dont l'absence, pendant la plus grande partie de l'opération, avait trompé l'attente des assistants.

La masse kystique était contenue dans une coque ostéo-fibreuse formée aux dépens des couches externes du maxillaire, ce qui est bien en rapport avec ce que nous savons de la marche du parasite pénétrant de l'extérieur à l'intérieur, et arrêté d'abord par les masses musculaires, puis par le périoste et enfin par les couches externes de l'os. La branche montante, dilatée dans sa totalité, formait un vaste kyste uniloculaire, à parois lisses, remplies d'un liquide hématique, noir, filant.

Les poches kystiques étaient séparées par des cloisons fibreuses ou ostéo-fibreuses très résistantes; la coque ostéo-fibreuse envoyait dans leur épaisseur des aiguilles osseuses, irrégulières, très pointues; on retrouve là la disposition stalactiliforme sur laquelle insiste Kundrat, disposition qui lui paraît de la plus grande importance pour le diagnostic de l'actinomycose et de la tuberculose, dont l'envahissement suit une marche inverse.

Toutes ces cloisons sont détruites à l'aide des ciseaux ou de la curette tranchante, de manière à former une cavité unique. Cautérisation au thermocautère. Tamponnement iodoformé.

L'écoulement sanguin, assez abondant au moment de la destruction des cloisons, est facilement arrêté par la compression au moyen d'éponges; l'artériole, source des hémorragies des jours précédents, est découverte à l'origine d'une des cloisons ostéo-fibreuses près de la symphyse; elle est pincée et liée.

Un fragment de cette cloison est recueilli et confié à l'examen de M. le docteur F. de Grandmaison, à la savante obligeance duquel je dois le très intéressant exposé qui suit :

Examen d'un fragment de cloison ostéo-fibreuse provenant d'un maxillaire inférieur atteint d'actinomycose,

Par M. F. de Grandmaison.

Les fragments, qui m'ont été remis conservés dans l'alcool, présentent, au sortir du réactif, une coloration grisâtre et une mollesse toute spéciale, absolument comparable à celle d'un os qui a été décalcifié par un séjour plus ou moins prolongé dans le liquide de Kleinenberg.

La pièce ne présente à sa surface aucun grain actinomycosique; mais il n'en est plus de même quand on y pratique une section. Le rasoir mord dans le tissu sans éprouver la moindre résistance et découvre, à son intérieur, deux grains jaunâtres, petits, atteignant à peine le diamètre d'un grain de mil, qui s'écrasent facilement entre deux verres. Après écrasement, les grains sont colorés au picro-carmin, montés dans la glycérine et examinés extemporanément. Bien que cette opération ait dissocié les actinomycètes, on peut néanmoins, avec l'objectif 4 B et l'oculaire nº 3 de Reichert, retrouver les éléments constituants du parasite. On voit très nettement sa partie centrale, colorée en jaune, présenter une structure fibrillaire; autour d'elle, disposés sans ordre, sont les renflements claviformes, peu nombreux d'ailleurs dans le champ microscopique et fortement colorés; enfin, il est possible de reconnaître toute une série de petits corps, détachés du nodule parasitaire, allongés, séparés les uns des autres et offrant l'aspect de petits fuseaux réfringents, avec une ligne de contour bien dessinée. Comme ces derniers éléments n'ont pas fixé le réactif colorant, il est logique de les considérer, non pas comme des spores, mais comme des éléments en voie de dégénérescence et frappés de nécrose.

Les renseignements fournis par cet examen rapide, s'ils permettent d'affirmer le diagnostic anatomique d'actinomycètes, ne suffisent pas à éclairer le processus intime de la lésion. Pour pratiquer un examen plus approfondi, la pièce

(1) Un médecin de province ayant publié, avant la lecture du rapport de M. Blanchard, le résumé de mon observation avec les photographies que j'avais prises de la malade, plusieurs personnes ont insisté pour que j'affirme à nouveau mon droit de priorité; je croyais toute équivoque impossible, mais puisqu'elle pourrait subsister, je me rends au désir de témoins désintéressés.

est débitée en petits cubes de 1 millimètre de côté, qui, après des passages successifs dans l'alcool absolu, l'alcool et l'éther, l'éther pur et l'éther paraffiné saturé à 37 degrés, sont enrobés dans la paraffine et coupés au microtome de Rocking.

Pour colorer les coupes, j'ai utilisé trois procédés :

1° La méthode préconisée par Weigert (orseille en solution alcoolique et violet d'aniline en solution aqueuse);

2° Le carmin aluné de Grenacher ;

3° Le picro-carmin.

Après les deux premières colorations, les pièces ont été déshydratées par l'alcool absolu et la créosote, éclaircies par l'essence de girofle et montées dans le baume de Canada; après la troisième, elles ont été conservées dans la glycérine acide.

De ces trois techniques, la dernière a fourni les meilleurs résultats; elle m'a permis d'étudier avec le plus de précision l'actinomycète ; les deux autres m'ont permis de suivre — avec plus de clarté peut-être — les phases du processus. L'examen microscopique a été fait au microscope de Reichert avec l'oculaire n° 3 et les objectifs 4 B et 8 A.

Le plus faible grossissement (obj. 4 B) permet de comprendre facilement le processus histogénique.

Le tissu fondamental se présente sous la forme d'un tissu fibrillaire offrant de longues travées, dans lesquelles on retrouve des éléments cellulaires ronds, bien colorés par le carmin et qu'on doit considérer comme des ostéoblastes. Dans les mailles limitées par les fibrilles se dessinent de larges îlots, revêtant les formes les plus variées, à la périphérie desquels sont accumulées et pressées les unes contre les autres des cellules fortement colorées, plus volumineuses que les ostéoblastes, formant bordure à des espaces plus clairs, au sein desquels nous retrouverons bientôt le parasite. Ces îlots inflammatoires ne sont autres que des cellules géantes avec leur couronne de cellules épithélioïdes; elles constellent absolument le champ de la préparation.

Par places, les travées limitent un tissu fibrillaire, privé d'ostéoblastes, rappelant le tissu fondamental de l'os et creusé d'espaces clairs, qu'on dirait avoir été faits à l'emporte-pièce et qui semblent avoir été produits par la disparition de corpuscules actinomycétiques, artificiellement détachés par les manœuvres de préparation.

Les actinomycètes se rencontrent dans les cellules géantes et en plein tissu fondamental, où l'objectif 8 A permet de bien détailler leur structure.

Dans les cellules géantes, le parasite offre des figures moins parfaites qu'au milieu des travées, ce qu'on est en droit d'attribuer à la plus grande intensité de la réaction phagocytaire, non douteuse dans le premier cas. On trouve alors seulement la masse fibrillaire centrale de l'actinomycète, nettement dessinée en jaune par le picro-carmin, en rose pâle par l'orseille ; à sa périphérie se voient quelques renflements claviformes, isolés, disposés sans ordre, bien reconnaissables à leur coloration rouge intense et à leur extrémité renflée en massue.

Au sein des travées fibrillaires, les parasites se dessinent plus nettement; ils y apparaissent avec tous leurs détails structuraux caractéristiques et les préparations colorées par le picro-carmin sont les plus démonstratives.

L'actinomycète se montre formé de deux parties bien distinctes : 1° une partie centrale, ronde ou légèrement ovale, colorée en jaune pâle, à structure nettement fibrillaire ; 2° une partie périphérique, constituée par les renflements caractéristiques dont la substance grenue est fortement teintée en rouge. Ils ne sont plus disposés sans ordre, mais se réunissent en rangs serrés et se ramifient régulièrement autour du noyau central comme les rayons d'une roue. Ce sont bien là des nodules actinomycétiques types.

Il est remarquable que dans ces préparations très démonstratives, n'ont pas été retrouvés les fuseaux réfringents non colorés, déjà décrits dans les préparations extemporanées. Cela tient à ce que les dernières coupes ont été faites sur des foyers en pleine activité actinomycétique, tandis que les grains provenaient de régions dans lesquelles le processus était déjà en partie éteint.

Dans toutes ces préparations, faites et examinées avec le plus grand soin, aucune ne m'a présenté d'autre parasite que l'actinomycète; il a été notamment impossible de déceler soit des streptocoques, soit des staphylocoques, malgré des examens répétés avec l'objectif à immersion.

L'opération avait duré une heure; il avait été dépensé environ 15 grammes de chloroforme.

L'opérée, très faible, est reportée dans son lit; on pratique dans la journée deux injections de 50 grammes de sérum artificiel et deux injections de caféine; le soir, l'état est satisfaisant; ces injections ont été renouvelées pendant deux jours. Les suites opératoires furent d'ailleurs des plus simples et sans la moindre élévation de température.

Le 27 mai, le tamponnement iodoformé est enlevé sans qu'il se produise le moindre écoulement sanguin et la cavité est légèrement bourrée avec de la gaze salolée.

Depuis ce moment, les pansements ont été renouvelés tous les jours, puis tous les deux jours. Le suintement séro-sanguinolent, très abondant pendant les premiers jours, diminue progressivement et est remplacé par une suppuration toujours un peu séreuse. La malade reprend rapidement ses forces et rentre chez elle le 6 juin, le onzième jour après l'opération.

Le 16 juin, la plaie se fermant rapidement, un gros drain est placé remontant jusqu'à la partie supérieure de la branche montante déjà considérablement revenue sur elle-même.

Le 16 juillet, la plaie est réduite à l'orifice du drain soigneusemenent maintenu en place : le maxillaire tend à reprendre sa forme normale et paraît, à la vue, atteint d'une fluxion banale ; la portion intra-buccale à laquelle il n'avait pas été touché lors de l'opération diminue dans des conditions considérables et, bien entendu, ne donne lieu à aucune sécrétion. La bouche, naturellement très petite, a repris les dimensions qu'elle avait avant la maladie ; deux dents encore branlantes avant l'opération et qui avaient été conservées uniquement pour ne pas augmenter la perte de sang sont de nouveau solidement implantées ; les mouvements de la mâchoire sont absolument libres et aussi étendus qu'à l'état normal ; en un mot, toutes les fonctions de la région malade, de même d'ailleurs que toutes les fonctions générales, s'accomplissent régulièrement.

La malade qui a repris progressivement ses forces peut faire des promenades à pied et elle part le 16 juillet pour la Bretagne où elle se trouve encore aujourd'hui de plus en plus améliorée, tant au point de vue général qu'au point de vue local.

La branche montante revenant de plus en plus sur elle-même et la cavité se comblant tous les jours, la longueur du drain est diminuée de plus de la moitié.

Les forces revenant et les douleurs ayant disparu, la malade, avant son départ de Paris, est arrivée à supprimer complètement l'usage de la morphine, substance qui avait été à peu près son seul médicament dans la longue période pendant laquelle elle se croyait vouée à une mort certaine.

En résumé, le diagnostic, quoique fait tardivement, lui a d'abord donné l'assurance qu'elle n'était pas atteinte d'une maladie héréditaire et fatalement mortelle; le traitement par l'iode et la médication tonique a procuré un soulagement immense; enfin l'intervention chirurgicale conservatrice a complété la guérison en détruisant les derniers foyers du mal et en s'attaquant à des lésions anciennes sur lesquelles le traitement spécifique ne peut plus avoir de prise; elle a ainsi permis d'obtenir le résultat le plus complet sans la mutilation irrémédiable qu'aurait produite la résection du maxillaire qui aurait probablement été un désastre opératoire dans les conditions où a été pratiquée l'opération que j'ai décrite.

Je me félicite de ne pas avoir accepté la solution radicale proposée par M. Poncet et de m'être refusé à me rallier à la proposition qu'il posait comme une règle absolue, à savoir que « lorsqu'il s'agit d'une forme néoplasique limitée, le traitement de choix doit être l'excision des tissus malades, comme si l'on avait affaire à un véritable néoplasme » (L. Bérard, *Gaz. des hôp.*, n° 29, mars 1896).

Les décès survenus à la suite des opérations incomplètes pratiquées par le chirurgien lyonnais ne proviennent pas essentiellement, comme il l'a dit, de ce que par ces opérations incomplètes on court le risque d'ensemencer des tissus sains et probablement aussi d'ouvrir des voies vasculaires d'absorption pouvant transporter au loin les actinomycètes, mais de ce que ces opérations s'adressaient à des organismes débilités, non soumis systématiquement à une médication spécifique patiemment prolongée, à un régime reconstituant complet, placés dans ces conditions vraiment hygiéniques qui sont si difficiles à réaliser dans la pratique hospitalière et qui sont pourtant indispensables pour la cure de l'actinomycose comme pour celle de la tuberculose.

Il a fallu un long temps et des soins constants pour permettre à ma malade de résister à l'envahissement de sa colossale tumeur et pour la mettre en état de subir une opération qui est allée à l'extrême limite de ce qu'elle pouvait supporter, et dont elle a retiré, avec le moins de frais possible, un si grand bénéfice.

Ce bénéfice considérable, bien des malheureux pourront l'obtenir aussi lorsque la notion des lésions actinomycosiques se présentera plus naturellement à l'esprit des médecins.

Intéressant à la fois la médecine humaine et la médecine vétérinaire, la thérapeutique interne et chirurgicale, la bactériologie, l'hygiène, l'actinomycose présente pour ceux qui la connaissent un intérêt des plus vifs quand on considère ses relations avec les grandes questions du cancer, de la tuberculose, de la syphilis, affections avec lesquelles elle a été trop souvent confondue et dont elle concourt à éclairer l'histoire en même temps que celle de l'appendicite, des affections osseuses et pulmonaires, des tumeurs et des lésions inflammatoires des mâchoires.

Déjà son étude et celle des champignons parasites de tend à prendre en France l'importance qu'elle présente dans d'autres pays pour le plus grand bien de la science et de l'humanité (1).

(1) Depuis que cet article a été écrit, un cas d'actinomycose a été observé à Toulouse par M. Audry, un second à Paris par M. Pringeard dans le service de M. Monnier à l'hôpital Saint-Joseph, deux autres à Lyon par M. H. Garden.

Conclusions. — 1° L'actinomycome des mâchoires à forme néoplasique limitée, qui n'avait pas été diagnostiqué en France jusqu'à ce jour, est moins rare qu'on ne le suppose; il a été plus d'une fois confondu avec des tumeurs diverses solides ou polykystiques;

2° En présence d'une tumeur des mâchoires, il ne faut pas songer seulement à la tuberculose, à la syphilis, au cancer, à la maladie kystique, à une lésion inflammatoire, d'origine dentaire ou non; il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit la possibilité de l'actinomycose, surtout dans le cas où l'on constate du trismus précoce et des fistulettes nombreuses sans engorgement ganglionnaire;

3° La clinique suffit, à défaut d'un examen bactériologique positif, pour affirmer le diagnostic d'actinomycose;

4° Il est indispensable de rechercher l'actinomycose dans les cas d'appendicite, surtout à répétition, et d'une façon générale dans les suppurations viscérales ou cutanées à marche anormale;

5° L'action de l'iodure, absolument héroïque dans certains cas, peut être dans d'autres, très insuffisante ou ne se produire qu'après une absorption prolongée du médicament; le pronostic de l'actinomycose, même traitée par l'iodure, reste parfois très grave. La durée de l'administration de l'iodure est subordonnée à la durée de la maladie;

6° Le traitement tonique général a, chez certains malades, une importance capitale et, à ce point de vue, l'actinomycose peut être assimilée à la tuberculose;

7° Les lésions para-actinomycosiques circonscrites, soustraites à l'action du traitement médical, sont susceptibles d'une action chirurgicale conservatrice et ne doivent pas, de parti pris, être traitées comme un néoplasme absolument malin. La résection du maxillaire devra être pratiquée seulement lorsqu'on aura pu s'assurer que l'os est irrémédiablement perdu;

8° Les injections de sérum antistreptoccocique paraissent n'avoir pas eu d'influence sur la régression de l'actinomycome faisant le sujet de la présente étude;

9° La contagion directe par l'homme ou par les animaux paraît peu probable; l'origine de l'infection actinomycosique est presque exclusivement végétale; elle est due souvent à la mauvaise habitude qu'ont certaines personnes de porter à leur bouche des pailles ou des épis. L'infection se produit en dehors de la carie dentaire; le rôle de celle-ci se borne à faciliter l'introduction du parasite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 septembre 1896, a été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur : M. Rouget, médecin-major de première classe au 125e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 12 septembre 1896, M. le docteur Leprêtre, médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de spahis, a été affecté au corps d'occupation de Madagascar, et sera placé dans la position hors cadre, à dater du jour de son embarquement.

— Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bureau (de Paris) et Souplet (de Nogent-le-Rotrou).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse,

aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 109. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1896. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

NOTES SUR LA MALADIE DE FAUCHARD

Par le docteur MOTY,
Médecin principal de deuxième classe de l'armée, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

La maladie de Fauchard, décrite au siècle dernier par le médecin français qui lui a donné son nom, est caractérisée par la chute spontanée de dents saines, avant la vieillesse et en dehors de toute maladie générale appréciable; c'est à peu près tout ce qu'en a dit Fauchard.

Les recherches dont nous nous proposons de communiquer les résultats à l'Académie ont porté particulièrement sur l'anatomie pathologique des dents atteintes par cette maladie; mais elles conduisent à des conclusions trop importantes au point de vue pathogénique, pour que nous puissions passer ces dernières sous silence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Si l'on examine une dent expulsée pendant le cours d'une maladie de Fauchard, on la trouve ordinairement saine en apparence, et l'on est porté à considérer la cause qui a provoqué sa chute comme extérieure à la dent elle-même. Mais si, comme y avait songé Coleman, on ouvre la cavité pulpaire d'un coup de ciseau, de manière à ne détruire aucune des parties de la dent, on voit que cette cavité est oblitérée presque complètement, par des dépôts successifs de dentine, formés sur la paroi correspondant à la couronne.

La cavité pulpaire des molaires est ainsi réduite à une fente en forme de croissant, à concavité tournée vers la couronne; des extrémités de ce croissant et du côté de sa convexité, se détachent les canaux des racines qui paraissent un peu élargis.

On voit à l'œil nu et mieux à la loupe que la dentine, qui oblitère la cavité pulpaire, est stratifiée parallèlement à la surface triturante. La cavité pulpaire des dents à une seule racine se rétrécit dans toutes ses dimensions et devient plus étroite que le canal de la racine qui lui fait suite (1).

Il est à remarquer, en outre, que l'on ne constate ni nécrose de l'apex, ni plaques de résorption, à la surface des racines, même quand la pulpe est sphacélée.

Les photographies ci-dessous (figure 1), que je dois à l'obligeance de M. le pharmacien-major de première classe Debray, montrent l'état de la cavité pulpaire, sur deux molaires provenant de deux sujets de même âge; l'une est normale, l'autre est atteinte de maladie de Fauchard, à un degré avancé.

Il semblerait, d'après cette figure, que la densité brute des dents malades dût être augmentée; mais les recherches



Dent normale. Maladie de Fauchard.

FIG. 1. — *Dents fendues au ciseau.*

entreprises à ce sujet, avec l'aréomètre de Nicholson, par M. le pharmacien-major Bayrac, docteur ès sciences physiques, ont donné les résultats suivants :

Première grosse molaire supérieure entière : saine, 2,23; malade, 2,15.

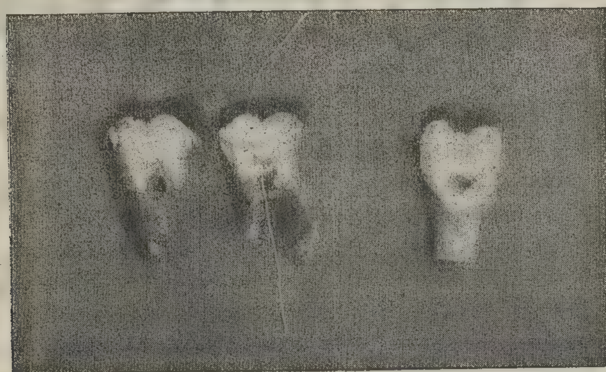
Première grosse molaire inférieure après ouverture de la cavité pulpaire : saine, 2,20; malade, 2,17.

Cette diminution de densité nous paraît démontrer que la résorption, que l'on observe du côté de l'alvéole, a également une tendance à se produire dans la substance minérale de la dent.

La pulpe, refoulée vers l'orifice des canaux des racines, contient une grande quantité de parcelles de dentine, dont quelques-unes très volumineuses; cependant, loin de présenter des signes d'inflammation, elle est réduite à l'état fibreux et paraît privée de vaisseaux; sa couleur est beaucoup plus pâle que celle d'une pulpe de dent de vieillard sur le point de tomber.

(1) Le traitement rationnel de la maladie de Fauchard par la trépanation de la cavité pulpaire a été indiqué par M. Poinsot au Congrès dentaire universel de Chicago en 1893. (*Transact. of the word's Colombian congress, Press of Knight Leonard et C°*, Chicago 1894.)

Assez souvent, on la trouve sphacélée et de couleur noire (fig. 2, n° 2); en ce cas, la dent malade a provoqué une poussée phlegmoneuse, qui a nécessité son extraction.



Carie et maladie de Fauchard. Nécrose de la pulpe et maladie de Fauchard.

Fig. 2.

La figure 2 (n° 1) montre une autre complication fréquente de la maladie de Fauchard : la carie des racines dénudées, carie qui, en raison de son siège inaccoutumé, passe quelquefois inaperçue, même après l'extraction de la dent; on voit sur cette figure une carie née entre les racines externes de la première grosse molaire supérieure, et atteignant la partie inférieure de sa cavité pulpaire; la pulpe est également sphacélée.

D'après ces données, la maladie de Fauchard est essentiellement caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par une oblitération progressive de la cavité pulpaire et une sclérose de la pulpe : lésions sensiblement différentes des phénomènes normaux de sénilité, qui amènent prématurément quelquefois, la chute de dents présentant une cavité pulpaire rétrécie, mais peu déformée et sans anémie de la pulpe.

Déductions pathogéniques. — La constatation de ces lésions permet d'éliminer l'opinion de Tomes, Rigg et Coleman, qui attribuent la maladie à une lésion primitive de la gencive ou de l'alvéole; elles sont également contraires à la théorie microbienne, que le courant actuel de la science devait nécessairement mettre au jour.

En effet, la cicatrisation rapide de l'alvéole, après l'ablation de la dent, la perte successive de dents sans rapports les unes avec les autres, l'intégrité de la gencive au début de la maladie et la marche très variable de cette dernière; tous ces faits s'accordent mal avec une pathogénie microbienne.

Il est naturel que la gencive qui se détache du collet par étapes successives dans la dernière période de la maladie, soit alors susceptible de s'infecter, en raison même des traumatismes que lui inflige à chaque instant la mobilité de la dent; l'absence de micro-organismes, dans le tissu périodontique compromis dans sa vitalité, serait même alors tout à fait surprenante ; mais il n'y a pas lieu d'admettre un lien pathogénique entre leur présence dans les fongosités et l'évolution de la maladie de Fauchard.

Les examens de cavités pulpaires rapportés tout à l'heure, nous paraissent, au contraire, entraîner le classement de la maladie de Fauchard dans les scléroses ; cette affection appartient en effet, sauf de très rares exceptions, à l'âge moyen de la vie. Les rameaux nerveux de la pulpe et ceux de l'alvéole, ayant pour origine commune la petite branche nerveuse qui a présidé à l'évolution de la dent, la nutrition de l'organe dentaire et celle de ses moyens de fixation doivent d'ailleurs tendre à suivre les mêmes phases pendant le cours de l'existence.

La pâleur de la pulpe montre, en outre, que les rameaux vasculaires sont atteints en même temps que les rameaux nerveux.

Enfin, tout en reconnaissant que des examens de pulpes fraîches sur des dents faiblement atteintes sont nécessaires pour élucider plus complètement la question, nous pensons que la marche de la maladie et l'état général des malades, permettent dès à présent de considérer la sclérose comme secondaire et localisée au système vasculo-nerveux de chaque dent, sans lésions des troncs; cette sclérose serait consécutive à la compression de la pulpe par la dentine de nouvelle formation, et cette surproduction de dentine serait elle-même le résultat d'une alimentation ou d'une nutrition défectueuses, amenant un excès de sels calciques dans l'économie.

Il nous paraît inutile d'insister plus longtemps sur ce point, car notre but était seulement de présenter à l'Académie les données anatomo-pathologiques qui sont le résultat de nos recherches et qui nous paraissent jeter un jour nouveau sur la pathogénie de la maladie de Fauchard.

LE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

AU CONGRÈS DE GENÈVE (1)

M. **Blondel** (de Paris) soutient une thèse, au moins originale. Il accuse la *laxité du coccyx comme cause de rétrodéviation utérine*, assertion facile à vérifier.

Il insiste sur le rôle de l'appendice coccygien comme élément de la statique utérine. La mobilité anormale de l'os, par luxation devenue permanente à la suite de traumatisme, ou beaucoup plus souvent comme conséquence de l'accouchement, déplace en avant de 2 à 3 centimètres l'attache du releveur de l'anus ; celui-ci se trouve raccourci d'autant et précisément dans l'axe de sa plus grande longueur où se rencontrent en même temps ses éléments les moins contractiles. Il en résulte un glissement du vagin en avant, une colpocèle postérieure dont les conséquences dans l'étiologie de la rétrodéviation sont bien connues. Après l'accouchement, ce glissement est encore facilité par la laxité des parois du canal vaginal et la moindre tonicité de l'anneau vulvaire. Mais M. Blondel a observé cette colpocèle postérieure chez des nullipares, même chez des vierges, et a pu constater presque toujours la mobilité extrême du coccyx consécutive à une chute sur cet os; dans tous les cas, il y avait un degré plus ou moins marqué de déviation de l'utérus en arrière et, dans un cas, rétroversion absolument complète.

M. Blondel a été obligé de faire l'extirpation du coccyx dans un cas où le coccyx, très long et très mobile, par suite d'une chute survenue peu après un accouchement, venait heurter un ovaire prolabé, chaque fois que la malade s'asseyait ou exécutait certains mouvements. Il donne le manuel opératoire de cette ablation, pour laquelle il préfère à l'incision linéaire médiane de Nott et de Montgomery

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1067.

deux incisions, l'une transversale, l'autre oblique, formant lambeau et découvrant, après rabattement, une large brèche triangulaire. Il insiste sur la nécessité, après le détachement des fibres du releveur et des ischio-coccygiens, de ne pas abandonner les fibres à elles-mêmes, ce qui accroîtrait encore le relâchement du diaphragme pelvien et son déplacement en avant. Au moyen de fortes ligatures de soie, il reprend ces fibres et les rattache aux ligaments latéraux du sacrum, fronçant les bords de la brèche laissée par l'ablation du coccyx. Repos absolu au lit dans le décubitus latéral et sans constipation pendant quinze jours.

Chez une malade traitée ainsi, la rétrodéviation, d'ailleurs non compliquée de rétroflexion et n'attaquant pas le fond du Douglas, a été guérie *ipso facto* et sans autre traitement. Actuellement le col est très remonté en arrière et les douleurs ont entièrement disparu. Pendant l'opération, une fois les fils passés, mais non fixés, il était aisé de constater qu'en tirant sur eux le périnée tout entier se déplaçait en arrière et que le col de l'utérus remontait de plusieurs centimètres.

En résumé, M. Blondel conseille, dans les rétrodéviations mobiles, de rechercher toujours les déplacements du coccyx, douloureux ou non. S'il n'est pas douloureux, un bon pessaire remédiera à la fois au déplacement du coccyx et de l'utérus. Si la douleur est le phénomène dominant, et que l'ablation des annexes ne soit pas formellement indiquée, d'autre part, la coccygectomie, avec réinsertion du releveur de l'anus sur le sacrum, trouvera son indication.

M. KUMMER (de Genève) est un partisan convaincu de l'*opération d'Alexander*. Il a pratiqué 22 fois le raccourcissement des ligaments ronds.

Dans 5 cas, il existait une rétrodéviation combinée avec un degré plus ou moins accentué de prolapsus utérin : 4 de ses malades ont parfaitement guéri; chez la cinquième, il y a eu récidive, mais dans ce cas il n'avait fait que l'opération d'Alexander, tandis que chez les 4 autres malades il avait pratiqué en même temps des opérations vaginales complémentaires. Dans 2 autres cas, le résultat anatomique a été bon, mais il n'en a pas été de même du résultat fonctionnel, car les deux malades, qui, il est vrai, étaient des neurasthéniques, ont continué à souffrir. Tous les autres cas ont été suivis de guérison parfaite, à la fois au point de vue anatomique et au point de vue fonctionnel, les interventions datant, en moyenne, de deux ans et demi.

M. REYNIER est, lui aussi, partisan de l'*opération d'Alexander*.

« C'est, dit-il, l'opération la plus rationnelle que nous puissions proposer contre la rétroversion; nous supprimons, de cette façon, cette sensation de pesanteur qu'accusent les femmes par le fait de la rétroversion, ainsi que la gêne dans le fonctionnement du gros intestin. Quant aux douleurs qui, très souvent, sont dues à la métrite accompagnant la rétroversion, elles disparaissent si, en même temps que le traitement de la rétroversion, on fait celui de la métrite, c'est-à-dire le curetage ou la cautérisation.

Il repousse tous les procédés de fixation de l'utérus par voie vaginale. Si ces procédés ont quelquefois réussi, c'est qu'ils déterminent des inflammations péri-utérines qui immobilisent l'utérus, mais alors il est immobilisé en antéflexion, c'est-à-dire que l'on a substitué une infirmité à une autre.

Les rétroflexions sont dues à des lésions plus sérieuses, laissant des adhérences qui fixent l'utérus en place. La cause initiale de ces lésions est le plus souvent la métrite; aussi les rétroflexions sont-elles symptomatiques de métrites et de lésions annexielles.

C'est pourquoi l'opération d'Alexander, indiquée dans la rétroversion, cesse de l'être dans la rétroflexion, car, en raccourcissant les ligaments, on amène en masse l'utérus restant fléchi et les annexes qui lui adhèrent intimement.

La laparotomie, d'après M. Reynier, est l'opération qui peut agir le plus efficacement contre ces lésions. Elle seule permet de rompre facilement les adhérences, de traiter les annexes en conséquence, de redresser l'utérus et de le fixer en bonne position par l'hystéropexie.

Quant à la technique de l'hystéropexie, voici la manière dont il la pratique. Après avoir pendant quelque temps fixé l'utérus à la paroi en passant des fils de soie en plein dans le corps de l'organe, il a renoncé à ce mode de fixation, parce que souvent, malgré les précautions aseptiques prises, les fils de soie tendent à s'infecter et à donner lieu ensuite à des fistules. Pour éviter cet accident, il préfère actuellement passer les fils dans le ligament large; il les fait pénétrer au dessous de l'insertion utérine du ligament rond qu'il fixe de chaque côté à la paroi abdominale. Dans ces conditions il n'a plus vu ses fils s'éliminer et a constaté que l'utérus se maintenait bien fixé.

M. SABINO-COELHO (de Lisbonne), après avoir été partisan de l'hystéropexie, est revenu à la vagino-fixation. Il a fait avec succès quatre opérations d'hystéropexie abdominale de 1890 à 1894. Il a opéré récemment seize malades par la vagino-fixation selon le procédé du professeur Martin (de Berlin) et aujourd'hui il préfère la vagino-fixation à l'hystéropexie abdominale, parce qu'elle est plus innocente que celle-ci et qu'elle ne laisse pas de cicatrice abdominale. Mais il n'emploie la vagino-fixation que contre les rétrodéviations douloureuses et il ne l'admet qu'après l'échec des moyens de douceur et après s'être assuré entre autres de l'inefficacité du pessaire.

M. MANGIN (de Marseille) n'est guère enchanté de l'opération d'Alexander qui ne lui a donné que des insuccès; de même il repousse l'opération de Nicoletis, qu'il considère comme sans efficacité.

Voici comment il a, actuellement, modifié sa pratique :

« Les succès semblant surtout dus aux opérations plastiques, nous nous en sommes tenu à celles-ci pendant un certain temps. La colporraphie antérieure très large, sur 24 cas, nous a donné 16 guérisons durables, 5 succès partiels, 3 échecs complets. Dans ces derniers cas, le périnée étant refait, le port d'un pessaire a suffi pour faire disparaître les phénomènes douloureux. Dans 2 cas où l'utérus était très volumineux, nous fîmes l'hystéropexie abdominale avec 2 succès. Actuellement, nous employons la colpohystéropexie par le procédé de M. Mackenrodt, combiné aux opérations plastiques : 9 cas nous ont donné 9 guérisons; nous ne fixons que le col et la partie antérieure de l'utérus, jamais le fond, ce qui serait dangereux s'il survenait une grossesse.

Pour les déviations compliquées, il faut chercher à les ramener aux types précédents par un traitement médical patiemment conduit (massage, tamponnements glycérinés, etc.). En cas de métrite concomitante, la guérison de

celle-ci amène parfois celle de la déviation. S'il n'y a pas à craindre de poussée aiguë, on peut faire les opérations plastiques sus-indiquées, et sur 19 cas j'ai, de cette façon, obtenu 10 guérisons complètes, 7 améliorations sérieuses, dans des cas où les annexes trop malades n'avaient pas permis de faire plus qu'un curetage, 2 échecs complets chez des malades guéries ensuite par laparotomie avec hystéropexie. Cette dernière opération m'a donné 3 guérisons sur 9 cas, avec 1 mort; l'hystérectomie vaginale, 2 guérisons sur 2 cas.

Comme procédé accessoire, nous avons enlevé par le cul-de-sac postérieur les annexes prolabées, redressé l'utérus et créé des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, avec 3 succès sur 3 cas. »

M. SCHWARTZ a eu à soigner 150 rétrodéviations utérines. 46 fois il a dû pratiquer la *fixation de l'utérus*. C'est le résultat de ces 46 cas qu'il communique au Congrès. Après en avoir discuté les indications, il termine par l'exposé de son manuel opératoire, que nous sommes heureux de faire connaitre, puisque l'auteur nous dit en avoir retiré d'excellents résultats.

« Après avoir préparé la malade comme pour toute laparotomie, et introduit dans la cavité utérine préalablement curetée une bougie d'Hegar n° 6 ou 7, que nous maintenons à l'aide d'un tampon d'ouate, nous pratiquons, si l'opération nous paraît devoir être simple, une incision de 4 à 5 centimètres au plus; dès que le péritoine est ouvert, deux doigts introduits cherchent le fond de la matrice, explorent en même temps les annexes, tandis qu'un aide redresse doucement l'utérus à l'aide de la bougie intra-utérine. S'il y a des adhérences, elles sont rapidement décollées ou déchirées.

L'utérus redressé est traversé, au niveau de son fond, d'un fil de soie n° 2 ou 3, qui passe au-dessous de l'insertion des deux trompes; l'anse, ainsi formée, nous sert à attirer l'utérus en haut et à passer sans difficulté deux ou trois autres fils de soie au-dessous, en évitant le cul-de-sac vésical et en restant même le plus éloigné que l'on pourra. Si les annexes sont malades, elles sont ignipuncturées, ou réséquées, ou enlevées avant le serrage des fils que l'on passera de chaque côté, dans toute l'épaisseur de la paroi, excepté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; des fils séparés ferment le péritoine, puis les téguments et les plans musculo-aponévrotiques.

Nous avons revu 34 opérées de trois mois à cinq ans et demi après l'opération. Je n'ai eu que 2 récidives, et encore l'une d'elles après un accouchement; d'ailleurs, dans ce cas il n'y a plus de douleurs, 2 opérées souffrent encore après deux ans, malgré le redressement et la fixation.

Trente sont et restent guéries depuis : cinq ans et demi, 1; quatre ans, 1 ; trois ans, 4; dix-huit mois à deux ans, 13; un an, 5; trois à six mois, 6.

Nous n'avons observé que 2 éventrations consécutives, dont une après suppuration d'un fil.

Trois de nos opérées ont accouché à terme.

Deux autres ont été enceintes : chez l'une, la grossesse n'a pu être menée à terme; chez l'autre, la grossesse a continué, mais je n'ai pu revoir l'opérée depuis. »

M. PICHEVIN (de Paris) résume et pose bien la question. « En réalité, dit-il, le traitement des rétrodéviations est complexe et variable. Aucune des méthodes préconisées n'a donné de résultats constamment parfaits. L'opération d'Alexander, combinée aux interventions portant sur l'utérus, le vagin et le périnée, est très bonne dans un grand nombre de cas. J'ai été séduit par la colpo-hystéropexie combinée aux opérations sur le col, le vagin et le périnée. L'opération de Dührssen est plus bénigne et plus facile. Celle de Mackenrodt, avec large décollement vaginal et ouverture du cul-de-sac péritonéal, menace la vessie, mais ouvre une voie plus large à l'exploration. Les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, M. Le Dentu et moi, sont bons, mais les accidents qui ont été signalés en Allemagne, à la suite de l'hystéropexie, nous ont arrêtés depuis un an. Une de nos malades, qui avait subi la colpo-hystéropexie avec ablation unilatérale des annexes, est devenue enceinte. L'accouchement a été difficile et l'enfant est mort pendant le travail. Aussi, jusqu'à plus ample informé, je me propose de ne plus pratiquer la vagino-fixation que chez des malades qui ne sont guère susceptibles d'avoir une grossesse. Tout dernièrement j'ai fait, dans ces conditions, une opération de Dührssen combinée à des interventions sur le col, le vagin et le périnée : c'est cette opération que j'adopterai désormais. Si l'utérus ne vient pas, il vaut mieux abandonner la voie vaginale que d'ouvrir une brèche plus large par l'incision de Mackenrodt. »

D'expériences auxquelles il s'est livré, M. Pichevin tire cette conclusion, peut-être prématurée, que, chez les femmes jeunes, la déviation par elle-même peut entraîner des lésions utérines, et qu'il est nécessaire de mettre l'organe en bonne position, ne fût-ce qu'avec un pessaire, sans parler de l'obligation de traiter la métrite, le relâchement du plancher pelvien, et, au besoin, l'inflammation péri-utérine.

M. CHALEIX-VIVIE (de Bordeaux) déclare, à juste titre, que ce que l'on désigne sous le nom de rétrodéviation est en réalité une lésion complexe.

L'examen d'un grand nombre de femmes ayant subi des traitements opératoires divers pour la rétroversion montre que le succès définitif est réservé seulement à ceux qui combattent, sans en excepter un seul, tous les facteurs de production des phénomènes douloureux et des troubles fonctionnels qui accompagnent la rétroversion. Il faut faire la part de ce qui revient chez les malades aux altérations de l'endomètre, du col et des annexes, et à l'insuffisance des parois vaginales. Le redressement de l'utérus restera, le plus souvent, sans donner aucun soulagement aux opérées, si l'on néglige d'abraser, après dilatation, un endomètre malade, d'amputer un col ectopié et pesant, et de rendre à l'utérus, par la réfection des parois vaginales, sa statique normale.

Dans un très grand nombre de cas, ces opérations, en apparence accessoires, constituent dans le traitement de la rétroversion un temps tout au moins aussi essentiel à la guérison que le redressement de l'utérus.

M. SCHMELTZ (de Nice) nous paraît par trop radical lorsqu'il dit que, selon son expérience, le meilleur procédé de cure radicale du prolapsus utérin consiste dans l'hystérectomie combinée avec la colporraphie et la périnéorraphie. Il fait la colporraphie antérieure par simple incision de la muqueuse et en décollant cette dernière avec le doigt. L'hystérectomie se fait avec des ligatures pour permettre de faire la colporraphie.

Nous doutons que son traitement soit adopté comme traitement usuel des rétrodéviations; **M. JACOBS** (de Bruxelles) nous paraît beaucoup plus être dans le vrai lorsqu'il s'élève contre l'abus des opérations pratiquées dans les cas de déviations utérines, que ce soient des opérations abdominales ou des opérations vaginales. L'hystéropexie abdominale est une opération bénigne en tant qu'acte opératoire. Ses suites tardives peuvent être très dangereuses. Dans quatre cas, l'examen des pièces anatomiques lui a démontré l'existence d'un pédicule, plus ou moins long, formé entre la paroi abdominale et l'utérus. Dans un cinquième cas, la mort était le résultat d'un iléus dû à un pédicule abdomino-utérin.

L'hystéropexie vaginale est dangereuse au point de vue de la grossesse consécutive, parce que l'on a tort de rattacher le corps utérin à la muqueuse vaginale, ce qui rend la mobilité impossible.

Quant à lui, il pratique l'opération en rattachant la paroi utérine antérieure à la partie supérieure du péritoine du cul-de-sac vaginal antérieur. Sur vingt et un cas, M. Jacobs a eu à constater dans la suite quatre grossesses à terme, pas un seul avortement.

Il ne saurait trop insister sur l'importance des accidents tardifs dans des opérations dont la bénignité est prouvée par toutes les statistiques.

A enregistrer la communication de **M. OTTO ENGSTROM** (d'Helsingfors) qui n'intervient chirurgicalement que lorsque les moyens de douceur ont échoué. Voici comment il s'exprime :

« Dans les cas où je suis forcé d'intervenir chirurgicalement pour une rétrodéviation utérine, c'est à la ventrofixation que j'ai recours. Pendant les dix-neuf derniers mois, 3 500 affections gynécologiques ont été traitées par moi ou mon assistant. Durant cette période, nous avons fait 266 laparotomies. Parmi ces opérations, il y a 52 ventro-fixations, dont 18 pour des rétrodéviations mobiles et 34 pour des rétrodéviations fixes, avec ou sans opérations annexielles. Toutes ces opérations ont réussi, sans que nous ayons encore observé de récidive. Une seule suture passe par la paroi abdominale, y compris le péritoine, et par le fond de l'utérus. Cette suture est enlevée au bout de deux semaines. La fixation devient péritonéale et élastique, rendant à l'utérus une mobilité presque normale. »

M. DOYEN (de Reims) traite les cas de rétrodéviations utérines douloureuses par une double intervention :

Raccourcissement de la paroi utérine antérieure et opération d'Alexander.

Son procédé d'hystéropexie par la voie vaginale porte sur l'utérus lui-même.

Le col saisi avec deux pinces à griffes, comme pour l'hystérectomie vaginale, il l'abaisse à la vulve.

L'utérus redressé et abaissé, il incise le cul-de-sac antérieur du vagin, comme dans le second temps de son procédé d'hystérectomie vaginale, il décolle la vessie et ouvre le cul-de-sac antérieur du péritoine.

Il passe immédiatement à ce niveau et transversalement, à l'aide d'un porte-aiguille spécial, un fil de soie dans la couche superficielle du corps de l'utérus. L'autre chef est fixé à la partie inférieure de la portion sus-vaginale du col.

Cette ligature, en raccourcissant la surface extérieure de la paroi utérine antérieure, redresse l'organe, sans incurver le moins du monde la direction du canal cervical.

Il place, au-dessus du premier fil, une ligature de renfort, et referme par un surjet au crin de Florence, dont les deux extrémités sont simplement arrêtées sur un tube de gomme, la plaie vaginale.

Il complète l'opération en raccourcissant de 8 à 10 centimètres, après incision de la paroi antérieure du canal inguinal, les deux ligaments ronds.

A rapprocher de cette méthode opératoire, celle de **M. BYFORD** (de Chicago), qui pratique une incision en forme de T de la paroi antérieure du vagin, sépare les adhérences péritonéales, suture le corps de l'utérus contre le péritoine vésical, raccourcit des ligaments ronds par la voie vaginale et ferme par sutures transversales qui tirent les bouts de l'incision transversale du T dans la ligne médiane. Cette opération de cysto-hystérorraphie lui a donné d'excellents résultats.

DE LA SCARLATINE MALIGNE

GUÉRISON D'UN CAS A FORME NERVEUSE OU ATAXIQUE, DE NATURE FOUDROYANTE, PAR LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE ; APPLICATION DE LA MÉTHODE A SIX AUTRES CAS A MARCHE MOINS RAPIDE (1).

Par le docteur FOURRIER, de Briey (Meurthe-et-Moselle).

Le 8 mai dernier, je me suis trouvé *ex abrupto* en présence d'un cas de scarlatine maligne ataxique, tout à fait foudroyant, devant fatalement entraîner la mort en vingt-quatre heures. Il y avait une angine diphtéritique associée et, au bout de douze heures de maladie, l'enfant, âgé de huit ans, était en pleine agonie. Dix-huit heures après le début du mal, je fis à la cuisse droite une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. J'opérai sur un corps inerte, sans vie et sans aucune réaction; trois heures après le gamin ressuscitait et guérissait complètement, en quelques jours, à l'aide de plusieurs autres injections. Un mois plus tard, sa sœur, âgée de six ans, fut prise à son tour du même mal, mais marchant plus lentement au début, aussi les parents, peu inquiets tout d'abord, ne m'appelèrent-ils que le troisième jour. J'eus recours au même procédé, il était trop tard, le poison de la scarlatine avait fait son œuvre, l'enfant mourut. Le même sort serait arrivé au premier malade, si je ne m'étais hâté d'intervenir, car le sérum aurait été impuissant contre l'intoxication prolongée, résultant de la scarlatine.

J'ai traité de même des angines diphtéritiques accompagnant non plus la scarlatine au début, mais survenant dans la convalescence de cette maladie, c'est-à-dire au bout de huit à dix jours. J'ai toujours réussi, et des cas identiques abandonnés à eux-mêmes se sont terminés par la mort.

Ces diverses observations m'ont permis de tirer de mon travail les trois conclusions suivantes :

1° La diphtérie est le facteur principal qui imprime à la scarlatine maligne son allure grave, en provoquant les accidents cérébraux, surtout au début de cette affection.

2° En luttant d'emblée contre la diphtérie, on triomphe rapidement des phénomènes ataxiques et des accidents divers considérés comme inhérents à la scarlatine elle-même,

(1) Communication faite au Congrès français de médecine, tenu à Nancy.

quitte à compter plus tard avec l'albuminurie et les complications qui peuvent en découler.

3° A toutes les périodes de la scarlatine, une diphtérie concomitante, traitée en temps opportun, ne résiste jamais à l'action du sérum antidiphtérique.

REVUE DE LA PRESSE

Extirpation du lupus. — Dans la séance du 5 juin 1896, à la Société des médecins de Vienne, le professeur Edward Lang constatait, avec plaisir, que la presque totalité des dermatologistes viennois, à l'exemple d'un bon nombre de chirurgiens, pratiquaient eux-mêmes ou faisaient pratiquer l'excision du lupus, cette méthode étant actuellement considérée comme la meilleure.

L'important dans les opérations de ce genre, disait l'auteur de la communication, est de tout enlever pour éviter les récidives; ce résultat est particulièrement difficile à atteindre quand le lupus siège à la face et envahit les orifices naturels, conduit auditif externe, fosses nasales, conduits lacrymaux.

Lang en rapporte un cas très typique :

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de lupus depuis dix ans, chez laquelle son assistant excise une portion des joues, la lèvre supérieure et l'aile gauche du nez, envahis par le lupus, reconstituant tant bien que mal la lèvre supérieure au moyen des greffes de Thiersch et plus tard l'aile du nez au moyen d'un fragment de peau pris à la joue gauche ; or, bien qu'un an se soit passé depuis l'intervention, sans récidive apparente, un doute subsiste sur le caractère définitif du résultat; la jeune fille, en effet, souffre encore d'une affection du conduit lacrymal gauche, qui nécessite un cathétérisme fréquent et qui n'est vraisemblablement qu'une localisation du lupus primitif.

Quand le lupus peut être facilement circonscrit au cours de l'opération, on peut immédiatement recouvrir au moyen de lambeaux de peau pris dans le voisinage ou à distance, comme le fait Thiersch. Sinon il vaut mieux attendre les résultats de l'extirpation, afin d'intervenir plus facilement en cas de récidive et ne pratiquer l'autoplastie qu après s'être assuré de la limitation du processus morbide. C'est du moins ce qui semble résulter des observations rapportées par Lang.

L'essentiel pour juger de la valeur de la méthode, en pareil cas, c'est la constatation de l'absence complète de récidive, longtemps après l'intervention. L'auteur n'a pu le faire que pour trois malades habitant Vienne. Ces trois malades étaient depuis de longues années traités avec régularité pour leur lupus dans les cliniques de la ville ; bien loin d'obtenir une amélioration, ils voyaient chaque jour l'affection gagner du terrain. Opérés en 1893 et 1894, ces malades ne présentent plus aucune trace de lupus. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 24, 1896.)

Pronostic des psychoses puerpérales. — McCuaig affirme qu'aucun pronostic de psychose n'est plus favorable que celui des psychoses qui se manifestent pendant la grossesse ou à la suite de couches. Dans l'asile d'Arkansas, furent reçues, dans l'espace de dix ans, 69 malades de cette catégorie. Parmi elles, 53 restées sans traitement moins de deux ans furent jugées susceptibles de guérir; 32 étaient atteintes de manie, 21 de mélancolie; 28 des premières furent moins d'un an malades et guérirent à l'exception de 6, dont la maladie passa à l'état chronique; les 4 dernières malades l'étaient depuis un an ou deux, une d'entre elles guérit cependant.

Des 21 mélancoliques, 16 étaient malades depuis moins d'un an ; 10 d'entre elles sortirent guéries et 3 améliorées; 3 restèrent dans le même état.

Les 5 mélancoliques qui étaient malades depuis un an ou deux avant leur entrée fournirent 1 guérison, 1 amélioration et 3 chroniques.

Il ressort de ces chiffres que le pronostic est d'autant meilleur que les malades se font soigner plus tôt.

Le nombre des grossesses ayant précédé la maladie ne paraît pas influencer le pronostic du traitement.

L'âge des malades, lors des premières manifestations de la maladie, a plus de valeur : dans la statistique de McCuaig 3 malades âgées de moins de vingt ans furent totalement guéries ; 14 malades, âgées de vingt à vingt-cinq ans, fournirent 1 chronique ; 15, âgées de trente à trente-cinq ans, en fournirent 5 et sur 3 malades ayant dépassé trente-cinq ans, 2 seulement guérirent.

La délivrance, quelque pénible qu'elle soit, ne paraît pas avoir d'action sur la genèse de la maladie.

Les tares héréditaires nerveuses devraient avoir une influence plus marquée ; sur 20 des 53 malades chez lesquelles elle fut notée, elle ne parut pas rendre le pronostic défavorable, puisque 18 sur 20 de ces malades guérirent et que la maladie ne passa à l'état chronique que chez 2 malades. (*Centralbl. f. gynæc.*, n° 25, 1896.)

Troubles de la circulation cérébrale consécutifs à la ligature des artères vertébrales. — Le docteur Roman V. Baracz (Galicie), au cours de recherches sur le traitement de l'épilepsie, par le procédé d'Alexander, a pratiqué 10 ligatures d'artère vertébrale sur six sujets : ligatures simples chez deux malades, ligatures doubles chez deux autres, ligatures doubles combinées à la résection unilatérale du sympathique chez les deux derniers.

L'auteur commence par avouer que le résultat de ces opérations, pratiquées il y a sept ou huit ans, a été complètement nul; un mieux passager, d'une durée de six à huit mois, s'est manifesté dans quelques cas seulement; mais il a eu l'occasion d'observer, chez un jeune épileptique, des troubles de la circulation cérébrale consécutifs à la ligature des artères vertébrales, qu'il était intéressant de relater.

Dans le cas auquel il est fait allusion, Baracz se vit contraint, par suite de difficultés opératoires (cou court et épais, musculature fortement développée, goitre), de pratiquer la ligature des vertébrales successivement en deux fois. Il vit alors se manifester, deux jours après la résection de l'artère vertébrale droite, et seize jours après celle de l'artère du côté gauche, des symptômes cérébraux analogues à ceux que l'on a observés parfois à la suite de la ligature de la carotide primitive : il y eut parésie des deux membres et du facial du côté droit, symptômes qui allèrent en s'atténuant peu à peu et disparurent au bout de deux mois.

Les artères vertébrales devaient être, dans ce cas, bien plus développées que les carotides internes, dit l'auteur, et c'est là ce qui explique les accidents. (La lumière du morceau d'artère réséqué avait le volume d'une plume d'oie environ.)

Baracz rappelle, en terminant, les particularités physiologiques qu'il a notées au cours des résections du sympathique qu'il a pratiquées plusieurs fois à la suite de la ligature des vertébrales. Citons seulement l'accélération des battements du cœur, qu'il a observée à la suite de la prise entre les mors d'une pince d'une des branches du plexus brachial. Malgré le grand intérêt de ces observations, nous ne pouvions que les mentionner ici. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 24.)

PAUL VIOLLET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

1. MM. Noé, Le Feunteun, Viala, Dufour, Barthe, Kérandel, Martin, Lesson, Fichet, Marty.
11. Bourges, Brengues, Lonjarret, Carrère, Marque, Bellile, Couvy, Plomb, Fermond, Petit.
21. Gravot, Le Maoût, Rousseau, Clavet, Pouthiou, Chanaud, Gallet de Santerre, Brochard, Sibiril, Marchenay.
31. Piouffle, Rogé, Grossin, Erdinger, Lucas, Bernard, Augé, Ribot, Imbert, Adam.
41. Lorans, Caboureau, Ledoux, Ayraud et Lenoir.

— Par décision ministérielle, en date du 17 septembre 1896, le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats qui seront admis à l'École du service de santé militaire, à la suite du concours de cette année, a été fixé à la somme de 1062 fr. 52.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 août 1896, une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. le docteur Renaud, médecin en chef de l'hôpital militaire du Kef, à Tunis, en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors de diverses épidémies de variole et de diphtérie qui ont sévi dans la Régence.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bon (de Saint-Hilaire-des-Loges); Converset (de Mirebeau); Henri Géhin (de Lunéville), médecin de la marine, décédé à Madagascar à l'âge de vingt-six ans; Raulin (de Rennes); Reuss et Rogron (de Paris); Rousseau (de La Tremblade) et Truchetet (de Gevrey-Chambertin).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 110. — JEUDI 24 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 24 SEPTEMBRE 1896. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 septembre 1896.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La semaine dernière, l'Académie avait à enregistrer un nouveau deuil. Après Nicaise, après Lagneau, elle vient de perdre, à quelques jours de distance, l'un de ses doyens les plus aimés et l'un de ses membres les plus marquants. Le docteur Rochard vient de mourir à Versailles à l'âge de soixante-seize ans.

Tous ceux qui l'ont connu présidant l'Académie, il y a à peine deux ans, n'oublieront jamais ce charme si pénétrant, cet accueil si ouvert et cette jeunesse si persistante dont quelques hommes de sa génération semblent avoir conservé le secret. M. Rochard était une des figures les plus sympathiques que l'on pût rencontrer. Orateur disert, d'une éloquence affinée, d'une élocution claire, d'un style impeccable, c'était une bonne fortune et un régal exquis que d'entendre un discours de M. Rochard. Improvisateur brillant, il tenait sous le charme de sa parole limpide ses auditeurs attentifs et captivés, et cela simplement, doucement, sans geste, sans élever la voix. C'était le fin diseur, bien fait pour le public d'élite devant lequel les hautes fonctions qu'il a successivement occupées l'avaient amené à prendre la parole.

Mais ce serait insuffisamment connaître le docteur Rochard que de le représenter simplement comme un maître de la parole. Ce n'était là qu'un de ses dons, parmi ceux dont la nature l'avait si généreusement gratifié.

M. Rochard fut un savant, dans toute l'acception du terme. Rien de ce qui touchait à la médecine ne lui est demeuré étranger.

Sorti en 1837, à dix-huit ans, de l'École de médecine navale comme chirurgien de troisième classe, pendant dix ans il navigua, pratiqua la médecine dans nos diverses colonies, travaillant toujours, soutenant sa thèse en 1847, et grâce à ses exceptionnelles qualités, à l'étendue de son savoir, à son opiniâtreté, à son ardente volonté, conquérant un par un tous les grades de la hiérarchie militaire, pour arriver, vingt-huit ans après sa thèse, à la plus haute situation qu'il pût rêver, au poste d'inspecteur général du service de santé de la marine. Et c'est de haute lutte que furent conquis ses galons. Jusqu'au professorat inclusivement, tous furent acquis par le concours. Comment et pourquoi une carrière si brillante fut-elle prématurément interrompue? Pourquoi l'inspectorat général fut-il supprimé et M. Rochard rendu à la vie privée avec la croix de grand-officier comme compensation? Ce sont là des mystères dont la politique actuelle a seule le douloureux secret.

Mis à la retraite, l'activité de M. Rochard n'en fut que plus surexcitée. Délaissant les études chirurgicales et les questions administratives qui, jusqu'ici, l'avaient absorbé, il se donna tout entier à l'hygiène, science dans laquelle il devint rapidement un maître.

Voici le portrait que son collègue, M. Lereboullet, parlant au nom de l'Académie, a tracé sur sa tombe :

« Tandis qu'il occupait ainsi les plus hautes situations que puisse ambitionner un médecin, il profitait de son expérience pour publier une série de travaux sur la chirurgie pratique, le service chirurgical de la flotte en temps de guerre, les soins à donner aux blessés dans les batailles navales et au moment des débarquements; il obtenait un prix à l'Académie de médecine pour un mémoire intitulé : *De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche et le développement de la phtisie pulmonaire*. Il était l'un des collaborateurs les plus autorisés des *Archives de médecine navale*, l'un des chirurgiens les plus consultés de la marine.

Il voulut plus encore. Persuadé qu'il existe une étroite solidarité entre toutes les branches de l'art de guérir, il prétendit démontrer, par la succession et l'enchaînement des faits, que toutes les conquêtes de la chirurgie ont été la conséquence des progrès préalablement accomplis en anatomie, en physiologie, dans les sciences naturelles et même dans les institutions médicales. De cette conception philosophique est né un livre qui restera, l'*Histoire de la chirurgie française au* XIXe *siècle*, ouvrage dont le savoir critique égale la valeur littéraire, et à qui suffirait, aujourd'hui, pour être complété, un chapitre établissant les progrès accomplis depuis l'année 1875 et montrant que la révolution opérée par la découverte de l'antisepsie n'efface en rien les progrès signalés par M. Rochard pour la période qui finit en 1874.

Une œuvre aussi considérable ne pouvait manquer d'appeler sur son auteur l'attention du monde savant. Sa publication valut, en 1877, à M. Rochard le titre de membre de l'Académie de médecine qu'il présida en 1894.

Ses éloges de Chassaignac et de Fonssagrives, ses mémoires sur les épidémies de peste, sur le traitement des

abcès du foie, sur diverses maladies des pays chauds; les innombrables rapports qu'il a présentés au Comité consultatif ou au Conseil d'hygiène sur toutes les questions qui, dans ces quinze dernières années, ont sollicité l'attention des pouvoirs publics, ne sont rien encore auprès des œuvres de vulgarisation qu'il a écrites ou inspirées depuis le jour où il a dû prématurément résigner ses fonctions officielles.

Après avoir été chirurgien, historien de la médecine et administrateur, il se donna à l'hygiène et publia toute une série de monographies et d'ouvrages didactiques, parmi lesquels il convient de citer son *Traité d'hygiène sociale*, l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, et ces livres si bien pensés et si bien écrits qu'il a intitulés : l'*Éducation de nos fils* et l'*Éducation de nos filles*.

Entre temps, l'infatigable savant donnait à la *Revue d'hygiène*, à l'*Union médicale* que dirige son fils, au *Temps*, et surtout à la *Revue des Deux Mondes*, cette série d'articles où l'on ne sait vraiment ce qu'il convient de louer davantage, ou la variété des connaissances et des aptitudes du savant, ou le talent de l'écrivain.

Ancien président de la Société de médecine publique et de l'Association française pour l'avancement des sciences; membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; attaché à toutes les grandes commissions instituées par le ministère de l'Instruction publique ou le ministère du Commerce; membre ou correspondant d'un grand nombre de Sociétés françaises et étrangères, M. Rochard n'avait donc rien perdu à abandonner ses fonctions d'inspecteur général, et la retraite avait été pour lui une occasion de mieux faire connaître le charme que donnait à son commerce une culture scientifique et littéraire aussi étendue que variée. »

M. Rochard fut un homme dont notre pays a le droit d'être fier. C'était le *vir probus* de l'antiquité, ignorant le faste et restant simple et bon au milieu des honneurs et des situations les plus enviées.

Il a transmis d'ailleurs à ses fils ses solides qualités d'esprit et de cœur. Mais pour ne pas nous laisser accuser de trop sacrifier à l'amitié, laissons dire à d'autres ce qu'était chez lui le docteur Rochard.

« Il vivait heureux au milieu des siens. Ce travailleur pour qui les mots : *Science* et *Patrie* résumaient les plus nobles aspirations de l'âme humaine, voyait ses enfants réaliser ses vœux les plus chers. Son fils aîné, après avoir, à son exemple, débuté dans la médecine navale, obtenait au concours les situations les plus enviées et marquait sa place parmi les chirurgiens d'avenir. Son second fils et son gendre occupaient dans l'armée et dans la marine des positions que l'on n'accorde jamais qu'aux hommes chez qui la dignité du caractère égale le savoir et le dévouement professionnels. Sa fille bien-aimée aidait Mme Rochard à adoucir pour lui toutes les amertumes de l'existence, à l'entourer des soins les plus affectueux. C'est cette vie de bonheur intime et de satisfactions morales justement méritées qu'est venu briser le retour d'accidents dus à une ancienne blessure causée par la balle d'un aliéné. Peu à peu, malgré les soins les plus éclairés, malgré l'incessant dévouement de tous les siens, la robuste constitution de M. Rochard s'est altérée et il a vu, sinon sans douleur, du moins sans effroi et sans désespérance, que sa fin était proche. »

Après le discours de M. Lereboullet, l'Académie a entendu la lecture d'un très court rapport de M. Debove sur une communication de M. le docteur Clozier (de Beauvais). M. Debove ne saurait admettre l'opinion de notre confrère, qui attribue les accidents nerveux des gastro-entéropathies à une véritable intoxication produite par les toxines fabriquées dans l'estomac ou l'intestin malade. L'hypothèse de M. Clozier n'est pas, au dire de M. Debove, appuyée sur des faits suffisamment justifiés et il lui semble plus conforme à la réalité d'admettre que les phénomènes observés sont dus simplement à des troubles du système nerveux.

M. Benderewski (de Kiew) lit un travail sur la « percussion auscultée » et sur les applications de cette méthode au diagnostic de la gastroptose et de l'entéroptose.

Puis M. Porak donne lecture de son rapport sur les mémoires déposés pour le prix Capuron. Après quoi l'Académie lève la séance et se forme en comité secret.

LE MEILLEUR MODE DE FERMETURE DE L'ABDOMEN
AU CONGRÈS DE GENÈVE

M. GRANVILLE-BANTOCK (de Londres) lit un curieux rapport sur cette question. Ce chirurgien, dont les succès ne se compteraient pas, est en opposition théoriquement et pratiquement avec toutes les idées reçues, ainsi qu'on peut s'en rendre compte :

« Le but du traitement des plaies résultant de la laparotomie doit être de prévenir les suppurations et la production de hernies. Ces deux objectifs ne constituent qu'un seul et même desideratum, l'un d'eux souvent impliquant l'autre. Une plaie peut toutefois suppurer sur une grande étendue sans que le patient ait de hernie pour cela, ou bien on obtiendra réunion parfaite de la plaie sur toute sa longueur, et la hernie se produira quand même.

Dès l'avènement de l'antisepsie, on a admis que toutes les suppurations sont dues à la pénétration des microbes dans la plaie elle-même ou dans les orifices de ponction des sutures. Lorsque plus tard on apprit que les plaies guérissaient fort bien en l'absence de mesures antiseptiques, l'antisepsie dut céder la place à l'asepsie. Il y a déjà bien longtemps que je considère les bactéries, quelque caractéristiques qu'elles soient, comme l'effet et non comme la cause des conditions pathologiques dans lesquelles on rencontre les microbes dans l'organisme, et je puis dire que la base de ma méthode de traitement des plaies peut se résumer dans ce seul mot : *propreté*.

En effet, *j'attribue la formation d'un abcès dans une plaie ou dans le trajet d'une suture non pas à la pénétration de germes organiques ou de microbes ayant atteint leur complet développement, mais surtout à une application défectueuse des points de sutures* et aussi, mais plus rarement, à l'introduction de substances étrangères entre les lèvres de la plaie.

Lorsque du pus, du sang coagulé ou d'autres débris organiques ont été répandus sur une plaie, il devient difficile de nettoyer complètement la surface de la perte de substance; de petits fragments de corps étrangers y restent toujours attachés : ils irritent les tissus, provoquent la suppuration, et les tentatives prolongées faites dans le but de les éloigner n'ont pour effet que d'augmenter l'irritation de la plaie.

Une suture trop serrée étrangle les tissus et nuit ainsi à leur vitalité : j'affirme que, chaque fois qu'on voit sourdre du pus par l'orifice d'une suture, on peut dire que cette dernière a été trop fortement serrée.

On pourrait m'objecter que le pus qui se forme dans ces conditions contient des microbes qui sont la cause de la suppuration. Je répète que ces microbes sont, à mon avis, inoffensifs et je les considère même comme utiles, attendu qu'ils ne font que balayer la plaie.

Donc, pour assurer la réunion immédiate d'une plaie, il est nécessaire de juxtaposer exactement les surfaces cruentées, d'éviter toute pénétration de corps étrangers entre les lèvres de la perte de substance, de ne pas trop serrer les sutures, et enfin — chose qui actuellement est admise par la généralité des chirurgiens — de se passer de pansements dits antiseptiques, qui ne favorisent en rien le processus de cicatrisation.

Arrivons à la question des procédés de suture des plaies abdominales permettant d'éviter la production d'une hernie consécutive.

A l'exception de quelques cas particuliers, la section médiane convient bien pour la grande majorité des laparotomies. En effet, l'incision de la ligne blanche permet de pénétrer dans la cavité péritonéale sans blesser aucune fibre musculaire. La plaie opératoire doit toujours être aussi petite que possible.

Chez tous les sujets jeunes et sains qui ont les muscles bien développés, une couche de graisse pas trop épaisse, et chez lesquels l'incision a pu être limitée à l'espace compris entre le pubis et l'ombilic, il suffira d'appliquer une simple suture entrecoupée, embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, et traversant la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, l'aponévrose musculaire, le muscle, le feuillet adipeux sous-péritonéal et le péritoine. Sur la lèvre opposée de la plaie elle suivra une direction inverse. A la surface cutanée, les points de suture seront appliqués à une distance d'environ 1 centimètre du bord de la plaie, mais au niveau du péritoine elles ne comprendront qu'un liséré étroit de cette séreuse.

Lorsque le patient est émacié et que ses parois abdominales sont très minces : suture à deux ou trois étages. Je ferme d'abord la cavité péritonéale au moyen d'une suture en surjet au catgut, puis le reste de la plaie est réuni par des points de suture comprenant la peau, l'aponévrose et le muscle. Très rarement, j'applique sur la couche musculo-aponévrotique des points de suture perdue et je ferme la plaie cutanée par un troisième plan de sutures.

Si les parois abdominales contiennent une quantité insolite de graisse, je suture d'abord le péritoine, puis je ferme au moyen d'une seconde ligne de sutures tous les tissus compris entre le péritoine et la peau.

La plupart des chirurgiens contournent l'ombilic dans les cas où il est nécessaire de prolonger au-dessus de cette cicatrice l'incision cutanée. Je le sectionne directement et j'excise ensuite de chaque côté la quantité nécessaire de peau pour obtenir une plaie nette. Dans ce cas, je suture toujours le péritoine à part.

Je me sers exclusivement de crin de Florence pour toutes les sutures cutanées et musculo-aponévrotiques, même pour les sutures perdues. »

Nous avons tenu, à titre de curiosité, à publier ce rapport dans son entier. Les erreurs dont il fourmille en sont une des plus intéressantes attractions.

M. DE LA TORRE (de Rome) examine la suture de l'abdomen au seul point de vue qui préoccupe le chirurgien : nous voulons parler de la *hernie post-opératoire*.

« On doit entendre, sous ce nom, la sortie des viscères à travers une solution de continuité des plans de la paroi abdominale. Le plan qui se trouve le plus ordinairement ouvert est le plan musculo-aponévrotique.

Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois, lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale ; on pratiquait la suture en masse des tissus et on avait fréquemment de la suppuration. Elles le sont moins aujourd'hui depuis que l'on suture l'abdomen d'après la méthode intra-péritonéale ou d'après la méthode extra-péritonéale avec les modifications recommandées par Durante.

Les causes des éventrations peuvent se réunir sous trois chefs : 1° le défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique ; 2° les circonstances qui déterminent la réunion par première intention de ce plan ; 3° les circonstances qui déchirent la cicatrice.

Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de trois facteurs principaux : l'incision, les fils employés et le mode de suture.

Les éléments les plus importants sont l'incision et la suture du plan musculo-aponévrotique, c'est-à-dire l'endroit où l'on doit inciser et comment l'on doit suturer les tissus.

La suture faite sur les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent la cause des hernies ; il n'en est pas de même de celle pratiquée en plein muscle.

La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique, le rapporteur conseille de faire porter l'incision sur la ligne blanche et puis, avant de la suturer, d'enlever les tissus aponévrotiques de la ligne blanche jusqu'aux bords internes des muscles droits et de suturer en réunissant les gaines et la substance muculaire. »

M. DOLÉRIS (de Paris), après avoir reconnu qu'il ne fallait pas trop serrer les sutures (notre collègue attribuerait-il aussi la suppuration à une constriction trop énergique, comme Bantock ?), ne prend la parole que pour relater des expériences entreprises au sujet du choix de la ligne d'incision et aux résultats fournis à l'un des rapporteurs par l'expérimentation sur le chien.

« De semblables expériences, dit-il, avaient été, à ma connaissance, entreprises par M. Cazin, chef de la clinique chirurgicale de la Charité, à Paris, dès 1894-1895, avec l'aide de l'un de mes assistants actuels, M. Isaac.

A l'instigation de ce dernier, j'ai pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche, et j'ai réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait toujours de laparotomies ne nécessitant qu'une courte incision sous-ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Je n'oserais pas dire que la même pratique puisse être toujours suivie, notamment quand il s'agit de sections étendues et quand la paroi abdominale a été distendue et amincie par une tumeur volumineuse ou par des grossesses répétées.

Il y a, au contraire, intérêt à réséquer autant que possible la ligne blanche très élargie dans ces cas. C'est ma pratique habituelle, mais je n'ai jamais de parti pris pratiqué la résection totale de la bande fibreuse, comme le conseille M. de La Torre.

On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance suivie du rapprochement par suture des bords

des muscles droits, la cicatrice tégumentaire. Il semble qu'il doive y avoir une telle exubérance de peau que fatalement il sera difficile d'affronter régulièrement celle-ci sans déformation de la plaie. Un bourrelet se formera sans doute.

En outre, si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, sera faussée et interrompue par une résection de la lame fibreuse, qui ne porterait que sur la partie inférieure de l'abdomen.

La même remarque est à faire pour les cas où l'on serait tenté de supprimer une partie du tégument lui-même sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éventration réelle, ou plutôt de hernie post-opératoire, car on ne fait alors que réséquer la poche cutanée de la hernie, après quoi l'affrontement exact du tégument reste très aisé.

Ce sont là des objections *à priori*, mais qui m'ont toujours conduit à la résection partielle de la ligne blanche, sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits.

Quant à la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure, d'après les expériences pratiquées sur les animaux, dont la statique est si différente de la nôtre. M. de La Torre a suturé sur la région sous-ombilicale; or, cette région de la paroi ne supporte aucun effort chez le chien; la région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts et les effets de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits, chez les animaux, pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, notamment de la résistance d'une pareille suture. »

S'inspirant d'une observation de M. Glénard, qui avait remarqué que l'écartement de la ligne blanche dans son entier dépendait surtout de l'affaiblissement de sa partie sus-pubienne, M. LAROYENNE a arrêté autant que possible, au cours de diverses laparotomies, l'incision de la paroi abdominale à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis.

Il a, d'ailleurs, revu quelques malades, chez lesquelles l'incision avait été faite dans les limites sus-indiquées, soit pour ne pas intéresser la vessie remontant haut dans la région hypogastrique, soit pour éviter précisément des chances d'éventration. Leur paroi abdominale avait bien résisté.

Pour expliquer ce fait, il convient peut-être d'accorder une certaine importance aux muscles pyramidaux ou aux fibres renforcées des grands droits antérieurs tenseurs de la ligne blanche et qui doivent être respectés au niveau de leurs insertions en cette région.

Cette précaution est surtout utile chez les malades qu'un drainage péritonéal a rendues plus susceptibles aux éventrations en ne réalisant pour la paroi abdominale qu'une réunion secondaire.

Cependant, M. Laroyenne a signalé autrefois un procédé qui permettait la réunion immédiate de la paroi abdominale chez ces malades condamnées, de par l'établissement d'un drainage, à une réunion secondaire. Nous voulons parler de la réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente, placés en même temps que le drain et à son niveau, et serrés seulement au moment du retrait de ce drain. Ces fils d'attente métalliques, au nombre de un ou deux, ne doivent traverser que l'aponévrose, la couche musculaire et le péritoine, mais non la peau. Il résulte, en effet, de ses expériences sur le cadavre que le plan cutané compris dans la suture avec l'aponévrose et le péritoine gêne leur réunion.

Enfin, lorsqu'il a été indiqué de marsupialiser une poche kystique, on doit, pour assurer dans l'avenir la solidité de la paroi, ne pas suturer cette poche à un plan quelconque, mais bien à l'aponévrose abdominale et à la ligne blanche.

Grâce à ces diverses précautions, l'orateur croit réduire les chances d'éventration et compenser les inconvénients du drainage et de la marsupialisation.

M. JAYLE (de Paris) donne, en quelques mots, la technique opératoire de son maître, M. Pozzi, dans la fermeture de la paroi abdominale.

Trois règles sont à poser : 1° pratiquer une incision aussi courte que possible; 2° suturer les tissus divisés aussi exactement que l'on peut; 3° pratiquer un large avivement des muscles droits, de façon à les suturer l'un à l'autre en les confondant, pour ainsi dire, en un seul et même muscle.

L'incision peut être très courte, surtout si l'on a soin de pratiquer l'exploration du petit bassin, non avec l'œil, mais avec le doigt. En agissant ainsi, on arrive à ne donner à la très grande majorité des incisions guère plus de 5 à 7 centimètres.

La suture exacte des parois se fait grâce à la suture à trois plans, déjà recommandée par M. Pozzi, en 1887, à la Société de chirurgie : surjet au catgut sur le péritoine, surjet au catgut sur les plans musculo-aponévrotiques, surjet de la peau ou suture intradermique, avec un ou deux points de renfort à la soie, comprenant toute l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose.

Enfin, le large avivement des muscles droits est obtenu de la façon suivante : les gaines aponévrotiques ont été ouvertes dès le début de l'opération et les muscles avivés en quelque sorte; la suture les adosse très facilement et les relie intimement, tout en prenant par-dessus eux l'aponévrose.

La fusion musculaire est complète, comme l'ont montré quelques laparotomies secondaires, au cours desquelles il fallait passer à travers la paroi musculaire ainsi créée.

M. BYFORD (de Chicago) recommande de faire une incision de la paroi abdominale très nette, de contusionner le moins possible les tissus pendant le cours de l'opération et d'accoler enfin les tissus exactement plan par plan, pour obtenir des rapports analogues à ceux qu'ils présentent à l'état normal.

Voici comment M. Byford opère :

« Un certain nombre de sutures sont placées, comprenant le tissu musculaire, les aponévroses et le péritoine, mais, avant de tirer ces fils, j'en place quelques autres à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à 1 centimètre de distance. Les sutures perdues ont été conservées pendant des années chez les opérées, sans donner naissance à aucun trouble. Il faut éviter soigneusement l'infection, car elle peut empêcher la réunion par première intention. Les quelques hernies que j'ai observées ne se sont produites qu'après de longues années et toujours dans un cas où j'avais pratiqué le drainage. »

M. RAPIN (de Genève), a vanté les avantages d'une incision, *incision esthétique*, qui a pour but de laisser sur le ventre des femmes opérées le moins de traces possible d'une opération.

Il fait une incision tranversale, concave en haut, de 6 à 10 centimètres, jusqu'à l'aponévrose. Il dissèque l'aponévrose sur la ligne blanche et fixe le lambeau cutané supérieur avec une suture provisoire un peu au-dessous de l'ombilic. Puis, il fait sur la ligne médiane une incision verticale de 4 à 8 centimètres à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est faite à trois plans de façon à remettre en place les tissus. Il importe d'affronter exactement la peau si l'on veut avoir une cicatrice peu visible. Les fils doivent être enlevés de bonne heure, pour éviter qu'ils laissent des traces longtemps persistantes sur la peau.

M. Rapin a opéré ainsi des femmes sur le ventre desquelles des chirurgiens expérimentés, ne voyant pas de cicatrices, ont même contesté qu'elles eussent été opérées.

M. ALBAN-DORAN (de Londres) pense qu'il faut attendre plus de deux ans avant de pouvoir dire que l'opérée ne sera pas atteinte d'éventration.

Une des causes de la hernie résiderait dans ce fait que le chirurgien comprend souvent un prolongement de péritoine dans sa suture, ce qui constitue le point de départ d'un sac herniaire en même temps que ce fragment interposé empêche la réunion des tissus sous-jacents.

Quand l'éventration est chose faite et que l'on entreprend la cure radicale, c'est la suture à trois étages qu'il faut pratiquer. Il faut alors unir, au moyen d'un solide surjet de catgut, chaque couche prise à part. Quelles que soient la méthode ou l'habileté du chirurgien, l'éventration se produira quelquefois ; le tympanisme est une des causes qui agiraient dans ce sens : aussi devra-t-il être spécialement combattu. Il faut ajouter les imprudences de beaucoup de malades après leur opération et leur négligence à garder leur ceinture.

M. CONDAMIN (de Lyon) propose de pratiquer la suture en lacet de corset dans les cas suivants :

a. Éventration post-opératoire volumineuse, traitée par l'éventrectomie ;

b. Grosse hernie ombilicale, traitée par l'omphalectomie ;

c. Laparotomie sus-ombilicale où l'écartement des bords de la plaie est toujours accentué ;

d. Laparotomie pour péritonite avec distension des anses intestinales gênant la réunion ;

e. Pertes de substance des parois abdominales.

Voici comment se pratique cette suture :

On fait passer une série de points en surjet de haut en bas, traversant toute la couche péritonéo-musculo-aponévrotique comme dans un surjet ordinaire, mais sans serrer les anses au fur et à mesure qu'elles sont passées. De cette façon, on peut faire toute la suture sans risquer d'intéresser l'intestin, ce qui n'arrive pas avec les autres sutures dans lesquelles on cherche la réunion après chaque point passé. Là, en effet, surtout vers l'extrémité inférieure, on voit les anses intestinales venir s'interposer entre les lèvres de la plaie et les derniers fils sont très difficiles à placer. Au contraire, avec la suture lâche en lacet de corset, tous les fils sont passés quand on resserre les anses successivement : on peut jusqu'à la fin interposer entre les anses intestinales et la suture une compresse de gaze pour protéger celles-ci. On ne l'enlèvera qu'à la fin de la striction des dernières anses du fil.

Le surjet lâche, quoique à points rapprochés, étant terminé, on commence de haut en bas à en serrer les anses successives ; le rapprochement des bords de la section commence à s'effectuer et l'on renouvelle cette série de tractions avec un crochet mousse, de haut en bas, par deux à trois fois, jusqu'à ce que l'adossement soit complet : on procède, en somme, comme ont l'habitude de le faire avec les lacets de leurs corsets les femmes un peu chargées d'embonpoint qui, néanmoins, veulent conserver les apparences d'une fine taille.

L'adossement de la masse totale musculo-aponévrotique étant obtenu, on complète la réunion en passant sur les bords de l'aponévrose un fin surjet au catgut, qui aura entre autres avantages celui de refouler les brides musculaires qui font saillie entre les bords aponévrotiques.

C'est avec raison que M. AMANN (de Munich) déclare que la crainte d'une hernie consécutive ne doit jamais déterminer le chirurgien à pratiquer une incision moins étendue que ne le comportent les exigences de l'opération.

La simple suture de tous les plans abdominaux à la fois est solide, mais elle n'affronte pas exactement les diverses couches de tissu divisées par l'incision. La suture à plusieurs étages permet d'éviter cet inconvénient, mais elle donne parfois lieu à l'élimination subséquente des fils employés pour sutures perdues.

Chez les femmes qui n'ont pas d'écartement des muscles droits de l'abdomen, il pratique une incision latérale à travers un de ces muscles et affronte ensuite le muscle avec le muscle, l'aponévrose avec l'aponévrose.

Lorsque l'écartement des muscles existe, l'incision est faite sur la ligne blanche et il sectionne la gaine des deux muscles droits en réséquant parfois une partie de la ligne blanche afin de pouvoir suturer le muscle et l'aponévrose à l'aponévrose (Gersuny). Si l'incision va au delà de l'ombilic, il extirpe ce dernier.

Il a habituellement recours à la suture à plusieurs étages. Depuis quelque temps, il n'emploie plus de sutures à fil perdu pour la réunion des gaines musculaires, mais procède de la façon suivante :

« J'enfonce, dit-il, l'aiguille près de la lèvre droite de la plaie cutanée et je la fais ressortir à travers le péritoine, tout près de son bord, puis je la conduis sous la lèvre opposée de la plaie et lui fais traverser le péritoine, la couche musculaire et l'aponévrose ; je m'arrête ici pour faire avec le même fil une anse de suture comprenant l'aponévrose du côté droit, que j'affronte avec celle du côté opposé, et enfin je fais ressortir l'aiguille par la peau du bord gauche de la plaie. De cette façon, on a une suture en masse avec une anse supplémentaire destinée à réunir les bords de l'aponévrose. La suture est faite au crin de Florence et doit rester en place pendant une vingtaine de jours. »

M. ENGSTRÖM, après différentes pratiques, en est arrivé à suturer le péritoine avec un surjet de catgut, en réunissant à la soie, par points séparés, toute l'épaisseur de la paroi : peau, couche sous-cutanée, aponévroses et muscles.

C'est à peu près la pratique de M. QUEIREL (de Marseille), qui complète l'affrontement par quelques crins de Florence placés superficiellement.

MM. REISS (de Kiew), SABINO-COELHO (de Lisbonne) se déclarent, et non sans raison suivant nous, partisans de la suture à points séparés traversant tous les tissus. Ce seul

plan de suture est en effet très suffisant, pourvu qu'il soit méthodiquement appliqué. Et le mérite des autres procédés consiste uniquement dans leur complexité, grâce à laquelle un plus grand soin est apporté à la suture.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de l'éclampsie puerpérale par des injections intra-veineuses de l'eau salée. — Les injections de sérum artificiel constituent incontestablement un agent thérapeutique des plus efficaces, utilisé avec le plus grand profit dans des conditions pathologiques assez graves, comme l'anémie profonde, l'urémie et dans des maladies qui déterminent un épuisement rapide. D'autre part, il est prouvé que les résultats obtenus par ces injections sont bien plus rapides et plus efficaces, lorsqu'elles sont faites par la voie intra-veineuse et non pas, comme on le pratique ordinairement, par la voie hypodermique.

En partant de ce point de vue, en se basant, d'autre part, sur les affirmations d'un certain nombre d'auteurs et notamment de Bernheim, d'après lequel les injections hypodermiques dans l'éclampsie ne donnent pas de résultats appréciables, Coen eut l'idée de recourir à des injections intra-veineuses dans un cas grave d'éclampsie puerpérale. Après que la malade avait déjà eu vingt accès convulsifs dans l'intervalle desquels elle restait dans un coma profond et continu, il pratiqua deux injections intra-veineuses à l'intervalle d'un jour; la quantité de solution de chlorure de sodium injectée était de 3000 grammes et la concentration du liquide de 0,75 p. 100. Après la première injection, la malade eut encore cinq attaques, mais après la deuxième, les attaques ne se reproduisirent plus. Les phénomènes menaçants diminuèrent rapidement de gravité et, dix jours après, la malade fut parfaitement guérie. (*Ann. di. Ostet. e Ginec.*, n° 6, 1896.)

Un cas de guérison de la maladie d'Addison à la suite de la résection d'un testicule tuberculeux. — On sait qu'un certain nombre d'auteurs considèrent la maladie d'Addison comme résultant de la propagation de la tuberculose du testicule aux glandes surrénales. Dans ce cas, on pourrait supposer que la résection du testicule malade serait suivie de la guérison de la maladie d'Addison. C'est ce qui semble résulter du cas rapporté par Cervellini. Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-deux ans, chez lequel les différents troubles qu'il présentait, et que nous allons rapidement énumérer, remontaient à un an environ. A cette époque, le malade ressentit une faiblesse générale accompagnée de douleurs dans la région épigastrique. Ces deux symptômes s'aggravèrent avec le temps et mirent le malade dans l'impossibilité de travailler. En même temps, survint un autre symptôme bien caractéristique : la coloration brune de la peau. Le malade entra à l'hôpital et là, à part les symptômes déjà indiqués, on constata l'augmentation de volume du foie, un développement considérable de la circulation abdominale cutanée et — c'est là le point important — l'augmentation de volume du testicule gauche.

On décida d'opérer préalablement le malade, de le débarrasser de son testicule, qu'on considérait comme tuberculeux. L'opération fut faite dans de très bonnes conditions, et dix jours après, lorsque la plaie était cicatrisée, on put constater une notable amélioration dans l'état du malade : la tension de l'abdomen, le volume du foie avaient diminué; la coloration de la peau avait également diminué et les taches du visage avaient pour ainsi dire disparu.

Le malade se plaignait seulement de douleurs dans le ventre, localisées spécialement à l'épigastre et provoquées par la palpation. Pour faire disparaître ces symptômes, on eut recours à une forte révulsion, on soumit le malade au régime azoté et on lui administra de l'iodure de potassium.

Le traitement ainsi établi fut continué pendant deux mois. L'état du malade ne faisait que s'améliorer de jour en jour et il put, au bout de ce temps, se livrer de nouveau à ses travaux habituels.

Cervellini l'a revu récemment; son état ne laisse rien à désirer : la pigmentation de la peau a complètement disparu, la nutrition est très satisfaisante et la faiblesse n'existe plus. (*Riforma medica*, n° 15, 1896.) Dr TAFT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 septembre 1896, M. le docteur Cheyron-Lagrèze (de Saint-Claud-sur-le-Loir) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le lundi 26 octobre 1896. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

A. *Régime du 31 juillet* 1893. — Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

B. *Régime du* 20 *juin* 1878. — 1° Les candidats qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

— Un concours pour l'emploi de médecin-adjoint des hospices de Beauvais s'ouvrira, devant la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 4 novembre 1896, à neuf heures du matin.

Le registre des inscriptions sera clos le samedi 24 octobre, à trois heures du soir.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés, pour l'année scolaire 1896-1897, chefs de travaux et de laboratoire :

Travaux pratiques. — MM. les agrégés Hanriot (chimie), Weiss (physique), Rémy (histologie); MM. Brault (anatomie pathologique), Laborde (physiologie). — M. Rondeau est nommé chef-adjoint des travaux pratiques de physiologie.

Laboratoires de recherches et d'enseignement. — MM. les agrégés Chantemesse (anatomie pathologique), Gilbert (thérapeutique et matière médicale), Wurtz (pathologie expérimentale et compa-

rée), Netter (hygiène); MM. Langlois (physiologie), Desgrez (pathologie et thérapeutique générales), Descoust, Ogier et Vibert (médecine légale), Fiquet (chimie biologique), Brissemoret (pharmacologie). — M. Héricourt est nommé chef-adjoint du laboratoire de la chaire de physiologie.

Laboratoires des cliniques. — MM. Springer, Drouin et Suchard (clinique médicale de la Charité), Pilliet et Robin (clinique chirurgicale de la Charité), Berdal (clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu), Achalme et Thiroloix (clinique médicale de la Pitié), Bezançon (clinique chirurgicale de la Pitié), Lion et Winter (clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine), Fabre-Domergue (clinique chirurgicale de l'hôpital Necker), Souques (clinique des maladies du système nerveux), Walich (clinique Baudelocque), Serveaux, Sauvineau, Sumas et Rabaud (clinique des maladies mentales), Sabouraud (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Ledoux-Lebard (clinique des maladies des enfants), Hallé et Chabrié (clinique des maladies des voies urinaires).

Sont nommés chefs-adjoints : MM. Savoire (clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu), Cathelineau (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Mermet (clinique ophtalmologique). — M. Philippe est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux.

— *Stage hospitalier.* — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-1897 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de neuf heures à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-1897, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1896 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1896.

Les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 111. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1896. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La psittacose.

Par M. DESCAZALS, interne des hôpitaux.

DÉFINITION. — Sous le nom de psittacose (de ψίτταχος, perroquet), on désigne une maladie générale, infectieuse, dont la transmission directe de la perruche à l'homme a pu être nettement établie. Le terme souvent employé de pneumonie infectieuse, déterminée par des perruches, semble confondre cette affection spéciale avec certaines formes cliniques de la pneumonie, alors qu'elle mérite une description à part, comme toutes les entités morbides distinctes.

Les traités de pathologie n'en font pas mention, et il nous a paru intéressant d'essayer de combler cette lacune et de décrire une infection qui, bien que rare, n'en éclate pas moins quelquefois sous forme d'épidémies d'une certaine gravité.

I

HISTORIQUE. — Absolument inconnue jusque dans ces dernières années, cette affection a été signalée pour la première fois, en 1892, lors de l'épidémie qui éclata dans les premiers jours du mois de mars de la même année.

Depuis, différentes épidémies de moindre importance ont été observées, et nous-même, nous venons d'en étudier plusieurs cas dans le service du docteur Albert Mathieu à l'hôpital Andral. La relation de cette épidémie a déjà paru dans ce journal.

La première épidémie est relatée tout au long dans un rapport de Dujardin-Beaumetz, au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, le 1er avril 1892.

En voici un court résumé :

En décembre 1891, deux Français, M... et D..., achetèrent à Buenos-Ayres 500 perruches pour les importer en France. Un grand nombre de ces oiseaux mourut pendant la traversée, et il n'en restait plus que 200 environ, à l'arrivée à Paris, le 3 février 1892.

Les perruches furent transportées au n° 42 de la rue Dutot, puis rue Régnier, 44. Là, les deux commerçants se partagèrent les oiseaux survivants. M... laissa son lot rue Dutot, et D... transporta le sien rue de la Roquette, n° 9. De ce fait résultat la création de deux foyers d'épidémie, dont il fut facile de suivre les ramifications déterminées par la vente des perruches infectées.

Pour le foyer épidémique de la rue Dutot, vingt-deux personnes furent atteintes, dont six moururent.

Pour le deuxième foyer de la rue de la Roquette, on nota vingt cas dont huit morts.

A cette première épidémie, il faut ajouter les morts de M. et Mme C... qui avaient acheté une perruche dont on ne put établir la provenance, et celle d'une dame G..., dont l'affection parut avoir été déterminée également par une perruche.

Dujardin-Beaumetz, dans son rapport, conclut à des cas de pneumonie générale infectieuse et nullement [illegible] d'une maladie nouvelle importée, en France, par des perruches.

La même conclusion ressort du travail de M. Gastou, dans le *Bulletin médical* du 30 mars 1892 : les perruches, pour cet auteur, n'auraient qu'un rôle accessoire, elles n'auraient servi que de véhicule en transportant dans leurs plumes des germes pathogènes d'une personne malade à une personne saine.

En 1892, nous trouvons deux nouvelles épidémies signalées dans un rapport de M. Dubief, médecin-inspecteur des épidémies.

Pendant le mois de janvier de cette année, cinq personnes habitant rue de Vaugirard, n° 34, tombèrent malades, et trois moururent. De l'enquête du docteur Dubief, il ressort que ces personnes avaient soigné ou caressé une perruche achetée à un marchand ambulant.

Presque en même temps, rue Legendre, n° 79, les époux B.. furent atteints d'une affection analogue, et succombèrent tous les deux. Ici encore, M. Dubief constata l'achat d'une perruche déja malade et dont la mort survint rapidement.

Enfin, en 1894, M. Rendu put étudier deux nouveaux cas survenus dans la famille V..., habitant rue Saint-Placide.

Une perruche, achetée le 14 octobre, meurt le 6 novembre. M. V... tombe malade, le 7 novembre, et sa belle-sœur, le 11 novembre.

L'histoire de cette dernière épidémie est relatée dans la thèse de M. Morange sur la psittacose (1895), thèse à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts au cours de ce travail.

En même temps que ces différentes épidémies étaient étudiées au point de vue clinique et étiologique, de nombreuses recherches bactériologiques étaient faites.

Citons les travaux de M. Netter; ceux de MM. Gastou et Triboulet, et enfin, en 1892, la découverte de l'agent spécifique par M. le professeur Nocard.

Peter s'occupa de cette affection dans une conférence faite à Necker, le 3 avril 1892. Il l'appela le typhus des perruches; c'était, pour cet auteur, un typhus créé spontanément par des perruches soumises à des conditions générales malsaines et se transmettant à l'homme en conservant ses caractères particuliers.

Rappelons qu'en Allemagne, à peu près à la même époque, Eberth et Wolff ont, chacun de leur côté, décrit une affection spéciale aux perroquets, et qui détruisit un grand nombre de ces animaux importés en Europe. Cette affection, caractérisée par de la tristesse, de l'abattement, de la diarrhée, serait causée par un microcoque spécial dont ces auteurs donnent la description; elle semble se rapprocher beaucoup de celle que l'on a observée en France sur les perruches.

Faisons ressortir de ce rapide exposé historique que si, lors de la première épidémie, le rôle de la perruche comme agent infectant fut méconnu, il n'en fut pas de même par la suite. En 1893, Dujardin-Beaumetz revint sur sa première opinion, et M. Dubief conclut nettement à l'existence d'une infection spéciale, déterminée par une perruche infectée elle-même. Les faits sont là, dit cet auteur, pour montrer que seuls ont été atteints ceux qui ont été en contact direct avec l'animal vivant ou mort.

La question en était là, lorsqu'il nous fut permis d'étudier une épidémie nouvelle qui éclata dans une famille habitant rue Oberkampf. Cinq personnes furent atteintes; trois furent soignées dans le service de M. Albert Mathieu, où l'une d'elles a succombé.

Ici encore, nous avons pu constater l'achat, par la famille, d'une perruche qui ne tarda pas à mourir; elle fut nourrie de bouche à bec pendant un certain temps par la malade qui fut, plus tard, le plus gravement atteinte.

II

Étiologie. — La relation des différentes épidémies que nous venons de rapporter montre, d'une façon manifeste, indéniable, la transmission directe de l'infection de la perruche à l'homme. Dans tous les cas, on a pu constater, comme point de départ de l'infection, la présence d'une ou plusieurs perruches qui, elles-mêmes, furent malades ou succombèrent.

Ce fait est intéressant à noter, car il montre que l'agent infectant est également pathogène pour la perruche et pour l'homme; l'oiseau n'est point réfractaire à la maladie qu'il occasionne, il ne joue pas simplement le rôle d'un véhicule indifférent.

Il n'y a donc pas lieu de redouter le voisinage ou le contact de perruches saines. Disons, à ce propos, que les animaux les plus aptes à recevoir l'infection, sont ceux qui sont nouvellement importés du pays d'origine; le jeune âge les y prédispose également, ainsi que le manque de soins, la mauvaise alimentation et le défaut d'aération.

Voyons maintenant s'il n'existe pas des conditions qui favorisent la transmission à l'homme et rendent ce dernier plus apte à contracter la maladie.

De la plupart des observations, il ressort que le milieu a une grande importance; les familles nombreuses, habitant de petits appartements, mal aérés, dans de mauvaises conditions d'hygiène et de propreté, sont surtout exposées à l'infection. Et cela concorde avec ce que nous savons sur la diffusion des maladies infectieuses en général.

Il est également certain qu'une affection antérieure, un surcroît de travail, une mauvaise alimentation, mettent l'individu dans un état de réceptivité marqué. Ce fait ressort nettement d'un grand nombre d'observations où l'on voit l'affection revêtir un caractère très grave chez certains malades déjà diabétiques, ou présentant des lésions cardiaques ou rénales.

L'âge a-t-il une influence? Il nous paraît permis de répondre négativement, attendu que, parmi les personnes atteintes, on en trouve de tous les âges : dix ans, trente ans, quarante-cinq et même un cas de soixante et un ans.

Le sexe semble également ne jouer aucun rôle, et si la femme paraît être plus frappée que l'homme, cela tient uniquement à ce qu'elle est plus exposée à l'infection par les soins plus minutieux qu'elle donne à ces oiseaux.

Ces différents points étiologiques établis, il importe d'insister sur certaines particularités et sur le mode de contamination.

La maladie de la perruche dure de huit à quinze jours; pendant ce laps de temps, l'oiseau a la diarrhée; il se tient en boule, les plumes hérissées, les ailes tombantes. Il est plongé dans une sorte d'hébétude, de somnolence continuelle.

Or, la plupart des observations montrent que les animaux ainsi atteints ont été gavés de bouche à bec, et, dans ces cas, la maladie a le plus souvent débuté par un accident local. C'est ainsi qu'on a noté un œdème fugace et limité au voisinage de la bouche. Dujardin-Beaumetz constata chez trois de ses malades des plaques diphtéroïdes de la bouche et de la gorge.

Ce gavage de bouche à bec est donc un des modes les plus ordinaires de contamination. Mais souvent aussi, le contact simple de l'oiseau malade doit être incriminé. Ces deux modes d'infection semblent coïncider avec des degrés différents de la maladie. Il est possible, en effet, que l'inoculation à la bouche par le bec de la perruche, détermine le passage d'une quantité plus grande de germes infectieux et que la virulence en soit, par ce fait même, exaltée.

Un point intéressant à déterminer, est de savoir si l'affection peut se transmettre d'homme à homme.

Ce mode d'infection, bien plus rare que le premier, paraît cependant prouvé. Dujardin-Beaumetz en cite plusieurs exemples. Entre autres, le cas du docteur D... qui a soigné des malades atteints lors de l'épidémie de la rue Dutot, et dont la vie fut un moment en danger; Peter rapporte également le cas d'un infirmier qui soignait un malade atteint de psittacose et qui fut lui-même infecté.

L'infection peut se faire également par le séjour dans un milieu rendu infectieux par la présence d'un contage, d'un microbe, émané soit d'un malade, soit d'une perruche, mais sans que la présence de la personne ou de l'oiseau soit nécessaire. Ce fait est prouvé par le cas de cette personne qui tomba malade quelques jours après avoir nettoyé la cage d'une perruche morte de l'infection.

Bien que M. Nocard ait montré que l'infection pouvait également atteindre différents animaux : poule, pigeon, cobaye, lapin, etc., on ne connaît aucun cas où la psittacose

ait été transmise indirectement, à l'homme, par un autre animal que les perruches.

Ainsi donc, trois modes de contamination : par contact direct avec la perruche, par l'intermédiaire d'un objet ou d'un milieu infecté et, enfin, plus rarement, d'homme à homme.

De l'histoire des différentes épidémies de psittacose, il ressort ce fait que, dans la seule épidémie de 1892, l'origine des perruches a pu être nettement établie. Dans les suivantes, les oiseaux avaient été achetés à des marchands ambulants dont il fut impossible de retrouver la trace. M. Dubief, dans ses recherches à ce sujet, a montré, en effet, que les marchands d'oiseaux vendent à vil prix les perruches malades à ces marchands ambulants et évitent ainsi les protestations de l'acheteur.

M. Morange, dans sa thèse, en s'appuyant sur les faits précédents, en arrive à la conclusion suivante : que la psittacose s'est installée par une épidémie bruyante dans un pays jusque-là indemne, et y est restée depuis à l'état endémique.

III

Bactériologie. — Le caractère éminemment infectieux et très spécial de cette affection suscita de nombreuses recherches bactériologiques, en vue d'en découvrir le microbe spécifique. Les premiers travaux ne firent trouver que les agents des infections secondaires, mais ils n'en eurent pas moins une certaine importance, car ils conduisirent à l'hypothèse suivante : la psittacose, maladie microbienne spécifique, prépare le terrain à des infections secondaires. Cette opinion ressort surtout des travaux de M. Netter, publiés par M. Gastou dans le *Bulletin médical* du 30 mars 1892.

M. Gastou, en faisant des recherches dans les excréments des perruches, trouva des bâtonnets allongés et surtout des diplocoques. Ces diplocoques, inoculés à la souris, l'ont fait mourir en quarante-huit heures d'une septicémie caractérisée par la présence dans le sang et dans les organes d'un petit bâtonnet grêle, ayant tous les caractères de forme et de culture du bacille de la septicémie des souris.

Des ailes de perruches, ensemencées dans différents milieux de culture, ont donné de longs bâtonnets, des bacilles grêles et quelques diplocoques ne ressemblant en rien au pneumocoque.

M. Netter fit des cultures et des inoculations aux souris avec le suc des poumons des malades morts de psittacose. Il constata la présence du peumocoque encapsulé de Talamon-Frænkel et du pneumo-bacille de Friedländer.

M. Triboulet, chez des malades du service de M. Rendu, trouva du pneumocoque et des staphylocoques vulgaires dans les crachats et dans les cultures faites avec ces mêmes crachats. L'examen du sang sur lamelles et en cultures ne donna aucun résultat à cet auteur.

Chez deux souris inoculées avec du sang, on trouva chez l'une du coli-bacille, et chez la deuxième un bâtonnet de nature indéterminée et des diplocoques non encapsulés, ne rappelant en rien le pneumocoque de Talamon.

Chez deux autres souris inoculées avec des crachats, on trouva, dans un cas, du coli-bacille et du staphylocoque doré, et dans l'autre du pneumocoque pur.

Au même moment, Peter enseignait que cette nouvelle maladie n'était qu'un typhus récurrent modifié par son passage sur des perruches. Il importait donc de rechercher la présence du spirochœte d'Obermeier. Mais les recherches faites sur le sang et l'urine ne donnèrent aucun résultat.

De tous ces travaux il résulte que le seul microbe pathogène déterminé fut le pneumocoque. Ce ne fut que l'année suivante que le microbe spécifique de la psittacose fut découvert par M. Nocard, qui exposa ses travaux le 24 mars 1893, à la séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. N'ayant pu se procurer de perruches infectées, vivantes ou mortes, M. Nocard fit porter ses recherches sur les ailes des oiseaux importés de Buenos-Ayres et qui moururent pendant la traversée. Il ensemença des parcelles de moelle osseuse, prises sur des humérus intacts, dans divers milieux de culture à l'air et dans le vide. Dès le lendemain, il obtenait dans ces divers milieux ensemencés des cultures abondantes d'un microbe particulier qu'il décrit ainsi : C'est une bactérie courte, assez épaisse, à extrémités arrondies, à la fois aérobie et anaérobie, extrêmement mobile. Cette bactérie se développe rapidement sur la plupart des milieux solides ou liquides utilisés en microbiologie, pourvu que la réaction du milieu soit neutre ou légèrement alcaline. Elle ne prend pas la couleur de Gram, elle ne liquéfie pas la gélatine, ne fait pas fermenter la lactose, ne coagule pas le lait. Elle est pathogène, non seulement pour la perruche, mais encore pour le pigeon, la poule, la souris, le lapin, le cobaye, etc.

Si on l'inocule dans la trachée, dans le péritoine ou dans les veines, tous ces animaux meurent en moins de quarante-huit heures avec des lésions intenses de septicémie hémorragique ; tous les parenchymes sont congestionnés et l'on y retrouve aisément la bactérie spécifique ; elle existe aussi dans le sang, mais en très petite quantité ; néanmoins tous les ensemencements de sang sont fertiles.

Inoculée sous la peau ou dans les muscles, ou mélangée aux aliments, la bactérie produit des effets moins constants ou moins rapides ; parfois encore la mort survient en deux ou trois jours ; le plus souvent, les animaux survivent huit, dix, douze, quinze jours, puis ils meurent très amaigris, avec de la diarrhée profuse ; parfois enfin, mais rarement, ils résistent et se rétablissent lentement. Les lésions provoquées sont toujours celles d'une septicémie hémorragique intense, et tous les viscères renferment la même bactérie.

M. Nocard ajoute qu'on peut provoquer la maladie sans recourir à l'inoculation. C'est ainsi qu'en déposant une dizaine d'ailes sèches de perruches infectées dans la cage d'une perruche saine, cette dernière mourut en moins de vingt jours.

L'expérience commença le 27 mars 1892 ; dès le 12 avril, l'oiseau devint triste, somnolent et mangeait moins bien. Le 14, l'animal, en boule, les plumes hérissées, les ailes tombantes, dormait constamment ; elle avait de la diarrhée et le 15 on la trouva morte. L'autopsie montra des lésions identiques à celles observées chez les animaux inoculés : congestion hémorragique généralisée : foie, rate et reins hypertrophiés et ramollis, renfermant à l'état de pureté la bactérie déjà décrite.

Mais cette bactérie n'a encore pu être retrouvée dans le sang ou dans les organes des malades atteints de psittacose.

IV

Symptomatologie. — Le tableau clinique de la psittacose est souvent fort difficile à différencier nettement de celui de certains états typhoïdes. Cependant, si l'on rencontre

souvent des signes communs à ces affections, du tableau d'ensemble il se dégage un cachet spécial, bien différencié, qui justifie pleinement la description de la psittacose comme une entité morbide.

Incubation. — La durée exacte de l'incubation est bien difficile à déterminer. A quel moment se produit la transmission de l'agent infectieux? A quelle période de son évolution la maladie de la perruche est-elle transmissible à l'homme? Il est difficile de répondre à ces questions d'une façon précise. Cependant, M. Dubief rapporte dans son travail une observation qui paraît concluante.

Le concierge d'une maison où se produisirent cinq cas de psittacose nettoya, le 26 janvier 1893, la cage où était morte la perruche infectée, et conserva quelques heures avec lui le cadavre de l'animal, avant de le jeter. Il n'avait donc été en contact avec l'agent infectieux que pendant quelques heures. Or, le 4 février seulement il tomba malade.

L'incubation fut donc nettement de dix jours. Dans plusieurs observations rapportées par M. Dubief, on voit sept, huit, neuf jours entre la mort de la perruche et les premiers phénomènes indiquant le début de l'affection chez les personnes ayant subi le contact. Mais dans ces faits, pour affirmer la durée exacte de l'incubation, il faudrait savoir à quel moment de la maladie de la perruche s'est faite la transmission à l'homme. Rien, en effet, n'indique que ce soit à la mort de l'oiseau que les chances d'infection sont le plus considérables. Il paraît cependant rationnel d'admettre une durée moyenne de huit à douze jours.

Début. — Le début de l'infection est souvent marqué par des accidents locaux.

Dans nombre d'observations il est noté, en effet, que beaucoup de personnes donnent à manger à leurs perruches de bouche à bec, et surtout alors que l'oiseau, déjà atteint par l'infection, refuse toute nourriture.

Ce sont dans ces cas où l'on a observé, comme premier symptôme, un œdème léger et peu durable limité aux lèvres et aux régions voisines; des plaques diphtéroïdes de la bouche et de la gorge; l'éruption sur les bords et la pointe de la langue de boutons rouges et douloureux; l'apparition d'un endolorissement marqué et d'un gonflement léger de la région sous-maxillaire, coïncidant, dans un cas, avec les signes d'une angine.

Mais souvent aussi ces accidents locaux manquent complètement et le début de l'infection est plus difficile à saisir.

Ce n'est pour ainsi dire jamais un début brusque, bruyant, marqué par des troubles nettement accusés. L'infection s'installe sourdement par des phénomènes assez insignifiants et que le malade ne peut préciser qu'avec peine.

C'est le plus souvent de l'abattement, de la prostration plus ou moins marqués qui ouvrent la scène. Les malades perdent leur gaieté et leur entrain; ils accusent de la céphalée, des douleurs vagues dans le tronc et les membres, une sorte de courbature, parfois assez intense.

Souvent aussi on note des épistaxis et des troubles digestifs : anorexie parfois absolue, vomissements, et le plus souvent une constipation opiniâtre, bien que dans quelques cas, au contraire, on ait observé de la diarrhée.

Quelquefois l'un de ces symptômes prend une intensité remarquable : c'est ainsi que certains malades accusent une céphalée telle que le moindre mouvement leur cause des douleurs horribles et qui, parfois même, leur arrachent des cris.

Dans d'autres cas, les phénomènes pulmonaires semblent prendre la première place, la toux est opiniâtre, la dyspnée intense.

Bientôt ces signes du début s'aggravent et le malade est obligé de s'aliter. Cet état persiste cinq, six ou sept jours pour faire place au tableau symptomatique plus complet de la période d'état.

Période d'état. — L'infection présente alors de nombreuses analogies avec la fièvre typhoïde; nous allons surtout insister sur les points qui peuvent distinguer ces deux états.

Et d'abord la fièvre.

Griesinger a dit que, dans la dothiénentérie, la fièvre dominait la situation et Liebermeister a pu ajouter qu'elle donnait la mesure du pronostic et du traitement. Ces deux principes trouvent également leur application dans la psittacose. Mais doit-on admettre ici les trois stades d'oscillations ascendantes, stationnaires et descendantes décrits par Jaccoud dans la fièvre typhoïde? Or cette régularité parfaite ne paraît pas exister dans l'affection qui nous occupe.

En tous cas, l'invasion fébrile se fait plus franchement et plus rapidement. C'est ainsi que dans plusieurs observations on note 39°8 et même 40 degrés dès le deuxième jour, ce qui suffit à écarter l'idée de dothiénentérie, d'après une des lois établies par Wunderlich.

Pendant la période d'état, la température reste élevée avec de faibles rémissions matinales.

Enfin, lorsque la convalescence approche, la défervescence se fait en deux ou trois jours; les maxima baissent en même temps que les minima; et souvent même les écarts entre les températures du matin et celles du soir deviennent de plus en plus faibles à mesure que la guérison s'affirme.

On n'observe donc pas ici le stade des grandes oscillations qui marquent le déclin de la fièvre typhoïde.

Peter, dans la leçon qu'il fit à propos de la première épidémie de 1892, insista sur la marche spéciale de la température. Il nota, après trois ou quatre jours de fièvre vive, une défervescence brusque avec apyrexie pendant quelques jours; puis une nouvelle ascension de la température, bientôt suivie de la défervescence. Peter faisait de ce point un argument de grande valeur en faveur de sa conception sur la psittacose. Mais nous croyons que cette succession d'accès n'est pas fréquente et que, si on la constate, on doit incriminer quelque nouvelle complication ou la formation d'un nouveau foyer de broncho-pneumonie, plutôt que d'en faire une caractéristique de la maladie, la rapprochant du typhus récurrent, le *relapsing fever* des Anglais.

L'aspect général du malade est bien celui d'un typhique. La stupeur est en effet la note dominante.

Le malade est plongé dans une demi-somnolence, sans souffrances vives. Le délire a été très souvent noté, mais avec des caractères un peu spéciaux qui semblent le rapprocher de ce qu'on a décrit sous le nom de typhomanie. C'est un délire tranquille; le malade assez calme marmotte d'une façon continue, mais répond parfois avec lucidité aux questions qu'on lui pose. Rarement on note une agitation extrême. Dujardin-Beaumetz rapporte cependant un cas de délire furieux qui poussa le malade au suicide.

Nous-même avons observé une malade qui se jetait hors de son lit et qu'on fut obligé de surveiller très attentivement.

Chez un autre de nos malades, au contraire, malgré une fièvre intense, des phénomènes infectieux très accusés et de graves lésions pulmonaires, nous n'avons jamais constaté de délire et le malade a toujours conservé une lucidité d'es-

prit remarquable contrastant avec son aspect extérieur et son air d'hébétude.

Troubles de l'appareil digestif. — L'appétit, diminué dès le début, disparaît complètement lorsque la fièvre s'installe. Ce fait est noté dans toutes les observations et l'anorexie absolue persiste jusqu'au moment où la température redevient normale.

La langue est collante, visqueuse, recouverte d'un enduit épais, très blanche au centre et souvent rouge sur les bords. Elle est large, étalée et rappelle beaucoup plus la langue de la grippe que la langue de la fièvre typhoïde. Elle n'est jamais fendillée, rôtie, fuligineuse, et les lèvres n'ont jamais été vues avec l'enduit croûteux, noirâtre, si fréquent dans la fièvre continue.

Les vomissements, bien que signalés dans quelques cas, sont assez rares. Ils sont, en général, précédés de nausées et n'ont pas de caractères bien spéciaux : ce sont le plus souvent des vomissements alimentaires ou bilieux. Nous les avons notés dans un cas où ils ont même paru marquer le début de l'infection.

Les symptômes intestinaux sont variables.

M. Dubief constata le plus souvent l'existence d'une diarrhée, qu'il considéra comme un phénomène vulgaire de toute maladie infectieuse. Dans le cas de M. Rendu, on trouve notée, au contraire, une constipation opiniâtre qui ne céda qu'à l'emploi prolongé de lavements glycérinés. Nous avons fait la même constatation dans les cas que nous avons observés dans le service de M. Mathieu.

L'exploration de l'abdomen ne fournit aucun renseignement spécial ; quelquefois on constate un endolorissement vague de toute la région, avec un empâtement plus ou moins marqué de la fosse iliaque droite : c'est la sensation du boudin cæcal qui coïncide avec la constipation. Souvent aussi le ventre est ballonné, avec du tympanisme gastrique et intestinal exagéré.

Foie. — Le plus souvent, il est normal comme volume et peu douloureux. La sécrétion biliaire ne paraît pas modifiée : dans les observations, on ne trouve notées ni la présence de pigment biliaire dans l'urine, ni la décoloration des matières fécales, ni une teinte franchement ictérique des téguments ; la peau a plutôt un aspect terreux.

La *rate* est toujours hypertrophiée. Ce phénomène, commun à la plupart des maladies infectieuses, se rencontre constamment dans la psittacose. Son volume est en rapport avec la gravité de l'affection ; rarement il dépasse 12 à 15 centimètres de matité verticale. La région splénique est douloureuse et la rate reprend son volume normal à mesure que se fait la défervescence.

Troubles de l'appareil respiratoire. — Ces troubles prennent ordinairement dans la psittacose une très grande importance. C'est ce fait qui, lors de l'épidémie de 1892, fit confondre cette affection avec la pneumonie infectieuse.

Dès le début, il existe de la toux survenant par accès, s'accompagnant d'une dyspnée plus ou moins intense, augmentant au moindre effort du malade pour s'asseoir ou se retourner dans son lit. Souvent aussi on observe des points thoraciques douloureux, de véritables points de côté, mais très variables dans leur intensité, leur durée et leur localisation. Ils paraissent et disparaissent quelquefois en vingt-quatre heures et ne ressemblent en rien au point de côté fixe et tenace de la pneumonie.

A l'auscultation, on perçoit le plus souvent, dans toute l'étendue des deux poumons, des râles sous-crépitants fins, indiquant un degré marqué d'hyperhémie bronchique, souvent même une bronchite franchement inflammatoire.

Quelquefois on entend des râles fins qui font songer à de la congestion pulmonaire ; mais rapidement ces signes disparaissent ou se montrent en des points différents. Parfois ils envahissent les poumons de proche en proche, ou bien se montrent en des points éloignés.

On ne note dans bien des cas aucune modification dans l'expectoration, ni dans l'état de la sonorité ou des vibrations thoraciques. L'infection elle-même ne cause donc que de l'inflammation bronchique simple ou compliquée, parfois d'un certain degré d'hyperhémie broncho-pulmonaire.

Mais le plus souvent les phénomènes pulmonaires ne se bornent pas à ces seuls signes : il se fait une infection secondaire, indépendante de l'affection elle-même et qui constitue alors de véritables complications. Assez souvent, c'est le pneumocoque qui vient s'implanter sur ce terrain si bien préparé à le recevoir.

L'*appareil circulatoire* ne présente aucun trouble spécial qui ne soit sous la dépendance de l'état fébrile. Les pulsations sont fréquentes et paraissent suivre une marche à peu près parallèle à celle de la température.

L'*urine* présente un certain nombre de modifications communes à la plupart des pyrexies graves. Leur quantité est notablement diminuée ; la densité est augmentée ; leur couleur est foncée et elles renferment beaucoup d'urée et de matières extractives et peu de chlorures. Enfin, dans la majorité des cas, on y trouve de l'albumine en quantité variable.

Etat de la peau ; éruptions. — La peau, comme dans la plupart des pyrexies, est chaude, sèche. Rarement on a constaté des éruptions spéciales. Cependant, dans un cas de M. Rendu, rapporté par M. Morange, on nota de petites élevures rougeâtres sur les côtés de l'abdomen, sur la paroi antérieure des aisselles, sur la face externe des bras et des avant-bras et aux membres inférieurs. Cette éruption était composée de taches isolées, légèrement élevées, disparaissant à la pression au début ; elles devinrent plus tard pétéchiales et disparurent en trois ou quatre jours. Cette éruption ressemblait en somme à l'éruption du typhus exanthématique et, sans les symptômes concomitants, l'erreur eût été facile à commettre.

Cette observation est la seule où se trouve notée une éruption aussi nette, mais on a plusieurs fois observé l'apparition de quelques rares taches d'aspect pétéchial.

Période de déclin. — Quinze à vingt jours après le début de la maladie, quelquefois plus tôt ou plus tard, le malade entre dans la période de déclin. Nous avons déjà dit comment se faisait la défervescence en étudiant la marche de la température au cours de la psittacose.

En même temps que la fièvre diminue, les symptômes s'amendent. Le sommeil reparaît, la céphalée devient de moins en moins intense ; la langue se débarrasse de son enduit blanchâtre ; le malade demande à manger. Il sort peu à peu de cet état d'abattement et de stupeur où il était plongé, il semble s'intéresser plus vivement à ce qui se passe autour de lui et le délire disparaît complètement. Le pouls, moins fréquent, reprend ses caractères normaux, parfois on observe une diurèse abondante et le malade entre enfin dans la période de convalescence.

Convalescence. — Celle-ci est longue et difficile. Le malade, considérablement amaigri et anémié, est dans un état de faiblesse extrême. Il se plaint encore de vagues douleurs

dans les membres; les mouvements sont difficiles et souvent douloureux; parfois il éprouve des vertiges et des palpitations et ce n'est que très lentement que les forces reviennent et que l'embonpoint reparaît. Il est fréquent d'observer des vomissements et quelques troubles digestifs lorsque le malade recommence à s'alimenter; le moindre effort est suivi d'essoufflement et d'une très grande fatigue, et ce n'est qu'après des semaines que le rétablissement est enfin complet.

Pronostic. — Mais il s'en faut de beaucoup que l'affection se termine toujours aussi heureusement. Lorsque l'issue doit être fatale, la température, au lieu de s'abaisser, reste stationnaire; l'état typhoïde s'accentue; le délire est continuel; le malade ne perçoit rien de ce qui se passe autour de lui et il est impossible de lui arracher une réponse. Puis rapidement la mort survient par adynamie et collapsus cardiaque. Mais cette mort causée seulement par l'infection est relativement rare. Le plus souvent, elle est due aux complications et surtout aux complications pulmonaires. Ces dernières prennent alors une intensité extrême; la dyspnée augmente et la mort survient par asphyxie.

Le pronostic dépend donc, en premier lieu, des infections secondaires; assez favorable dans les cas de psittacose pure, il prend une excessive gravité lorsque se surajoutent des phénomènes pulmonaires.

Complications. — Tout ce que nous venons de dire sur la marche et la terminaison de la psittacose montre de quelle utilité peut être la connaissance des complications atteignant l'appareil respiratoire. Ce que l'on observe du côté des autres appareils fait plutôt partie de la description même de la maladie. C'est simplement une question de degré.

C'est ainsi que du côté du système nerveux on a parfois noté un délire violent, une agitation extrême : nous en avons déjà parlé à propos du tableau clinique.

Si l'on rencontre fréquemment de l'albumine dans l'urine, on ne trouve nulle part notée sa persistance après la guérison, ni la production d'une véritable néphrite chronique. Il en est de même pour les lésions cardiaques, qui ne paraissent pas être très fréquentes. Mais il est certain que toutes ces complications peuvent exister dans la psittacose, comme dans toutes les autres infections, et que la rareté des cas observés est la seule cause du silence des auteurs à leur sujet. Il n'en est pas de même des infections secondaires du poumon qui, parfois même, semblent prendre le premier rang.

Rarement on observe le tableau complet de la pneumonie franche aiguë. Le grand frisson initial manque le plus souvent ou bien est remplacé par une série de frissons moins intenses, se renouvelant plusieurs fois, et la lésion évolue à la façon d'une broncho-pneumonie.

C'est d'abord l'apparition de la submatité plus ou moins étendue et existant souvent en plusieurs foyers simultanés soit dans le même poumon, soit dans les deux organes. Rarement on constate une matité absolue comme dans la pneumonie.

Les vibrations sont légèrement exagérées.

A l'auscultation, la respiration est moins pénétrante que normalement; l'expiration devient rude, soufflante et prolongée et revêt souvent le caractère tubaire du souffle pneumonique. On entend des râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue du noyau induré et très rarement des râles crépitants de l'inspiration, comme dans les cas d'hépatisation franche. Ces râles humides sont de grosseur fort variable et sont parfois couverts par de gros ronchus répandus dans tout le poumon. Plusieurs foyers distincts de broncho-pneumonie évoluent souvent en même temps; ils se modifient avec une grande rapidité et donnent immédiatement une allure des plus graves à l'affection.

L'expectoration est parfois légèrement teintée de sang et revêt l'aspect rouillé, rouge brique.

L'état général est sensiblement modifié par l'apparition de ces signes; la température, très élevée, suit la marche des lésions pulmonaires; la dyspnée est intense, les respirations nombreuses, et le plus souvent le malade succombe par le fait de l'adynamie cardiaque et de l'asphyxie due à l'étendue des lésions.

L'épanchement pleural, bien que moins souvent noté, n'est pas rare. C'est ainsi que nous avons pu observer cette complication chez deux de nos malades.

Dans l'un des cas, les signes d'une broncho-pneumonie intense commençaient à s'amender, la fièvre était moins vive, lorsque peu à peu l'expiration revêtit le timbre aigu et plus doux de la pleurésie; en même temps, les vibrations thoraciques disparaissaient et l'égophonie était évidente. Une ponction exploratrice, faite avec la seringue de Pravaz, démontra l'existence d'un liquide parfaitement clair et citrin.

Cet épanchement, qui remontait jusqu'à l'angle de l'omoplate, disparut rapidement après avoir déterminé une nouvelle poussée de température.

Dans le deuxième cas, la présence du liquide avait passé inaperçue et ne fut révélée que par une ponction exploratrice. Il était également clair, citrin, mais en très petite quantité.

L'examen microscopique, fait dans la plupart des cas et par nous chez les malades du service, démontra l'existence du pneumocoque dans les crachats, ainsi que dans le suc retiré des poumons à l'autopsie.

Nous avons insisté sur ce fait à propos de la bactériologie et nous nous bornerons à rappeler ici l'opinion de M. Netter qui est ainsi conçue : la psittacose, maladie microbienne spécifique, prépare le terrain à une infection secondaire causée par le pneumocoque.

Ainsi donc la psittacose est bien une maladie générale, infectieuse, sans localisation déterminée, ne produisant par elle même que de légers troubles pulmonaires, mais ouvrant la porte, comme nous venons de le dire, à des infections secondaires fréquentes.

V

Formes cliniques. — L'étude attentive des divers cas de psittacose observés, permet de décrire plusieurs formes de l'affection, dépendant de l'infection elle-même, du terrain sur lequel elle évolue et de la gravité de l'épidémie.

Forme légère. — Cette forme atteint surtout les personnes qui n'ont pas été en contact direct avec l'animal infecté, ou chez lesquelles la contagion n'a pu se produire que pendant un temps très court.

Le malade éprouve alors de la lassitude, des douleurs vagues, de l'inaptitude au travail; il a de l'anorexie plus ou moins marquée, de la céphalée et parfois une élévation de température variable.

Quelquefois tout se borne à ces quelques phénomènes et il faut l'existence d'une épidémie et un rapprochement étiologique certain pour songer dans ce cas à la psittacose.

D'autres fois, les malades s'alitent; ils ont un peu de bronchite; l'affaissement est plus marqué, la céphalée plus vive; un léger degré d'état typhoïde existe; on peut craindre le développement complet de l'affection, puis tous ces phénomènes disparaissent rapidement et le malade est tout à fait rétabli dans l'espace de quelques jours.

Forme ordinaire. — C'est celle qui nous a servi de type dans la description de cette affection; il est inutile d'y revenir.

Forme adynamique. — Dès le début, on observe un affaissement et un abattement très marqués; la stupeur est profonde et persistante, le délire peu bruyant; le pouls est petit et la mort survient le plus souvent sans qu'il soit possible de tirer le malade de l'hébétude où il est plongé.

Forme nerveuse. — Dans cette forme assez rare, la fièvre est élevée; le malade se plaint d'une céphalalgie intense, de douleurs musculaires parfois très accusées. Le délire s'installe rapidement et prend une intensité remarquable. L'agitation est extrême; le malade est toujours en mouvement dans son lit; il se lève à chaque instant et la surveillance la plus étroite est nécessaire. C'est dans une de ces formes que l'on a noté un cas de suicide et nous-même avons observé une malade que l'on a été obligé d'attacher. Puis, peu à peu, les symptômes d'infection s'aggravent; l'agitation et le délire se calment et la forme adynamique succède à cette forme que l'on pourrait appeler ataxique. La mort est la terminaison la plus habituelle dans ce cas.

Forme pulmonaire. — C'est une des plus fréquentes. Elle ne paraît dépendre d'aucune condition étiologique et s'installe d'emblée ou bien vient compliquer l'affection à une période quelconque de son évolution.

Dans le premier cas, on note, en même temps que les signes du début, de la toux, de la dyspnée et souvent aussi un point de côté. Puis pendant toute la durée de la maladie, les phénomènes pulmonaires occupent la première place et l'examen révèle des foyers disséminés de broncho-pneumonie. La marche de la température est fortement influencée par le développement de ces infections secondaires et subit une ascension à chaque nouveau foyer. Cette forme est d'une gravité extrême, mais il y a cependant des exemples de guérison avec des phénomènes pulmonaires très intenses.

Formes suivant l'âge. — Il est aisé de comprendre que l'allure de l'affection sera fort différente, si elle atteint un sujet jeune, vigoureux, ou bien un sujet âgé. Dans ce dernier cas, si la réaction est moins vive, la résistance est, par contre, fortement diminuée. Le système circulatoire est plus ou moins altéré par des lésions de myocardite ou d'artério-sclérose déjà existantes; le cœur deviendra rapidement inférieur à sa tâche, et l'affection se compliquera des troubles si graves d'une circulation et d'une tension artérielle insuffisantes. Ces formes pourraient être multipliées à l'infini, mais cela sans aucune utilité pratique.

Disons cependant encore que la marche de l'infection sera grandement influencée par l'état de santé antérieur du sujet. C'est ainsi que l'on a observé quelques cas d'une gravité exceptionnelle chez des malades déjà atteints de diabète ou d'une lésion cardiaque avancée.

Faisons remarquer encore que la coexistence d'une autre épidémie imprimera un cachet spécial à l'affection, et que les formes pulmonaires seront les plus fréquentes au cours d'une épidémie de grippe ou d'influenza.

VI

Diagnostic. — D'après ce que nous avons dit à propos de la symptomatologie, la *fièvre typhoïde* est une des affections avec lesquelles on peut le plus facilement confondre la psittacose.

Nous avons déjà insisté sur le mode de début, différent dans les deux cas, et sur les modifications de la courbe thermique.

Les troubles abdominaux fournissent également de précieuses indications. Dans la psittacose, on n'observe, le plus souvent, ni gargouillement dans la fosse iliaque droite, ni diarrhée. De plus, lorsque cette dernière existe, elle n'a point les caractères si particuliers de la diarrhée de la dothiénentérie: la couleur, l'odeur et la ténacité.

Un autre signe de présomption en faveur de la psittacose est la précocité et l'intensité des troubles pulmonaires. Il est vrai qu'ils prennent quelquefois une importance très grande dans la fièvre typhoïde et peuvent égarer le diagnostic. Mais ce n'est pas la règle, et si les différences que nous venons de passer en revue se trouvent réunies, on aura de fortes présomptions pour écarter l'idée de la fièvre continue.

Notons enfin, comme dernier point de repère, l'exanthème typhique qui n'a aucun point de ressemblance avec l'éruption notée dans un seul cas de psittacose.

Une fois l'hypothèse de fièvre typhoïde rejetée, il faut rechercher si d'autres affections ne cadrent pas d'une façon plus complète avec les symptômes observés.

La *grippe* offre de nombreux points de ressemblance avec la psittacose: comme elle, c'est une maladie générale et infectieuse, s'annonçant par des phénomènes presque identiques. Dès le début, la céphalée est excessive, la courbature généralisée; mais dans la grippe, le catarrhe oculo-nasal est un des symptômes les plus constants, comme au début de la rougeole, tandis qu'il manque le plus souvent dans la psittacose. Dans la grippe, les déterminations trachéales sont la règle et s'accompagnent de quintes de toux incessantes, sans expectoration notable; l'auscultation est muette ou peu s'en faut (Rendu). Dans la psittacose, l'évolution est beaucoup plus lente, la convalescence est longue à s'installer et le plus souvent difficile.

Mais s'il est possible de distinguer la psittacose d'une grippe à marche régulière, le diagnostic devient fort difficile et quelquefois impossible si cette dernière présente certaines complications broncho-pulmonaires.

Dans ces cas, l'étude clinique et l'évolution ne suffiront plus à éviter la confusion, il faudra remonter à l'origine de l'affection, et le diagnostic ne se fera que par des recherches étiologiques approfondies.

Certaines formes de pneumonies congestives, rangées souvent sous la dénomination de congestions actives, peuvent quelquefois en imposer pour une psittacose. Dans ces cas, en effet, les signes physiques sont très peu accusés, fugaces ou ne s'accentuent que tardivement.

Ils n'apparaissent souvent qu'après une période prodromique pendant laquelle on note de la prostration et parfois quelques troubles intestinaux, puis apparaissent un point de côté, de la dyspnée avec fréquence de la respiration, et l'auscultation ne révèle que quelques râles sous-crépitants, ou de la faiblesse de la respiration.

Il est certain que, dans ces cas, également, la notion étiologique aura une importance de premier ordre.

Rarement, on aura à discuter le diagnostic psittacose avec

le *typhus exanthématique*. Un cas de M. Rendu aurait cependant pu prêter à la confusion, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Mais le typhus avec son début brusque, sa fièvre avec faibles rémissions, son éruption caractéristique survenant le cinquième ou le sixième jour, sa défervescence rapide, ne présente que bien peu d'analogies avec la psittacose. Mentionnons aussi la turgescence et la rougeur sombre de la face, l'injection des conjonctives, assez régulièrement observées dans le typhus.

Le *typhus récurrent* ne pourra que très rarement faire errer le diagnostic. Cette affection, inconnue en France, se rencontre surtout dans les pays du Nord, et principalement en Irlande; elle débute brusquement avec frissons et fièvre; la langue reste humide; on note des douleurs dans les membres, de l'insomnie et souvent un délire accentué. Puis au bout de cinq ou six jours, il survient une crise avec transpiration et diurèse abondante; après quelques jours d'apyrexie complète, il se fait une rechute reproduisant la premiere atteinte, et on observe quelquefois deux ou trois rechutes semblables. De plus, en cas de marche tout à fait anormale, l'examen du sang révèle la présence du spirochœte d'Obermaier, agent spécifique de la fièvre récurrente.

Peter lui-même, tout en identifiant les deux maladies, reconnaissait entre elles des différences, mais il les attribuait à la provenance de l'agent spécifique et à son passage dans un organisme différent du nôtre, la perruche.

Rappelons seulement pour mémoire que le début de la psittacose par des plaques diphtéroïdes de la gorge a pu, dans quelques cas, faire songer à de la diphtérie. Mais l'examen bactériologique a vite fait d'écarter les doutes.

Ainsi donc, le diagnostic de la psittacose peut être fait dans la plupart des cas en se basant uniquement sur les allures cliniques de la maladie.

Mais, dans certaines circonstances, ce diagnostic peut être rendu fort difficile, soit par la coïncidence d'une autre affection épidémique, soit par certaines formes anormales de la maladie qui la font ressembler plus étroitement à une autre infection.

C'est alors qu'il faudra se livrer à une véritable enquête étiologique, on s'efforcera de préciser les circonstances qui en ont marqué le début. On recherchera si les malades n'ont pas été en relations avec d'autres personnes atteintes d'une affection à peu près semblable, et ce n'est souvent qu'après de minutieuses investigations et après avoir laissé errer le diagnostic pendant quelques jours, que l'on sera mis sur la voie du vrai diagnostic. Ce que nous avons dit à propos de la dissémination de la psittacose, justifie suffisamment ces patientes recherches. Car s'il est vrai que souvent les malades ont été en rapport immédiat avec une perruche malade, il existe de nombreux cas où la contagion a eu lieu indirectement par un milieu ou un objet infecté, ou encore par une autre personne. Ces circonstances sont souvent même ignorées des malades, ce qui rend la solution du problème encore plus épineuse.

Il ne faudra pas non plus être trop exclusif, et conclure à la psittacose dans certains cas où l'existence d'une perruche dans la maison et quelques circonstances spéciales font songer à la possibilité de cette affection. Il ne faut pas oublier, en effet, que les oiseaux malades peuvent seuls transmettre la psittacose. On mettra donc l'animal en observation pendant plusieurs jours, et l'on notera les différents symptômes que nous avons déjà décrits : tristesse, abattement, manque d'appétit, diarrhée et surtout l'attitude si spéciale dans laquelle la perruche est immobile, les ailes tombantes et les plumes hérissées. Toutes ces précautions sont nécessaires, car ignorant la durée de l'incubation de la maladie chez les perruches, nous ne pouvons affirmer qu'un oiseau, actuellement bien portant, n'a pas pu déjà être une cause d'infection. Mais ces cas sont les plus rares, et le plus souvent un diagnostic exact est possible si l'on ne néglige aucun mode d'information.

Il importe d'arriver à une certitude le plus rapidement possible, non seulement pour instituer le traitement, mais surtout pour prendre des mesures prophylactiques.

VII

Ttaitement. — Comme dans toute infection, on se préoccupera d'instituer une thérapeutique pathogénique et une thérapeutique symptomatique.

La thérapeutique pathogénique des infections comprend deux grandes indications : elle sera d'abord prophylactique et ensuite curative, se proposant de lutter contre l'agent infectieux avant et après son entrée dans l'organisme.

C'est dans ce but que l'on se hâtera de supprimer la cause de la contagion. Mais il ne suffit pas, pour cela, de faire disparaître l'oiseau, il faudra nettoyer et désinfecter la cage où il était renfermé, ainsi que l'appartement où il vivait.

Si une personne est atteinte dans une famille, on prescrira les règles d'une hygiène aussi parfaite que possible : aération, propreté, désinfection de tout ce qui a pu toucher le malade. On préviendra les divers membres de la famille du danger de la contagion, on insistera sur la nécessité d'un isolement aussi complet que possible.

Au cours d'une épidémie, il serait bon d'avertir les possesseurs de perruches, toutes les fois que cela se pourra, de la nécessité de surveiller attentivement la santé de ces oiseaux, et de s'abstenir de contacts trop fréquents avec ces oiseaux, comme par exemple de les nourrir de bouche à bec; nous avons déjà vu combien cette coutume était souvent la cause de l'infection. Mais lorsque la maladie est déclarée, nous n'avons pas ici de médicaments spécifiques pour lutter directement contre l'agent de l'infection, comme par exemple la quinine dans l'impaludisme.

Peut-être un jour serons-nous mieux armés; mais en attendant, il faut avoir recours à la thérapeutique symptomatique et se baser sur les indications qui découlent de ce que l'on sait sur les maladies infectieuses en général.

Le malade sera mis au régime lacté exclusif pendant la période de pyrexie et surtout si l'on constate des lésions rénales.

On surveillera soigneusement l'intégrité des émonctoires.

Cette indication est en partie remplie du côté du rein par le régime lacté.

On facilitera les éliminations intestinales, en cas de constipation, par des purgatifs salins, qui sont de beaucoup les meilleurs antiseptiques de l'intestin; ils chassent au dehors les matières fermentescibles avec les ferments et les microbes qui les accompagnent et excitent en même temps les sécrétions éliminatrices du foie et de l'intestin.

Lorsque la température sera élevée, lorsque, en même temps, les complications pulmonaires auront pris une grande importance, on se trouvera fort bien de l'emploi des lotions et des bains froids, ou tout au moins d'enveloppements thoraciques. Ces derniers sont indiqués lorsque l'état

général sera encore assez bon, et que les phénomènes pulmonaires n'auront qu'une intensité moyenne. Ils abaissent légèrement la température et font une réaction utile pour rétablir les fonctions cutanées; ils agissent sans doute en même temps comme révulsifs pulmonaires.

Mais si l'on a affaire à un cas d'une certaine gravité, il ne faut pas hésiter à baigner le malade.

La température est notablement abaissée après le bain, l'état général est sensiblement amélioré, et la plupart des malades trouvent dans cette méthode un soulagement tel qu'ils réclament d'eux-mêmes qu'on les remette dans la baignoire. Les phénomènes pulmonaires, s'ils sont intenses, loin d'être une contre-indication, sont, au contraire, une raison de plus d'intervenir.

Les bains peuvent être donnés à une température assez élevée, 25 degrés par exemple, et refroidis progressivement; ou bien être maintenus à 20 ou 22 degrés. Ils auront une durée moyenne de dix minutes, qui pourra du reste varier suivant l'état du malade et sa façon de les supporter.

La température rectale sera prise toutes les trois heures, et on donnera un bain toutes les fois que le thermomètre marquera plus de 38°5. On surveillera attentivement le malade, surtout pendant les premiers bains; l'état du cœur devra être le sujet d'un examen sérieux. On pourra, pendant la durée du bain, faire sur la tête du malade, des aspersions froides à une ou deux reprises différentes.

L'état de la circulation sera souvent examiné, et on s'efforcera d'en maintenir l'intégrité.

Les lotions et les bains froids concourent également à ce but; on donnera de l'alcool, de la caféine, et, si le cœur faiblissait, on aurait recours à la spartéine ou à la digitale.

Enfin, dans les cas inquiétants marqués par de l'adynamie, une prostration extrême et une insuffisance marquée de la fibre cardiaque, on emploiera avec succès des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel. Les injections sous-cutanées peuvent être renouvelées tous les jours et à la dose moyenne de 500 grammes. Mais dans les cas extrêmes, on peut en injecter une quantité beaucoup plus grande en allant avec une grande lenteur. Enfin, en cas d'agitation extrême et de délire violent, on s'efforcera de calmer le malade par l'emploi du chloral.

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE

AU CONGRÈS DE GENÈVE

I

La section d'obstétrique avait mis à l'ordre du jour cette question, dont la solution est d'un grand intérêt pratique. Nombre d'orateurs, de différents pays, ont pris la parole sur ce sujet. Nous citerons d'abord le rapport de M. CHARPENTIER, dont les conclusions montrent bien quelle est la thérapeutique habituellement adoptée en France.

« 1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, à prescrire le régime lacté.

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3° Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, les phénomènes de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant est vivant : par une céphalotomie, une basiotripsie, une cranioclasie si l'enfant est mort.

7° Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dilatabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot comme une ressource ultime en un cas désespéré. »

M. HALBERTSMA (d'Utrecht) ne veut envisager, dans son rapport, que la question suivante : « A la fin de la grossesse ou au commencement du travail, faut-il attendre ou provoquer l'accouchement? »

Pour ces cas, il sera d'ordinaire indiqué que l'accoucheur intervienne activement :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès convulsifs.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme par exemple lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'on ait affaire, chez une personne âgée, à une grossesse multiple, à un rétrécissement du bassin.

Il faut déconseiller de différer l'intervention active, jusqu'à ce que le pouls soit devenu fréquent et faible, mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse, l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail, il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

M. L. MANGIAGALLI pose en première conclusion que le lait est le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

Le traitement médical classique est purement symptomatique. C'est l'unique traitement possible permettant d'attendre les conditions favorables à l'intervention obstétricale. Quant à la saignée combinée avec de larges injections de sérum, c'est là certainement un traitement rationnel, mais dont les résultats, quoique très encourageants, sont encore bien nouveaux.

L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important de l'éclampsie, mais il faut tenir compte d'un côté de la gravité du cas, de l'autre des dangers de l'intervention.

Dans l'éclampsie *intra partum*, c'est une bonne règle de terminer l'accouchement quand les conditions le permettent et de préparer les voies au moyen d'incisions multiples du col de l'utérus, quand celui-ci est effacé et quand la dilatation n'est pas suffisante.

Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse : provocation de l'accouchement moyennant la rupture des membranes, usage de la morphine, du chloral ou du *veratrum viride* à fortes doses, qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie, jusqu'à ce qu'il y ait les conditions indiquées ci-dessus. Si le cas est grave, le danger menaçant, et que, malgré la rupture des membranes associée aux moyens indiqués, on ne peut espérer temporiser jusqu'à l'effacement du col, la dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli, la dilatation forcée peut, à son avis, trouver une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes selon Dührssen. Dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ramolli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée, l'opération césarienne peut avoir sa justification, tout spécialement quand le fœtus est à terme et vivant.

Toute intervention doit être faite dans la narcose chloroformique profonde.

M. JOHN W. BYERS (de Belfast) fait tout d'abord remarquer que, pour ce qui est de l'étiologie et de la pathogénie de l'éclampsie, un changement d'opinion s'est opéré chez les médecins anglais, sur deux points en particulier. Ils ne croient plus maintenant que les convulsions soient toujours dues à une maladie des reins, et ils attachent actuellement beaucoup plus d'importance à l'influence du fœtus comme cause des convulsions.

L'hypothèse la plus probable est que les convulsions sont causées par un poison élaboré par l'organisme de la mère et par celui du fœtus, et qui, dans l'état normal des organes excréteurs, est, s'il n'est pas trop abondant, éliminé sans produire d'accidents. Lorsque ces organes sont surchargés, et que, par suite des efforts du travail, le rein est surchargé, le poison n'est pas éliminé et son accumulation agit sur les centres nerveux; le même accident peut se produire si les fonctions des organes éliminateurs sont gênées, comme dans la constipation, ou lorsque le rein se trouve dans l'état que Leyden a décrit comme étant spécial à la grossesse, ou encore lorsque le rein et le foie présentent une dégénérescence parenchymateuse, causée peut-être par la circulation du poison dans leurs tissus.

Quant au traitement de l'accès, M. Byers préconise la morphine en injections hypodermiques. Il faut faire coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et dans les poumons. Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

Pour débarrasser la malade du poison qui cause les convulsions, on peut avoir recours aux purgations, aux bains chauds, à la chaleur autour de la malade, et abstinence de liquide.

Le traitement obstétrical doit être conduit de la façon suivante :

Si le travail n'est pas commencé, il faut traiter les convulsions, tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail est commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

Le traitement prophylactique comprend le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds.

D'après M. VEIT (de Leyde), il n'y a pas un traitement unique de l'éclampsie, et même, tant que la pathologie de l'éclampsie ne sera pas mieux connue, il n'y aura pas de traitement rationnel; il est plus que probable que la maladie reconnaît différentes causes.

Ce qui lui paraît donner les meilleurs résultats, c'est le traitement mixte : accélérer prudemment le travail, rompre les membranes, accoucher la malade après dilatation complète des parties molles, administrer de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès, éviter l'administration par la bouche des remèdes aux malades inconscientes, produire la diaphorèse par des moyens extérieurs.

Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse par elle-même, qu'il faille recommander d'une manière absolue des opérations exigeant une main particulièrement habile.

Dans des cas exceptionnels seulement, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie. (*A suivre.*)

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours de 1896.

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à ladite Ecole.

1. MM. Magnoux, Hurel, May, Ser, Léard, Grillat, Marcombes, Schnaebelé, Forget, Bablon.

11. Perrot, Badie, Mailhetard, Gruié, Guericolas, Spick, Picqué, Legendre, Dupuich, Gimazane.

21. Demard, Randon, Muller, Perié, Léothaud, Casse, Weitzel, Coste, Sénat, Jeandidier.

31. Brunetière, Villa, Henry, Pierre, Poirée, Romieu, Morvan, Garnaud, Sylvestre, Duguet.

41. Tellier, Roques, Antoine, Talon, Talabère, Massip, Saint-Martin, Bobard, Moisseney, Gaubert.

51. Lévy, Domage, Do, Boulin, Niéger, Anthony, Molard, Taillade, Nurdin, Laurens de Lacenne.

61. Loubet et Lajoanio.

Les 31 premiers candidats admis devront se présenter à l'École, le 26 octobre, à huit heures du matin, et les autres, à deux heures du soir, le même jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une exposition internationale d'hygiène, d'alimentation et d'art industriel aura lieu à Lille, en mars et avril prochain, sous les auspices de la municipalité, qui a mis le palais Rameau à la disposition du comité organisateur.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Stations hivernales, Nice, Cannes, Menton, etc. — Billets d'aller et retour collectifs valables* 30 *jours*. — Il est délivré, du 15 octobre au 30 avril, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs, de 1re, 2e et 3e classes, pour les stations hivernales suivantes : Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, c'est-à-dire que les trois premières personnes paient le plein tarif, et que la quatrième et les suivantes paient le demi-tarif seulement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

PAR LA MÉDICATION THYROÏDIENNE

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin de l'hôpital Andral.

Le traitement hygiénique de l'obésité est réellement pénible; il faut pour le mener à bien une force de volonté très grande et une rare persévérance. Aussi, de tout temps, les malades et les médecins ont-ils cherché des médicaments capables de faire maigrir sans modification au régime, sans exercice intensif d'entraînement. Beaucoup de prétendus spécifiques ont été successivement proposés; ils ont parcouru une carrière plus ou moins brillante, puis tous ont fini par être à peu près complètement abandonnés, soit parce qu'ils ne donnaient pas les résultats espérés, soit parce que, malgré leur action fondante, leurs inconvénients étaient trop marqués. Aussi, dans ces dernières années, le traitement hygiénique était-il le seul qui fût exposé dans les traités de thérapeutique; le traitement médicamenteux n'y était indiqué qu'en seconde ligne.

Aurait-on trouvé dans la médication thyroïdienne le spécifique si longtemps cherché? C'est ce que nous nous proposons d'examiner dans la présente étude. Tout récemment, un de nos collaborateurs, M. Maurice Faure, a fait, dans une Revue générale, une étude d'ensemble sur le rôle du corps thyroïde en thérapeutique (1). Nos lecteurs ont pu en apprécier la sobriété et la clarté. La place lui manquait pour traiter à fond chacun des chapitres de cette importante question, et ce ne sera pas faire double emploi que de reprendre avec plus de détails le traitement thyroïdien de l'obésité.

L'idée de donner des préparations thyroïdiennes aux obèses était bien naturelle, et il ne faut pas s'étonner si plusieurs médecins l'ont eue indépendamment les uns des autres. En effet, certaines obésités ne sont pas sans une assez grande analogie avec le myxœdème, et, d'autre part, on fut amené à constater un amaigrissement très marqué chez les personnes qui faisaient usage des préparations thyroïdiennes, alors qu'on ne cherchait nullement à obtenir chez eux la réduction d'un embonpoint excessif.

(1) M. FAURE. *Gaz. des hôpit.*, 8 août 1896.

Ce seraient les médecins américains qui auraient les premiers employé cette médication. Vinrent ensuite les essais de Leichtenstern, d'Ewald et d'autres, en Allemagne; de Charrin et de Rendu, en France.

Les résultats obtenus ont été d'autant plus favorablement accueillis, qu'il n'avait été nullement besoin de soumettre les malades à un régime spécial; ils continuaient à se nourrir et à vivre, pendant le traitement, de la même façon qu'auparavant.

Leichtenstern (1) et Wendelstaed ont obtenu des résultats favorables dans 22 cas sur 25. Ewald a noté une perte moyenne de 4 à 5 kilogrammes en six semaines; une fois même de 10 kilogrammes (2).

Schlesinger a rapporté au Club médical de Vienne (3) les résultats obtenus à la clinique de Schrœter. Une infirmière du poids de 120 kilogrammes fit usage des tablettes anglaises d'une façon presque continue pendant treize mois. Son poids tomba à 88 kilogrammes, ce qui représente une diminution de 32 kilogrammes. Elle n'avait rien changé à son régime et avait continué à faire son service ordinaire. Une malade, également citée par Schlesinger, perdit 9 kilogrammes en deux semaines; c'est là un amaigrissement trop rapide, qui montre bien que l'on doit surveiller le traitement des obèses et ne pas les abandonner à leur propre inspiration.

Avec la thyroïodine de Baumann, même succès qu'avec les tablettes anglaises. Une femme, dont Grawitz a rapporté l'observation, perdit 3 kilogrammes en huit jours sous l'influence d'une dose quotidienne de 1 gramme de cette substance (4).

En général, la perte de poids est beaucoup plus considérable les deux premières semaines que les semaines ultérieures.

On a cherché à se rendre compte du mécanisme par lequel les préparations thyroïdiennes amenaient cet amaigrissement; on a cherché à savoir quelle était la modification subie par les échanges nutritifs.

Treupel (5), Grawitz et plusieurs autres auteurs ont noté

(1) LEICHTENSTERN. *Deuts. Med. Wochens.*, 1894, n° 50.
(2) EWALD. Congr. de méd. int. de Wiesbaden, 1896.
(3) SCHLESINGER. *Bull. méd.*, 29 mars 1896.
(4) SCHURMAYER. *Allgem. Med. Central-Zeit.*, 1896, n° 47.
(5) TREUPEL. *Münch. Med. Wochens.*, 1896, n° 6, p. 117.

un accroissement de la quantité d'azote et, plus particulièrement encore, de la quantité d'urée éliminée par les urines. C'est le signe d'une désassimilation exagérée des substances albuminoïdes. C'est un fait intéressant qui montre que la masse albuminoïde de l'organisme est influencée par la substance thyroïdienne. Si cette perte d'azote se fait aux dépens de l'albumine de circulation, cela n'a pas grande importance, si elle se fait aux dépens des éléments fixes, figurés, et surtout du système musculaire qui représente la principale masse albuminoïde de l'organisme, cela est plus grave.

L'idéal, dans la cure de l'obésité, est d'obtenir la fonte de la graisse, sans que les albuminoïdes soient intéressés, sans que les muscles et surtout le myocarde perdent leur intégrité.

La combustion plus intense de la graisse doit se trahir par une augmentation de la quantité de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique éliminé. Magnus Lévy et von Noorden, qui ont fait des recherches dans ce sens, ont constaté une augmentation assez sensible de ces deux éléments.

D'après M. Lévy, il y aurait une augmentation de 10, 15 et même quelquefois 20 pour 100 dans la consommation de l'oxygène après le début de l'expérience. Cela correspondrait, d'après lui, à une perte moyenne de 50 grammes de graisse par jour, pour un homme de 90 kilogrammes; ce ne serait pas beaucoup et cela ne suffirait pas pour rendre compte de la perte de poids subie pendant la durée du traitement. Von Noorden a vu la quantité d'oxygène absorbé augmenter de 21 pour 100 pendant un traitement thyroïdien de quatorze jours, et cette élévation du taux des oxydations survivre à la médication.

Les recherches relatives aux échanges nutritifs sont très délicates; pour arriver à des résultats qui présentent quelque solidité, il faut multiplier les expériences. Il est donc bon d'attendre des travaux à venir la confirmation des faits publiés par ces deux auteurs.

Une observation recueillie par un de nos élèves sur lui-même semblent démontrer, en tout cas, que la quantité d'urée éliminée n'est pas toujours accrue sous l'influence de la médication thyroïdienne, bien qu'il se produise un amaigrissement notable.

Ce jeune homme, âgé de vingt-deux ans, pesait 92 kilogrammes; sa taille étant de 1m71, cela constituait environ un excédent de 21 kilogrammes. Le 25 mai, il prit 1 gramme de thyroïodine de Baumann, et 1gr50 pendant les six jours suivants. Durant ce premier essai, pendant lequel il avait ingéré 10 grammes du médicament, il perdit 1300 grammes, soit 130 grammes par jour. La thyroïodine fut alors suspendue pendant dix jours. La moyenne quotidienne de l'urée était de 26gr60.

La médication est reprise le 11 juin et continuée jusqu'au 26. Il est pris, pendant cette seconde série, 16gr20 de thyroïodine. Le poids tombe de 90kg50 à 87kg90, ce qui représente un amaigrissement de 2kg60 en quinze jours. Depuis le 25 mai, date de la première ingestion du médicament, l'amaigrissement total a été de 4100 grammes, correspondant à une perte de 141 grammes par jour.

La moyenne quotidienne des dix jours pendant lesquels la médication a été suspendue, a été de 26gr6 d'urée ; elle n'a plus été que de 22gr8, pendant la seconde période du traitement. Il est regrettable que l'urée n'ait pas été dosée avant que la thyroïodine ne fût prise pour la première fois. Il est difficile, toutefois, d'admettre ici une augmentation de l'élimination de l'urée sous l'influence de la thyroïodine.

Tous les obèses ne réagissent pas de la même façon sous l'influence de la médication; quelques-uns d'entre eux ne maigrissent pas. On sait qu'il y a deux types principaux d'obésité : l'obésité floride et l'obésité torpide. Au premier type appartiennent les individus vigoureux, à facies coloré, gros mangeurs et bons vivants; au second, les obèses à chair molle, sans énergie, à la face pâle et comme bouffie. Chez les premiers, il y a dans les urines un excès d'urée en rapport avec leur grand appétit, leur riche alimentation et l'activité fonctionnelle très grande de leur vitalité cellulaire. Chez les autres, au contraire, les urines sont pauvres en urée.

D'après von Noorden, les obèses gros mangeurs ne seraient pas influencés par la médication thyroïdienne ; les obèses à nutrition ralentie, au contraire, subiraient une diminution de poids marquée sous l'influence d'une oxydation organique plus intense. La substance thyroïdienne produirait sur les combustions organiques « une excitation semblable à celle que produit le soufflet sur des charbons près de s'éteindre ».

Remarquons, en passant, que le corps thyroïde serait un organe régulateur des combustions chez l'homme sain : la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique éliminé est, en effet, inférieure à la moyenne dans le myxœdème, supérieure à cette moyenne dans la maladie de Basedow (Magnus Lévy).

Leichtenstern a également remarqué que les obèses anémiques, au teint pâle, dont la face bouffie et comme œdématiée rappelle, dans une certaine mesure, celle des myxœdémateux, étaient beaucoup plus facilement influencés par la médication thyroïdienne que les obèses d'aspect pléthorique.

Sous quelle forme emploiera-t-on la médication thyroïdienne, et à quelles doses ?

Il sera prudent de commencer par des doses faibles, que l'on augmentera progressivement : 0gr50, puis 1 gramme, puis 1gr50 de glande fraîche correspondant à 0gr10, 0gr20, 0gr30 de poudre. Le nombre des pastilles ou des tablettes sera réglé d'après leur teneur en poudre.

La thyroïodine de Baumann ou iodothyrine, comme on a récemment proposé de l'appeler pour éviter les confusions, existe dans le commerce sous la forme d'une poudre constituée par un mélange de sucre de lait et de thyroïodine pure, dans des proportions telles que la poudre ainsi obtenue corresponde à son poids de glande fraîche. On en donnera donc de 0gr50 à 1gr50. Je pense qu'il convient de faire prendre cette dose quotidienne en trois fois espacées, et de préférence au moment des repas.

L'action de la médication sera surveillée avec soin, bien que les obèses la supportent beaucoup mieux que les goitreux et les myxœdémateux. L'intoxication thyroïdienne se révèle par du malaise général, de l'inappétence, de l'irritabilité, du tremblement, et surtout par des troubles de la circulation : palpitations, pouls accéléré rapidement changeant, arythmie, tendance aux lypothymies et à la syncope. M. Béclère a noté une accélération marquée du pouls, sous l'influence d'un mouvement insignifiant. Quand ces signes se présenteront, quand il y aura une excitabilité marquée du cœur, et surtout une grande fréquence du pouls avec de l'arythmie, il faudra suspendre la médication.

Les urines seront examinées de temps en temps. L'appa-

rition du sucre ou de l'albumine amènerait encore à supprimer l'usage de la substance thyroïdienne.

On ne laissera pas se produire un amaigrissement trop rapide ; la perte du poids ne devra pas dépasser 1 kilogramme à 1kg50 par semaine, au début du traitement ; plus tard même, elle sera inférieure.

L'âge avancé, la faiblesse marquée, une lésion du cœur, le diabète, l'albuminurie seraient naturellement des contre-indications formelles.

Il ne faut pas oublier que nous ne savons encore que peu de chose sur la valeur réelle et la portée de ce traitement nouveau. Qu'il amène souvent une diminution de poids sensible sans changement dans le régime habituel, cela ne fait pas de doute ; malheureusement, les obèses reprennent rapidement le poids perdu dès qu'ils suspendent la médication. L'exemple de l'infirmière, dont parle Schlesinger, qui a pris presque constamment des tablettes thyroïdiennes pendant treize mois, prouve que, dans certains cas tout au moins, on peut continuer longtemps la médication sans accident. En sera-t-il toujours ainsi ? Ne rencontrera-t-on pas de temps en temps des susceptibilités, des intolérances individuelles capables de provoquer des accidents graves ? L'avenir nous l'apprendra ; en attendant, il convient d'être prudent.

La médication thyroïdienne pourra, sans doute, se combiner avec les moyens hygiéniques pour obtenir des résultats à la fois bons et durables. Peut-être pourra-t-on, grâce à elle, obtenir une véritable modification dans le tempérament des obèses, et, par l'hydrothérapie, la gymnastique, le séjour au grand air, relever, d'une façon durable, la vitalité des obèses lymphatiques. Ce sont des essais à faire.

Il semble bien, en tout cas, d'après ce que l'on sait actuellement, que les obèses gros mangeurs, à tendance pléthorique, n'obtiendront guère l'amaigrissement souhaité, s'ils ne consentent pas à diminuer leurs recettes en mangeant moins, et à augmenter leurs dépenses en fournissant un exercice musculaire plus considérable.

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE

AU CONGRÈS DE GENÈVE (1)

II

Le professeur **CHARLES** (de Liège) donne à son rapport les conclusions suivantes :

L'éclampsie puerpérale n'est pas une entité morbide, pas plus que l'éclampsie des enfants ; comme celle-ci, elle a diverses causes et elle est plus ou moins grave, selon son origine. Ce syndrome peut être simplement de nature réflexe ; il peut être aussi le résultat d'un trouble circulatoire, selon la théorie de Traube-Rosenstein ; mais il est le plus souvent amené par une intoxication du sang et des tissus (toxémie), résultant d'habitude de l'accumulation dans l'organisme de plusieurs produits de désassimilation (toxines), normalement évacués par les principaux émonctoires (reins, foie), dont les fonctions sont entravées ou perverties par suite de lésions diverses.

Chez la plupart des femmes enceintes, à l'état normal, il y a un certain degré d'auto-intoxication semblable, puisque, malgré l'assimilation plus active, les urines renferment moins d'urée, etc., qu'à l'état de vacuité : c'est l'auto-intoxication gravidique ordinaire. Si les reins, le foie, etc., sont lésés, fonctionnent irrégulièrement, la surcharge toxique est d'autant plus accentuée et peut arriver au point de produire des accidents graves, dont l'éclampsie est un des principaux.

D'autres accidents graves (dyspnée, coma, paralysie, etc.) peuvent se présenter sans convulsions et amener la mort : ce sont des cas d'éclampsie fruste.

La toxémie d'origine rénale est la plus commune et coïncide le plus souvent avec l'albuminurie et divers œdèmes. L'albuminurie ne peut pas être considérée comme la cause de l'éclampsie puerpérale, mais simplement comme un symptôme morbide ayant la même origine. L'expérience démontre que, dans la plupart des cas, l'éclampsie toxique éclate chez des femmes plus ou moins albuminuriques, et souvent très albuminuriques et infiltrées. Par conséquent, c'est un signe précurseur assez important pour ne pas être négligé. Il doit même, à mon avis, attirer l'attention du praticien au premier chef et plus encore s'il y a œdème des membres inférieurs, des cuisses, des mains, de la figure.

Après avoir apporté le détail de ses statistiques, M. Charles aborde la question du traitement.

Le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave, toxémique, pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer un lavage ou une désintoxication du sang et des tissus, n'a qu'une action douteuse.

Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral) ont une action réelle, mais pas essentiellement curative.

La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilatateurs hydrostatiques ou métalliques) pour extraire l'enfant sans retard ; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne.

L'éclampsie *post partum* est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées.

La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, peau, reins) ; ensuite et surtout l'examen des urines au point de vue de l'albuminurie.

Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif, dont le régime lacté est la base.

En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 pour 100 des enfants sauvés dans sa statistique).

M. TARNIER vient apporter à ces questions l'appui de sa haute autorité. Il rapporte les statistiques des cas d'éclampsie observés à la Clinique d'accouchement depuis sa fonda-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1101.

tion. Après avoir constaté que c'est seulement depuis 1892 que la mortalité a diminué dans de notables proportions, il lui semble trouver la cause de cette heureuse modification dans le changement de traitement.

En effet, depuis 1892, il a modifié sa thérapeutique en présence des données nouvelles émises sur la pathogénie de l'éclampsie, à savoir que la toxicité du sang devait passer avant la notion d'albuminurie. Il fit des expériences sur des animaux qui lui démontrèrent, d'une façon absolue, le pouvoir toxique du sérum sanguin des éclamptiques. Alors, il a combiné dans ce but l'emploi de la saignée générale avec le régime lacté et l'usage presque quotidien des purgatifs drastiques.

Il conseille, parmi ces derniers, l'huile de croton pour obtenir une diarrhée séreuse abondante pendant quelques jours. Pendant cette même période, il se sert volontiers du chloral et du chloroforme, qui donnent de bons résultats dans les formes convulsives graves. Il n'est pas partisan du sérum artificiel, soit en injections sous-cutanées, soit en injections intra-veineuses, et croit leur pouvoir presque nul. Il résume donc :

1° Saignée, 2° purgatifs drastiques, 3° chloroforme, chloral, 4° régime lacté.

Le lait doit être administré à haute dose, fréquemment et en aussi grande quantité que possible, même malgré la malade, si elle manifeste de la répugnance. Il ne faut pas céder et, au contraire, dans ces cas, se servir de la sonde œsophagienne. M. Tarnier ajoute que, depuis le mois de janvier 1896, il n'a pas eu encore un seul décès, et il pense que ces heureux résultats sont la conséquence de la thérapeutique appliquée depuis 1892.

M. PAMART (d'Avignon) se rallie aux idées de M. Tarnier. Il commence par la saignée, mais une saignée abondante de 7 à 800 grammes. Inhalations prolongées de chloroforme. Il insiste sur le traitement obstétrical, dilatation soit instrumentale, soit manuelle. Il n'est pas tout à fait de l'avis de son ami Charpentier, car il lui semble indispensable de vider l'utérus de son contenu, soit fœtus, soit placenta, et cela le plus rapidement possible.

M. MORISANI (de Naples) s'exprime ainsi : « J'ai observé que la mort du fœtus arrête les phénomènes de l'albuminurie et les convulsions éclamptiques. J'ai observé des cas si nets qu'il faut conclure qu'il y a relation entre la mort du fœtus et la cessation de l'éclampsie.

Pour les interventions, il faut considérer si l'éclampsie éclate au deuxième ou troisième mois de la grossesse; à mon avis, nous ne sommes pas en droit de pratiquer l'avortement, mais, si l'éclampsie se déclare au terme de la grossesse, alors il est de toute nécessité de vider l'utérus. S'il y a accouchement prématuré au huitième mois, il n'y a pas de différence et la conduite à tenir est celle qui s'impose comme au terme de la grossesse. S'il n'y a pas de commencement de travail dans les derniers moments de la grossesse, le péril est imminent et il faut recourir à l'accouchement forcé. Je suis partisan tout à fait de l'extraction manuelle, aidée parfois de petites incisions sur le col pour faciliter l'introduction de la main. Je préfère encore la dilatation aux grandes incisions qui, pour moi, exposent aux ruptures de l'utérus et même j'aurais recours plutôt à l'opération césarienne qu'aux grandes incisions. »

M. FOCHIER (de Lyon) considère le chloral comme le médicament spécifique de l'éclampsie, qui s'attaque à la cause de l'affection. La saignée et le chloroforme ne sont que des médicaments d'attente. Il emploie naturellement le régime lacté. Quand la femme ne peut le supporter, il a recours aux lavages de l'estomac, et, quand la cavité stomacale a été lavée, il y introduit du lait et du chloral qui sont alors bien tolérés. Il s'est toujours bien trouvé de ces lavages stomacaux chez les éclamptiques.

SUR UN CAS DE PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE D'ORIGINE CÉRÉBRALE (1)

Par MM. les docteurs PICOT et J. HOBBS.

Cette observation est l'histoire clinique et anatomo-pathologique complète d'un malade qui a succombé à une paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine cérébrale, diagnostiquée pendant la vie. Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, ayant eu auparavant plusieurs ictus apoplectiques suivis d'hémiplégie droite ou gauche et qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital, a été pris subitement d'une paralysie frappant d'emblée les lèvres, la langue, le pharynx et le larynx. Le voile du palais et les muscles masticateurs étaient respectés.

L'articulation des mots et la phonation étaient supprimées. Le premier temps de la déglutition ne pouvait être effectué par suite de la paralysie de la langue, qui n'était pas atrophiée, et dont les fonctions sensorielles et sensitives avaient persisté. Pas d'hypersécrétion salivaire. Le réflexe pharyngien avait disparu; par contre, le réflexe massétérin était exagéré.

Pas d'anomalies dans les réactions électriques; pas de paralysie des membres.

La soudaineté et la simultanéité des accidents paralytiques fait porter le diagnostic de paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine cérébrale, étant donné les ictus apoplectiques antérieurs. Du reste, la marche de la maladie vint confirmer le diagnostic : le malade mourut cinq mois après son entrée à l'hôpital; par conséquent, huit mois après le début de son affection, sans que celle-ci ait varié un seul instant et sans avoir progressé. Les ptérygoïdiens n'ont jamais été atteints. A peine, peut-on dire que le sujet a présenté des signes de paralysie diaphragmatique quelques heures avant sa mort.

A l'autopsie, on trouve dans l'épaisseur des méninges des petites tumeurs kystiques (qui ne sont pas dues à des cysticerques), du volume variable d'un pois à une noisette, comprimant l'écorce cérébrale : 1° à droite, sur la première frontale au niveau du pli de passage qui relie cette circonvolution à la frontale ascendante et au niveau de la première temporale à 3 centimètres en avant du fond de la scissure sylvienne; 2° à gauche, sur la moitié de la hauteur des frontale et pariétale ascendantes.

Les artères sont légèrement athéromateuses.

Sur des coupes pratiquées sur l'hémisphère droit, parallèlement à la scissure de Rolando, on trouve au niveau de la frontale ascendante, dans le noyau coudé en avant de la couche optique, une petite perte de substance du volume d'un pois, de couleur ocreuse, limitée en bas par une mince

(1) Communication faite au Congrès français de médecine, tenu à Nancy.

couche de substance grise qui la sépare du ventricule latéral, en arrière par la couche optique, en haut et en dehors par la capsule interne et en avant par un vestige du noyau coudé non complètement détruit.

Sur la coupe, passant à 1 centimètre en avant de la frontale ascendante, on trouve une perte de substance située en dehors du noyau lenticulaire à la partie la plus inférieure de l'insula, ayant détruit le tiers externe de la capsule externe et de l'avant-mur.

Sur l'hémisphère gauche, on trouve dans le tiers antérieur du lobe frontal, au milieu du coude ovale, un petit foyer, gros comme une lentille, de couleur ocreuse.

Rien à l'œil nu sur des coupes du bulbe et de la protubérance.

Les pièces sont fixées par le liquide de Muller et y restent plongées trois mois. Après déshydratation, enrobement à la celloïdine, coloration : 1° par le picro-carmin de Ranvier; 2° par l'éosine hématoxylique, nous concluons à l'existence de foyers hémorragiques anciens siégeant dans le cerveau, à l'intégrité de tous les noyaux bulbaires des nerfs craniens, à l'intégrité des grandes cellules des cornes antérieures et du faisceau pyramidal dans la moelle cervicale.

La langue et lés nerfs périphériques n'ont pas été examinés.

Les examens nécropsique et microscopique sont donc venus confirmer le diagnostic porté en clinique de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, due, selon toute probabilité, à deux foyers d'hémorragie ancienne ayant détruit à droite une partie du noyau coudé et de l'avant-mur et accessoirement à un petit foyer siégeant dans le milieu de la portion antérieure du centre ovale gauche.

REVUE DE LA PRESSE

De la paralysie fonctionnelle des muscles oculaires. — Dans trois cas de paralysie unilatérale de la troisième paire, Pacetti a observé qu'il était impossible aux malades de soulever la paupière supérieure pendant la vision binoculaire. Mais il leur suffisait de fermer l'œil sain pour exécuter ce mouvement avec facilité.

Dans un de ces cas, le bulbe oculaire qui présentait un strabisme externe est retourné à la position médiane, normale. Pendant qu'on fermait l'œil sain avec la main, l'autre œil restait ouvert indéfiniment, mais il suffisait d'ôter la main pour voir immédiatement le ptosis se reproduire sur l'œil malade. Les autres mouvements du bulbe oculaire n'étaient pas très modifiés.

L'auteur croit que la paralysie apparente de la paupière supérieure est un phénomène fonctionnel associé à un phénomène organique de la paralysie permanente de certains muscles externes de l'œil. Il considère comme des phénomènes analogues ceux qui ont été décrits par différents auteurs dans les cas d'ophtalmoplégie, dans lesquels il semble que le trouble fonctionnel soit bien plus étendu que ne le comporte la lésion anatomique.

La paralysie dans ces cas rares peut apparaître seulement dans la vision binoculaire et disparaître, au contraire, dans la vision monoculaire. La chose essentielle dont il faut tenir grand compte dans ces cas, c'est un véritable état pathologique de certains centres oculo-moteurs et la perte des fonctions *sine materia* des autres centres.

L'auteur discute ensuite longuement les différentes hypothèses émises pour expliquer ces faits, et il défend d'avance sa conception contre ces objections qu'on pourrait lui faire; pour lui, il s'agit d'une altération fonctionnelle qu'il considère comme un phénomène inhibitoire. Il ne se prononce pas d'une façon absolue sur la nature intime du processus qui détermine ces troubles, mais il croit avoir démontré que l'état pathologique d'un centre peut quelquefois troubler profondément la nutrition des autres centres qui lui sont associés fonctionnellement. (*Riv. di Patol. nerv. e ment.*, n° 6, 1896.)

Pathogénie de l'ostéomalacie. — Galozzo, à propos d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer, passe en revue les différentes théories émises au sujet de cette maladie. En se basant sur le fait observé, l'auteur penche vers la théorie qui considère l'ostéomalacie et le rachitisme comme des formes cliniques diverses du même processus morbide. Et, en effet, si les caractères physiques, chimiques et anatomiques de ces deux affections osseuses ne sont pas complètement et parfaitement identiques, il y a néanmoins entre elles une très grande analogie dont voici les formes principales. Dans l'ostéomalacie, aussi bien que dans le rachitisme, il existe une production du tissu ostéoïde qui est primitive dans le rachitisme et secondaire dans l'ostéomalacie; dans les cas des rachitiques, comme dans ceux des malades atteints d'ostéomalacie, on constate la présence d'acide lactique. En outre, dans l'une et dans l'autre maladie il se produit une décalcification et une augmentation de graisses; enfin, dans les deux affections, on constate la diminution de l'alcalinité du sang. L'auteur italien cite l'observation de Comby concernant un homme qui, après avoir été rachitique dans son enfance, fut plus tard atteint d'ostéomalacie.

Ces deux maladies osseuses procèdent donc, d'après l'auteur, du même processus pathologique, quoique leurs tableaux cliniques respectifs soient différents, quoique l'une frappe l'enfance, tandis que l'autre atteint toujours l'âge adulte.

En ce qui concerne la thérapeutique, elle devient, bien entendu, si l'on accepte cette théorie, de très grande simplicité. Si, en effet, le rachitisme et l'ostéomalacie sont au fond les mêmes maladies, on ne saurait recourir dans les deux cas à des traitements différents. Calozzo cite des observations de Trousseau, de Bamberger et de Weismayr, dans lesquelles on a obtenu la guérison de l'ostéomalacie en employant les sels de chaux, les phosphates, l'huile de foie de morue, etc., en un mot, les agents thérapeutiques ordinaires du rachitisme. (*Ann. di Ost. e gin.*, n° 6, 1896.)

Du muguet. — L'importance de l'étude du muguet est certainement incontestable, et c'est pour cela que le travail très complet de Guidi présente un grand intérêt. L'auteur a fait des recherches cliniques, micrographiques et statistiques, il a étudié les métastases, recueilli les cas publiés à ce sujet, et il arrive, en se basant sur toutes ces recherches, à formuler les conclusions suivantes :

1° Le muguet exige une étude soigneuse par sa fréquence, surtout par son évolution latente et les complications qu'il peut déterminer;

2° Le médecin praticien doit se faire une idée bien nette de l'étiologie et des localisations du muguet, questions sur lesquelles il existe des divergences d'opinion; une prophylaxie convenable et une hygiène rigoureuse permettront de vaincre le mal;

3° Le traitement ne doit pas se limiter à la destruction des plaques qui sont visibles à l'observation directe et superficielle; il doit être complet et tendre à la destruction des germes du champignon accessibles en partie aux moyens dont on dispose ordinairement;

4° Le micro-organisme qui détermine le muguet n'est pas l'oïdium albicans de Robin, mais le *saccharomyces albicans*;

5° Ce micro-organisme jouit de la propriété de développer, dans des conditions spéciales, des ferments spéciaux, grâce auxquels il peut déterminer des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels de grande intensité ;

6° Ce micromycète est capable de s'insinuer dans les tissus sous-cutanés, entrer dans la circulation, être transporté par le courant sanguin dans certains organes et déterminer des lésions métastasiques spécifiques ;

7° Les organes résistent plus ou moins dans la lutte entre les éléments animaux et les spores du champignon ; ils peuvent être classés par ordre de fréquence de la façon suivante : les reins, le foie, les muscles, le cœur, les séreuses, la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques, les poumons, le cerveau ;

8° Les métastases du muguet sont assez fréquentes, et il est nécessaire, indispensable même, de substituer, dans la pathologie infantile, aux hypothèses plus ou moins ingénieuses, une habileté clinique qui permettra de saisir le mal et de lui porter remède. (*La Pediatria*, n° 5, 1896.)

Traitement des anévrysmes de l'aorte par la méthode de Mac Ewen. — Angelo Bignone rapporte un cas où il a eu à appliquer la méthode de Mac Ewen. Il s'agit d'un homme qui présentait tous les symptômes de l'anévrysme de l'aorte. Cet anévrysme ne faisait qu'augmenter de volume et le malade se sentait de plus en plus mal ; il devint pâle, cachectique. On décida alors de recourir à la méthode de traitement préconisée par Mac Ewen, qui consiste, comme on le sait, à introduire de petites aiguilles d'acier dans la tumeur anévrysmale. Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants : la tumeur commença à augmenter de consistance en même temps que les troubles objectifs et subjectifs disparaissaient progressivement et le malade put quitter l'hôpital dans d'excellentes conditions. Mais, rentré chez lui, il recommença à travailler, malgré la défense formelle qui lui avait été faite. Les troubles reparurent et la tumeur anévrysmale fit de nouveau son apparition. La méthode de Mac Ewen donna, cette fois encore, un excellent résultat : le malade quitta l'hôpital, après trois mois de séjour environ, parfaitement guéri ou du moins débarrassé de tous ces troubles dont nous avons parlé plus haut et qui rendaient son existence excessivement pénible. (*Gazzetta degl. Osped. e del. Clin.*, n° 62, 1896.)

Nouveau réactif pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal. — Malgré les nombreux réactifs qui servent à déceler la présence de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal, on en cherche toujours de nouveaux, ce qui s'explique du reste par des complications plus ou moins considérables que présentent les méthodes actuellement en cours. Ferrannini a essayé une substance particulière dont le nom chimique, quelque peu long, est le dimétylamido-diazobenzol ou plus brièvement *azobenzol*. Cette substance est une poudre de couleur jaune de tabac ; on l'emploie sous forme de solution alcoolique, dont le degré de concentration est plus ou moins élevé. Dans les cas où l'on a à rechercher des traces d'acide chlorhydrique, on se sert d'une solution très concentrée à 1 p. 200. Pour découvrir l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal, on procède de la façon suivante. On ajoute à 5 centimètres cubes de ce contenu I ou II gouttes de réactif. Alors, si la réaction se fait, le contenu gastrique doit prendre de suite et à froid une coloration rougeâtre. D'une façon générale, on peut dire que, quoique les degrés de la coloration soient quelque peu différents, toutes les fois qu'on constate une coloration jaune à peine rougeâtre, on peut considérer la réaction comme positive, c'est-à-dire comme démontrant suffisamment la présence de l'acide chlorhydrique. Mais si le contenu stomacal, après qu'on y a ajouté le réactif, prend une coloration nettement jaune, la réaction est négative.

L'auteur a fait agir l'azobenzol sur toute une série de solutions d'acides chlorhydrique et lactique, et, en se basant sur ses essais, il formule les conclusions suivantes :

1° L'azobenzol — autrement désigné sous le nom de réactif de Töpfer — doit être introduit dans la pratique journalière. Il présente de nombreux avantages : prix modique, quantité infiniment petite nécessaire pour la réaction ; réaction obtenue à froid. D'autre part, la sensibilité par rapport à l'acide chlorhydrique, soit en simple solution aqueuse, soit renfermée dans le suc gastrique, est supérieure à celle de tous les autres réactifs, excepté le rouge de Congo qui jouit des mêmes propriétés.

2° Ce réactif mérite d'autant plus d'attirer l'attention des cliniciens que, dans un certain nombre de cas, on peut, grâce à lui, déterminer, approximativement bien entendu, la quantité de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal, ce qui dispense de recourir à des méthodes quantitatives trop compliquées. (*Riforma medica*, nos 126 et 127, 1896.)

Dr TAFT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un groupe de médecins et de chirurgiens de Paris et de la province a formé le projet de fonder une « Association française de médecins et chirurgiens urologistes ». Un comité d'initiative a été constitué : il se compose de MM. Albarran (Paris), Audry (Toulouse), Carlier (Lille), Chevalier et Desnos (Paris), Eraud (Lyon), Estor (Montpellier), Guiard (Paris), Malherbe (Nantes), Pousson (Bordeaux), Vigneron (Marseille). La première réunion doit avoir lieu à Paris vers le milieu du mois d'octobre prochain.

Les personnes que ce projet intéresse sont priées de s'adresser soit à M. Pousson, 9, rue Vital-Carles, à Bordeaux ; soit à M. Desnos, 31, rue de Rome, à Paris. — Le projet prévoit l'admission de correspondants étrangers.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hélot (de Rouen) et Toutu (de Paris).

seille (paquebots de la Compagnie générale transatlantique). — Billets directs valables quinze jours.

Prix des billets. — De Paris aux ports ci-après (ou vice-versa) : Alger, Oran, Philippeville, Bône (par Philippeville), 1re classe 197 fr.; 2e classe 135 fr. 50; — Tunis, 1re classe 222 fr.; 2e classe 160 fr. 50; — Malte (La Valette), 1re classe 287 fr.; 2e classe 200 fr. 50.

Les prix de ces billets comprennent la nourriture à bord des paquebots de la Compagnie générale transatlantique.

En ce qui concerne les jours et heures de départ de Marseille, consulter les agences de la Compagnie générale transatlantique : à Paris, 12, boulevard des Capucines (Grand Hôtel); à Marseille, 12, rue de la République.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les fauteuils académiques commencent à se garnir. On rentre, mais on ne travaille pas encore beaucoup. Deux communications seulement ont été faites à cette séance : MM. Widal et Sicard ont adressé une note, qu'a lue M. Dieulafoy, sur la nature des substances agglutinantes et sur le rôle des matières albuminoïdes du sang et des humeurs des typhiques. Il est aujourd'hui reconnu que le sérum des typhoïdiques possède la propriété d'agglutiner, *in vitro*, les bacilles d'Éberth épars dans une culture.

On sait que c'est de cette propriété qu'est née la méthode de séro-diagnostic. Or MM. Widal et Sicard ont recherché quelles sont, dans le sang et les humeurs, les substances douées de propriétés agglutinatives. Ce sont les résultats de cette recherche qui font l'objet de cette note. Les auteurs sont arrivés à cette conclusion que les substances albuminoïdes, telles que le fibrinogène, la globuline, la caséine, isolées des humeurs d'un typhique, enlèvent à ces humeurs la faculté agglutinante et la retiennent à leur profit.

M. Peyrot a ensuite communiqué une observation de sphacèle sus-annulaire dans une hernie étranglée. On doit déduire de l'observation de M. Peyrot et d'un autre fait analogue que les organes flottant dans l'abdomen et à extrémité libre peuvent, par suite de la fixation anormale de cette extrémité libre, s'engager dans les hernies par leur partie moyenne, s'y étrangler et donner naissance à un sphacèle qui porte, non seulement sur la partie étranglée, mais encore sur la portion terminale libre dans l'abdomen.

M. Chauvel a donné lecture du rapport sur les travaux pour le prix Laborie, et la séance a été levée à quatre heures.

ACTION THÉRAPEUTIQUE
DE L'IODHYDRATE D'IODATE DE QUININE DANS LES ACCIDENTS SYPHILITIQUES SECONDAIRES (1)

Par le docteur ASSAKY,
Professeur agrégé des Facultés de médecine de France.

I

Cette étude est basée sur deux séries de recherches.

Dans une première série d'expériences cliniques, j'ai cherché à me rendre compte de la valeur thérapeutique de ce sel de quinine très riche en iode (73 p. 100), j'ai voulu voir s'il était capable d'exercer une action curative sur les manifestations virulentes de la syphilis. Je l'ai administré, à l'exclusion de tout autre médicament, dans les accidents de la syphilis secondaire et ai choisi des cas où le traitement iodé paraissait le moins indiqué, des formes qui sont surtout justiciables du traitement mercuriel et qui n'ont, d'autre part, que fort peu de tendance à guérir spontanément.

Chez 14 malades atteints de syphilides papuleuses accompagnées de plaques muqueuses, de roséole associée à des syphilides muqueuses ou de manifestations virulentes localisées aux muqueuses seulement (buccale, vulvaire, nasale), l'iodhydrate d'iodate de quinine, administré par la voie stomacale, s'est révélé comme un agent médicamenteux capable d'influencer, à bref délai, l'état local, et d'amener, à lui seul, la disparition des accidents.

La marche du processus réparateur est, en général, la suivante : vers le quatrième ou le cinquième jour, l'apparence des syphilides muqueuses, à quelque variété qu'elles appartiennent, se modifie : l'aspect opalin ou ulcéreux disparaît, la plaque se déterge, les bords saillants se dépriment, les végétations diminuent de volume. Elles s'entourent souvent, dès cette époque, d'un léger liséré épithélial, premier indice très apparent d'une cicatrisation commençante.

Vers le dixième jour, les syphilides cutanées sont à leur tour manifestement influencées : elles pâlissent, s'affaissent et tendent à perdre leurs contours.

Dans les formes légères de roséole, d'angine, de syphilides de l'amygdale, de coryza, on voit la guérison survenir en huit, quinze, dix-huit, vingt-deux jours. Dans les manifestations syphilitiques moyennes, il a fallu, pour obtenir chez nos malades la disparition des accidents, de vingt à trente-neuf jours.

(1) Communication au IIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Londres.

La cessation prématurée du traitement permet l'éclosion de nouvelles manifestations que la reprise de la médication efface. Chez deux malades chez lesquels on avait, le quatorzième et le trente-sixième jour, interrompu trop tôt le traitement, nous avons vu, au bout de quatre et de cinq jours, reparaître une petite poussée de roséole et une plaque muqueuse amygdalienne. Le traitement est administré de nouveau et, au bout de six jours, la roséole se résout, la syphilide muqueuse disparaît.

Les adénopathies suivent l'involution des lésions cutanées et muqueuses; au moment de la disparition des syphilides, les ganglions régionaux, qui atteignaient parfois le volume d'une noisette, sont très réduits, à peine sensibles. La résorption ne suit néanmoins pas toujours une marche parallèle; elle n'est pas complète et elle laisse fréquemment des nodosités à la place des ganglions malades. Les ganglions inguinaux primitivement infestés résistent parfois complètement à l'action résolutive du médicament; les faibles doses de ce composé iodé sont sans effet sur les adénopathies.

Chez 3 autres malades atteints d'ostéo-périostose et de céphalée; d'ostéo-périostose et de plaques muqueuses; de syphilose osseuse accompagnée d'une éruption pustulo-ulcéreuse et de rhumatisme syphilitique, l'administration de l'iodhydrate de quinine a été suivie de guérison le vingt-neuvième, le quatorzième et le dixième jour. L'action bienfaisante du composé iodé, chez ces derniers malades, n'a rien de bien surprenant; elle était même à prévoir.

Les malades de cette série ont augmenté de poids. Ils ont gagné entre 300 grammes et 2k900. Une certaine part revient, sans doute, à l'action du médicament sur la nutrition; mais c'est surtout au régime que ces malades hospitalisés devaient leur embonpoint. Cette assertion se trouve confirmée par le fait que trois d'entre eux, appartenant à la classe moyenne et n'ayant pu se faire au régime hospitalier, ont perdu de 450 à 700 grammes.

Fait digne d'être noté, chez tous ces malades, y compris les trois derniers, la quantité d'urée éliminée a, sous l'influence du traitement, augmenté en notable proportion; l'augmentation a varié entre 1gr281 (huit jours de traitement) et 5gr765 (trente-six jours de traiment). Ce sel de quinine n'a donc pas retardé les oxydations.

Au commencement comme à la fin du traitement, nos malades étaient exempts d'albuminurie et de glycosurie.

La dose moyenne, active, est de 2 à 3 grammes par jour. Le médicament a été donné sous la forme de pilules de 25 centigrammes chacune, tous les quarts d'heure, dans la matinée, à jeun.

L'emploi de cette combinaison iodée n'est pas suivi d'accidents d'iodisme. Une seule fois, chez un malade ayant débuté par une faible dose (50 centigrammes), on a noté un flux nasal et conjonctival alors qu'il atteignit la dose de 2gr50; ces symptômes ne durèrent d'ailleurs qu'un jour.

Le quinisme s'est, par contre, montré plus souvent. L'apparition de ces phénomènes est étroitement liée à une prédisposition individuelle. Tel malade soumis pendant trente-six jours à la dose quotidienne de 2gr50 à 3 grammes est complètement à l'abri des inconvénients de la médication, tandis que chez tel autre, prenant les mêmes doses, on note le premier et le cinquième jour une légère céphalalgie, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles.

D'autre part, chez des sujets qui supportent bien le médicament, on voit un beau jour apparaître des symptômes de quinisme qui durent une demi-heure à deux heures, puis disparaissent pour toujours ou pour revenir sans cause appréciable, que la dose soit maintenue ou accrue. Le mode d'administration n'a aucune importance : les symptômes sont aussi capricieux, aussi irréguliers dans leur apparition et leur répétition avec des doses progressivement croissantes qu'avec de fortes doses d'emblée (1).

En somme, pourvu qu'on ne dépasse pas une certaine dose, les troubles imputables au médicament sont peu marqués; ils ne sont pas constants et ils sont transitoires.

Ce sel de quinine, ingéré à la dose de 4gr50 par jour, est mal toléré. Nous avons vu dans ces conditions, chez une femme qui supportait, il est vrai, dès le début, mal le médicament, qui sept fois sur quarante-deux jours de traitement a présenté des phénomènes de quinisme léger, s'ajouter aux symptômes communs de céphalalgie, vertiges et bourdonnements d'oreilles, des signes d'ivresse quinique. Cela n'a pas empêché la malade de continuer à prendre, sans inconvénient pour elle, sans retour offensif des symptômes d'intolérance, pendant sept jours encore, de l'iodhydrate d'iodate de quinine à la dose de 3 et de 4 grammes (2). Avec ce médicament, il ne peut être question de phénomènes d'accumulation.

Il est une circonstance qui paraît devoir diminuer la portée des résultats obtenus : presque tous les malades de cette première série étaient des impaludés. Ces observations ont, en effet, été recueillies (3) dans un pays où, dans une certaine classe du moins, la malaria règne en maîtresse. En Roumanie, à Bucarest, où j'occupais une chaire de clinique chirurgicale, la clientèle hospitalière était à ce point imprégnée de paludisme que, dans les premiers temps, je voyais survenir avec une extrême fréquence, le lendemain des opérations et parfois le soir même, une ascension thermique, un accès de fièvre que rien ne justifiait et qui disparaissait pour ne plus reparaître sous l'influence d'une dose de quinine. Ce réveil de diathèse avait lieu quelle que fût l'importance de l'intervention, pour une opération abdominale laborieuse comme à l'occasion d'une opération de

(1) Ainsi, chez un jeune homme de vingt ans qui suit un traitement progressif, on note un léger degré de quinisme les deuxième, cinquième huitième et dixième jours; chez un autre on voit apparaître, le vingt et unième jour seulement après l'ingestion de 2 grammes d'iodhydrate d'iodate de quinine, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles accompagnés de céphalalgie, qui durent deux heures. Un autre malade débute à 2gr50 et monte à 3gr75; il est tenu sous l'influence du médicament pendant quinze jours; il accuse, le deuxième jour, des tintements d'oreilles et un léger mal de tête, qui se dissipent rapidement et ne se reproduisent plus.

(2) Les expériences sur les animaux ont démontré que la dose mortelle était de 1gr80 par kilogramme d'animal, lorsque cette substance est introduite dans le tissu cellulaire; de 1gr25 lorsqu'on la dépose dans le tissu musculaire; de 1gr30 quand l'absorption se fait par le péritoine (Tzonciu). La mort paraît résulter de l'action de ce produit chimique sur le système nerveux; elle détermine au début de l'agitation, suivie bientôt de dépression, de somnolence s'accompagnant de parésie, puis de paralysie généralisée (Tzonciu). La lésion qu'on rencontre le plus fréquemment à l'autopsie est une stase, un état de réplétion des vaisseaux sanguins du poumon (Tzonciu).

Dans ses expériences, Tzonciu a noté, une demi-heure après l'administration du médicament, un abaissement de la température rectale, variant entre 0°4 et 1°6, et cet abaissement paraîtrait proportionnel à la quantité d'iodhydrate d'iodate de quinine employée.

(3) Ces observations ont fait l'objet de recherches consciencieuses de la part d'un de mes élèves, M. le docteur Tzonciu, qui a publié sur ce sujet un travail intitulé : *Contribution au traitement iodé de la syphilis*, Bucarest 1890.

petite chirurgie, et chez des sujets chez lesquels tantôt on découvrait des faits positifs d'intoxication paludéenne datant de l'enfance, tantôt l'imprégnation ayant été silencieuse, le diagnostic n'était imposé que par un état de pâleur caractéristique, accompagnée d'une augmentation du volume de la rate seule ou de la rate et du foie. Systématiquement, nous avions fini par administrer aux malades devant être opérés, la veille ou deux jours à l'avance, 1 gramme de sulfate de quinine, et ce moyen prophylactique suffit à les mettre à l'abri de cette légère complication.

Il est indéniable que, chez nos syphilitiques, tout en traitant l'infection surajoutée, nous nous adressions aussi à l'intoxication première, et que l'iodhydrate d'iodate de quinine, agissant comme un double spécifique, modifiait le terrain en même temps qu'il combattait les manifestations virulentes.

II

J'ai repris cette étude depuis mon retour en France et ai administré ce médicament à des malades qui n'offraient dans leurs antécédents aucune trace de paludisme.

Chez les malades de cette seconde catégorie, me rapprochant de la pratique courante, j'ai prescrit l'iodhydrate d'iodate de quinine, dans les cas où l'iode seul ou associé au mercure est plus particulièrement recommandé.

Chez deux syphilitiques atteints de céphalée intense, à exaspération vespérale, chez un autre souffrant de rhumatisme et de névralgies syphilitiques des membres, le médicament a donné les effets attendus, c'est-à-dire de prompts et excellents résultats. Chez un jeune homme atteint de fièvre syphilitique prodromique à accès quotidiens régulièrement intermittents, survenue cinq semaines après le chancre, ce sel de quinine coupa la fièvre ; il n'y eut pendant trois jours aucune ascension thermique ; mais il ne put s'opposer, le quatrième jour, à l'explosion d'une roséole accompagnée d'hyperthermie. Néanmoins, la température ne s'éleva qu'à 38°8, alors qu'au début elle atteignait 39°2. Après l'éruption, je vis disparaître une zone de matité que le malade présentait dans la région de la rate.

Enfin, un vieillard cachectique, alcoolique, porteur d'une ulcération phagédénique, datant de trois semaines et qui avait détruit une portion de la couronne du gland, dont les urines renfermaient des traces d'albumine, vit, au bout de neuf jours, le médicament arrêter la marche envahissante du mal. Le malade guérit au bout de vingt-deux jours et l'albuminurie disparut également. Ces malades ont absorbé le médicament à la fin des repas, sous forme de cachets, à la dose de 2 grammes, 2gr50 par jour.

III

Il résulte de l'ensemble de ces faits que l'iodhydrate d'iodate de quinine exerce, sur les accidents syphilitiques, une action thérapeutique positive. Je ne sais quelle peut être la valeur préventive de ce médicament et si l'on peut impunément soumettre des malades pendant de longues périodes à l'action de ce composé. Je ne sais s'il serait prudent de confier, dans tous les cas, de parti pris, à cet agent seul le soin de poursuivre, même chez les impaludés, la réalisation des conditions qui annulent les effets de l'infection syphilitique. Mais les observations des malades que j'ai eus sous les yeux démontrent que l'iodhydrate d'iodate de quinine est capable, agissant probablement surtout en tant que corps iodé, de modifier, de faire disparaître, de guérir certaines lésions secondaires ou secondo-tertiaires de la syphilis constitutionnelle.

SYPHILIS

CONTRACTÉE QUINZE ANS APRÈS LA PREMIÈRE (1)

Par le docteur FOURRIER (de Briey).

J'ai eu occasion de constater deux fois l'évolution de la syphilis, à quinze ans d'intervalle, chez un de mes clients que j'ai suivi, soigné et surveillé, pendant tout ce laps de temps.

Il y a eu chaque fois un chancre induré initial suivi de roséole et de plaques muqueuses de la gorge. Dans l'intervalle, le malade, après avoir contracté mariage, a eu trois enfants bien portants et sa santé générale a toujours été satisfaisante. La deuxième syphilis date aujourd'hui de trois ans et se trouve, elle aussi, en bonne voie de guérison. Dans les deux cas, j'ai eu recours au traitement discontinu du professeur Fournier, la première fois pendant cinq ans.

Ces diverses constatations m'ont permis d'arriver aux deux conclusions suivantes :

1° La syphilis, chez certains sujets et dans certaines conditions, est complètement curable dans un laps de temps déterminé.

Mon malade le prouve, car il n'aurait jamais pu contracter un deuxième chancre induré, si l'organisme n'avait pas été entièrement débarrassé du premier virus syphilitique.

2° La méthode du professeur Fournier, par le traitement discontinu pendant cinq ans, a pour résultat, chez ces mêmes sujets, d'amener la guérison radicale de la syphilis.

REVUE DE LA PRESSE

Périgastrite adhésive guérie par l'intervention chirurgicale. — En 1895, le professeur Obolensky a publié un cas de synéchie de la région gastrique ; en se basant sur ce cas et sur vingt autres publiés jusqu'ici, il a formulé ainsi les symptômes qui traduisent l'existence d'adhérences périgastriques :

1° Douleurs très violentes et très variables, continues ou non ; 2° dilatation de l'estomac si l'adhérence est dans la région pylorique, avec exagération possible du péristaltisme ; 3° fixation de l'estomac au niveau de l'adhérence ; cette fixation est reconnue par l'examen de l'organe dans ses différents états ; 4° chimisme normal, pouvoir digestif normal, motricité légèrement affaiblie ; 5° absence de tumeur appréciable ; 6° existence dans les antécédents de calculs hépatiques, d'ulcère de l'estomac, de traumatisme ou d'ingestion de caustiques ; 7° inutilité du traitement.

M. Peretz vient de publier un cas de périgastrite adhésive, où l'on retrouve tous ces symptômes, sauf la fixation de l'estomac, et où le traitement a donné de très bons résultats.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, entré à l'hôpital pour des douleurs épigastriques violentes, continues, avec périodes d'exacerbation. L'affection a débuté, il y a trois

(1) Communication faite au Congrès français de médecine, tenu à Nancy.

ans, brusquement, sans cause apparente, par des douleurs violentes à l'épigastre, des vomissements alimentaires très acides, mais sans hématémèse; parfois les vomissements avaient lieu à jeun et étaient composés d'un liquide jaunâtre acide; il y avait assez souvent des melæna. Après une durée de quelques mois, une accalmie faisait suite à ces accès douloureux; il y avait ainsi des alternatives d'exacerbation et d'amélioration. Avec le temps, les accès devenaient de plus en plus violents et fréquents. Dans les antécédents, on ne relève aucune cause de péritonite, ni traumatisme, ni ingestion de caustiques.

A l'examen du malade, on trouve de la rétraction de la région épigastrique; l'estomac est un peu dilaté, sensible à l'exploration, surtout au niveau de la région pylorique; on ne perçoit pas de tumeur, le chimisme est normal, la motricité est un peu affaiblie. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, on put constater que les accès douloureux n'étaient pas en rapport avec ce genre d'alimentation, mais avec le degré de péristaltisme de l'estomac; ils n'étaient nullement influencés par le régime ni par la médication et étaient bien localisés à l'hypocondre droit. Le péristaltisme, très exagéré aux moments des accès, faisait penser à une sténose du pylore, de nature probablement nerveuse en raison de l'affaiblissement peu notable de la motricité. Étant donné le début brusque de l'affection par des vomissements et des melæna, le spasme devait être provoqué par des adhérences péripyloriques. Aussi a-t-on proposé au malade d'intervenir chirurgicalement, ce qui fut fait. L'opération a complètement confirmé le diagnostic; il existait un tractus fibreux de 10 centimètres de long, allant de la face antérieure du pylore à la face inférieure du lobe gauche du foie; on excisa ce tractus compris entre deux ligatures préalables. Le succès de l'intervention fut complet; les douleurs cessèrent complètement et le malade augmenta rapidement de poids; la motricité et les fonctions gastro-intestinales sont redevenues normales.

L'auteur suppose que le tractus irritait l'estomac, surtout pendant ses contractions, et provoquait le spasme du pylore. (*Gazette clinique de Botkine*, 1896, n° 18.)

Excision partielle de la vessie en cas de cancer de cet organe. — M. le professeur Veliaminoff a rapporté à la Société chirurgicale de Saint-Pétersbourg l'observation intéressante de cancer de la vessie dont la résection a pu être faite avec succès.

Il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans, qui se plaignait de mictions fréquentes, d'hématuries et de douleurs violentes dans les régions vésico-rectale et lombaire; ces troubles ont débuté il y a dix-huit mois et s'aggravaient assez rapidement; ils ont finalement obligé la malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on percevait à la région sus-pubienne une tumeur dont les limites étaient très difficiles à distinguer. Par le toucher vaginal, on sentait dans le cul-de-sac antérieur une tumeur du volume d'une pomme, implantée sur la vessie sans qu'on ait pu dire exactement quelle partie de cet organe en était le siège. Le cathétérisme était facilement praticable, mais douloureux, et provoquait des hémorragies. Le toucher rectal, très douloureux, ne donnait pas de renseignements plus précis. L'urine était trouble, acide, hémorragique, légèrement albumineuse, et contenait des globules sanguins et de l'épithélium vésical.

Le repos et les lavages antiseptiques ont amélioré l'état de la malade et on put bientôt faire l'examen électroscopique sous le chloroforme; cet examen permit de constater qu'une tumeur solide, mamelonnée, des dimensions de la paume de la main et d'une épaisseur de 3 à 4 centimètres, se trouvait sur la paroi antérieure et le sommet du réservoir; la néoplasie était ulcérée, l'ulcère saignait facilement, il était infundibuliforme, à bords indurés, calleux, à fond couvert de détritus grisâtres. Étant donné que les embouchures des uretères étaient intactes, l'auteur s'est décidé à exciser la tumeur, mais, vu ses dimensions, il était impossible de fermer complètement la perte de substance; aussi a-t-il fixé les parois du reste de la vessie à la plaie abdominale. On a ainsi excisé environ les deux tiers de l'organe; à cause de l'adhérence de la tumeur au péritoine, ce dernier a dû être incisé.

Les suites opératoires furent des plus simples; la malade se portait très bien au moment de sa présentation à la Société (quatre mois après l'opération); son état général s'est très notablement amélioré, l'appétit est revenu, le poids du corps a augmenté; les douleurs ont complètement cessé. Cependant il reste, comme conséquence inévitable, l'écoulement de l'urine au dehors.

L'examen histologique de la tumeur enlevée a démontré qu'il s'agissait d'un épithéliome perlé à cellules plates. (*Wratsch*, 1896.)

Traitement de la rupture de l'utérus pendant l'accouchement. — M. Krajewski rapporte deux nouvelles observations de rupture utérine pendant le travail, dans lesquelles il a eu à intervenir. En se basant sur ces deux cas et les trois qu'il a observés précédemment, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° On recourra à la *laparotomie avec suture de la rupture*, si la rupture est complète, si l'on est assuré que l'accouchement a été fait d'après toutes les règles de l'antisepsie, que la lésion n'intéresse pas les ligaments larges et qu'on a la certitude de pouvoir réunir les bords de la plaie;

2° La *laparotomie avec hystérectomie totale* est indiquée dans tous les cas de rupture complète où l'infection est à craindre; dans les cas aseptiques où l'on s'aperçoit, au moment de la laparotomie, que les lèvres de la plaie utérine sont trop déchiquetées pour permettre une réunion parfaite; enfin lorsque la déchirure s'étend aux ligaments larges;

3° Enfin on devra pratiquer l'incision extra-péritonéale, d'après le procédé de Bardenheuer, lorsque la déchirure est partielle et qu'il y a un vaste épanchement sanguin sous-péritonéal, difficile à arrêter; il en est de même en cas de rupture utérine partielle avec menace d'infection, car ce procédé permet de bien drainer la cavité sous-péritonéale. (*Revue de chirurgie polonaise*, 1896, t. III, ft.)

Ptyalisme gravide pernicieux. — Parmi les nombreux troubles qui accompagnent la grossesse, la salivation est un des phénomènes les plus communs et accompagne l'état nauséeux et les vomissements; mais il est, dans ces cas, très peu marqué et attire à peine l'attention des malades. La salivation exagérée peut cependant, dans quelques cas, être assez prononcée pour inquiéter ou plutôt ennuyer les malades; elle se montre alors vers le second mois de la grossesse, augmente d'abord, puis disparaît vers la fin du troisième mois. Il n'en est pas de même dans le ptyalisme pernicieux, qui est heureusement beaucoup plus rare, mais qui peut, comme les vomissements incoercibles, mettre la vie des patientes en danger. M. Lwoff vient d'en observer deux cas et rappelle, à cette occasion, dans sa leçon clinique, les principaux caractères de l'affection.

Le ptyalisme pernicieux commence en général au deuxième mois de la grossesse par une salivation ordinaire, peu inquiétante. Il augmente graduellement et acquiert déjà vers le troisième mois une intensité assez considérable. En continuant toujours de s'aggraver, la salivation amène des troubles sérieux de la santé, trouble et rend même le sommeil impossible à cause du besoin incessant d'expuition; l'appétit disparaît, une irritation nerveuse se produit et si

la grossesse n'est pas interrompue par un avortement provoqué ou spontané, la mort peut s'ensuivre. Heureusement l'avortement spontané vient souvent mettre fin à cet état, car dès que l'évolution de la grossesse est arrêtée, la salivation diminue assez rapidement et tous les troubles disparaissent. Il est extrêmement rare que le ptyalisme continue assez longtemps après la grossesse.

La salive de ces malades ne se distingue que par sa quantité extraordinaire et sa dilution ; le professeur Lasarewitch a observé, dans un cas, une salive *blanche* spumeuse. Quant à la quantité, elle peut quelquefois être excessive et atteindre, comme dans les cas observés par l'auteur, le chiffre de 1 200 à 1 600 centimètres cubes de salive, seulement dans la journée, sans compter les cinq ou six mouchoirs et les deux ou trois serviettes mouillés durant la nuit. Pendant l'examen, ces malades crachaient littéralement à chaque minute et en une demi-heure remplissaient de salive un grand verre. Au début, les malades avalent la salive, mais bientôt la fréquence des déglutitions rend cet acte très douloureux et ils la rejettent au dehors; la fréquence extrême de l'expuition provoque des troubles nerveux plus ou moins sérieux.

Chez ses deux malades, l'auteur a constaté, à l'examen, des érosions des lèvres, du museau de tanche et la déchirure du col. Chez la première malade, le bromure et la cocaïne à l'intérieur et les cautérisations du col par le procédé de Manny, et plus tard l'emploi de l'atropine, ont amené la guérison. Chez l'autre malade, ce traitement a à peine amené un léger soulagement, aussi en raison de l'état général très grave, se proposait-on de provoquer l'avortement lorsque celui-ci se produisit spontanément et mit ainsi fin à tous les troubles.

En terminant, M. Lwoff étudie la pathogénie de cette affection, qu'il considère comme un trouble réflexe à point de départ utérin et non pas comme le résultat d'une auto-intoxication, ainsi que le veulent certains auteurs. (*Ejenedelnik*, 1896, n°s 14 et 15.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

Recherches sur la nature des substances agglutinantes et sur le rôle des matières albuminoïdes du sang et des humeurs des typhiques. — M. DIEULAFOY, au nom de MM. Widal et Sicard, communique la note suivante :

« Le fait que le sérum des typhoïdiques possède la propriété d'agglutiner, *in vitro*, le bacille d'Eberth épars dans une culture, a été confirmé par tous ceux qui ont contrôlé la méthode de séro-diagnostic proposée par l'un de nous. L'intérêt actuel est de chercher quelles sont, dans le sang et les humeurs, les substances douées de propriétés agglutinatives. Nous avons déjà montré que la réaction apparaissait par exception dans l'urine, d'une façon constante, au contraire, dans la sérosité des vésicatoires. Nous l'avons retrouvée depuis dans les sérosités du péricarde, du péritoine, de la plèvre, du pus et de l'œdème, dans le lait ou le colostrum, dans la bile, et même, atténuée, il est vrai, au moment de la naissance, dans le sang du cœur des petits d'une lapine inoculée depuis six jours. Nous n'avons obtenu que des résultats négatifs avec le liquide céphalo-rachidien, le liquide des vésicules séminales et la salive. Nous avons retrouvé presque constamment le phénomène dans les larmes sécrétées naturellement, après sécrétion provoquée la réaction n'apparaît plus, au contraire, qu'exceptionnellement.

Dans plus de la moitié des cas, l'humeur aqueuse de lapins immunisés nous a fourni des agglutinats. Un liquide dépourvu de leucocytes, comme l'humeur aqueuse, peut donc déterminer le phénomène agglutinatif. D'autre part, des expériences nous ont montré que, dans le plasma oxalaté, les globules blancs semblent ne pas sécréter de substance agglutinante, en dehors de l'organisme. Le pouvoir agglutinatif de ces humeurs s'exerce aussi bien sur le bacille mort que sur le bacille vivant. Si l'on tue une culture de bacille d'Eberth vieille de un à deux jours, en l'exposant à une température de 60 degrés ou en l'additionnant d'une goutte de formol pour 5 centimètres cubes de bouillon, les bacilles continuent à s'agglomérer, et cela pendant plusieurs semaines.

Nous avons montré qu'en violentant une humeur, en la faisant filtrer au travers d'une bougie de porcelaine, on lui fait perdre ou l'on atténue son pouvoir agglutinatif. Or nous savons que, de toutes les parties constituantes des humeurs, les matières albuminoïdes sont les mieux arrêtées par le filtre, il était donc légitime de chercher quel était le rôle de ces substances dans le phénomène de l'agglutination.

Si dans le sérum d'un typhique on sépare l'albumine de la globuline, en précipitant cette dernière substance par le sulfate de magnésie à saturation, on constate que le sérum, ne contenant plus que l'albumine, est devenu incapable de déterminer l'agglomération des bacilles, et que la globuline, isolée, a retenu pour elle tout le pouvoir agglutinatif.

Si l'on oxalate le sang d'un typhique à 1,5 p. 1000 à sa sortie des vaisseaux, on doit compter dans le plasma ainsi obtenu avec une troisième substance albuminoïde, le fibrinogène, facilement isolable par le chlorure de sodium à 15 p. 100.

On constate alors que le fibrinogène, comme la globuline, isolés et mis en solution, sont doués chacun de propriétés agglutinatives intenses, et que le plasma privé de ces deux substances, et ne contenant plus que l'albumine, a perdu son action agglomérante. Nos recherches ont porté sur le sérum ou le plasma de neuf malades, au cours ou en convalescence de fièvre typhoïde, sur le sérum ou le plasma de lapins et d'âne fortement immunisés. Semblables constatations ont été faites avec les sérosités de vésicatoire, de péritoine de péricarde et d'œdème. Dans le sang et les humeurs qui en dérivent, la puissance agglutinative semble donc attachée au fibrinogène et à la globuline.

Nous avons étendu ces recherches au lait d'une chèvre inoculée avec le bacille d'Eberth. Le lait nous permet d'étudier comment se comporte une nouvelle substance albuminoïde, la caséine, que l'on ne trouve pas dans le plasma sanguin. Disons tout d'abord que la lactalbumine et la lactoglobuline se comportent peut-être comme l'albumine et la globuline du sang. La lactoglobuline isolée retient la substance agglutinante, la lactalbumine semble rester sans action. La caséine isolée et mise en solution est douée de puissantes propriétés agglutinatives. Les substances albuminoïdes du sang ne sont donc pas les seules capables de provoquer le phénomène de l'agglutination.

Si l'on fait chauffer à 75 degrés, d'une part, une solution de caséine douée de propriétés agglutinatives, d'autre part, du lait également doué des mêmes propriétés, on voit cette solution ou ce lait perdre tout pouvoir agglomérant.

Ce fait paraît difficilement explicable. L'on sait que la caséine, quoique rangée dans le groupe des substances albuminoïdes, peut être bouillie dans l'eau ou le lait sans précipiter.

On peut émettre l'hypothèse que, sous l'action de la chaleur, la caséine, sans précipiter ni coaguler, subit une modification constitutionnelle qui se révèle par la perte du pouvoir agglutinant. On peut encore se demander si les matières albuminoïdes, pour exercer leur action aggloméramé-

rante, n'ont pas besoin d'être sollicitées par une substance, que leurs précipités fixeraient sur eux à la façon d'une diastase, ou même si elles ne servent pas de simple véhicule à la matière agglutinante. Nous avons essayé, sans résultats jusqu'ici, d'isoler une substance agglutinante, en précipitant par l'alcool les matières albuminoïdes du sérum sanguin et en les traitant par l'eau après dessiccation. Le mécanisme par lequel les matières albuminoïdes contribuent à précipiter les bacilles dans le phénomène de l'agglutination reste à préciser, et fera l'objet d'une étude ultérieure.

En résumé, les substances albuminoïdes telles que le fibrinogène, la globuline ou la caséine isolés des humeurs d'un typhique, enlèvent à la liqueur primitive la propriété agglutinative et la retiennent à leur profit. Voilà le fait acquis. Il n'intéresse pas seulement le médecin, mais aussi le chimiste qui trouvera peut-être, dans le phénomène d'agglutination, une réaction nouvelle pour l'étude si délicate des substances albuminoïdes.

Du sphacèle sus-annulaire dans les épiplocèles étranglées. — M. PEYROT fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 septembre 1896, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe de la marine, les médecins auxiliaires dont les noms suivent :

MM. Chemin, Degroote, Matuis, Douarre, Brachet, Rolland, Boyer, Vialet, Donnart, Aynès, Bouteiller, Delabaude, Bernal, Valmyre, Lucciardi, Guitard, Roquemaure, Bessière.

— Un concours, pour trois places d'interne en médecine aux hospices civils de Caen, s'ouvrira le 9 novembre 1896, à l'Hôtel-Dieu de Caen, à neuf heures du matin. — Se faire inscrire avant le 1er novembre prochain.

— Une médaille d'honneur a été décernée M. le docteur Moreau, médecin-major principal du corps des sapeurs-pompiers de Bordeaux, pour sa belle conduite en maintes circonstances.

— Une mention honorable a été décernée à M. le docteur Arnaud, d'Affreville (Alger), pour son dévouement lors de la catastrophe du chemin de fer d'Adélia, dans la nuit du 10 au 11 mai 1896.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1896-1897, aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 12 octobre au 15 novembre 1896.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance; 2° consentement du père ou tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur); 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie); 4° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° à l'Académie de médecine, 41, rue des Saints-Pères; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu.

Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rat (d'Argent-sur-Sauldre) et Tournyo (de Paris).

— Les écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières ouvriront leurs cours : 1° pour les infirmiers, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 1er octobre, à huit heures du soir; 2° pour les infirmières, à l'hôpital Lariboisière, le vendredi 2 octobre, à huit heures du soir, et à la Salpêtrière, le mercredi 7 octobre, à huit heures du soir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Relations directes entre Paris et l'Italie* (*via Mont-Cenis*). — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à Venise (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 147 fr. 60; 2e classe, 106 fr. 10. — Milan, 1re classe, 166 fr. 35; 2e classe, 119 francs. — Gênes, 1re classe, 167 fr. 10; 2e classe, 119 fr. 15. — Venise, 1re classe, 216 fr. 35; 2e classe, 154 francs. — Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de 15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 75 en 1re classe et de 10 fr. 60 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide de Paris à Turin en 16 heures, à Milan en 19 heures et demie.

— *Enlèvement des bagages à domicile dans Paris.* — Les voyageurs se rendant à une destination quelconque sur le réseau P.-L.-M. peuvent faire enlever, chez eux, leurs bagages pour s'éviter les ennuis de la descente de leur appartement, du transport à la gare et de l'attente aux guichets d'enregistrement.

Il leur suffit d'adresser leur demande, vingt-quatre heures à l'avance, aux bureaux de la Compagnie, 6, rue Sainte-Anne, 88, rue Saint-Lazare ou à la gare, 20, boulevard Diderot.

Lorsque l'enlèvement des bagages a lieu dans la matinée, les voyageurs peuvent prendre tous les trains de l'après-midi, à partir de deux heures. Si les bagages sont enlevés dans l'après-midi, les voyageurs peuvent prendre les trains du soir à partir de sept heures ou les trains du lendemain matin.

Sur la présentation du reçu qui leur aura été remis à leur domicile, les voyageurs recevront leur billet de place et leur bulletin de bagages, à l'un des guichets de délivrance des billets, contre le paiement de leur montant et du prix de l'enlèvement des bagages compté à raison de 30 centimes par fraction indivisible de 10 kilos avec minimum de 2 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'ophtalmologie, par MM. H. NIMIER, médecin-major de 1re classe, agrégé libre du Val-de-Grâce, et F. DESPAGNET, secrétaire général de la Société d'ophtalmologie de Paris. 1 fort vol. gr. in-8° de 952 pages avec 432 gravures dans le texte et une planche en couleurs hors texte, cart. à l'anglaise. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Clinique des maladies du système nerveux, par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de

médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. 1 beau volume grand in-8° de 660 pages avec 103 fig. et 2 pl. en couleur. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Théorie et pratique des fondations perpétuelles. Histoire. Jurisprudence. Vues critiques. Droit français et étranger, par A. Geouffre de Lapradelle, docteur en droit, lauréat de la Faculté de droit de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, V. Giard et E. Brière, libraires-éditeurs, 16, rue Soufflot.

La variole, par le docteur de Grandmaison, ancien interne des hôpitaux. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la hernie inguinale gauche du cæcum.

Par G. Pujol,
Interne des hôpitaux de Marseille.

I

La hernie du cæcum, s'effectuant à travers le canal inguinal, et surtout le canal crural du côté gauche, est un fait exceptionnel. Duret, dans sa thèse d'agrégation, consacrée cependant à l'étude des variétés rares de hernies inguinales, ne la mentionne même pas. Déjà les hernies similaires de cette portion de l'intestin sont relativement peu fréquentes à droite, puisque, d'après Houel (1) et Albert (2), elles constituent la variété la moins commune de hernie du tube digestif, celle de l'estomac mise à part.

S'il fallait en croire Cruveilhier et Sée (3), « le cæcum se serait trouvé au moins aussi souvent dans les hernies du côté gauche que dans celles du côté droit. » Mais l'accord est unanime entre tous les auteurs qui se sont occupés spécialement de la question pour reconnaître la rareté de la hernie du cæcum à gauche; tandis que celle du côté droit se rencontre beaucoup plus souvent, sans pour cela être fréquente. D'après Hedrich (4), la hernie cæcale gauche serait à la hernie cæcale droite dans le rapport de 28 à 100.

Les travaux d'ensemble sur la hernie cæcale du côté gauche sont peu nombreux. En 1868, F. Klein (5) en rapporte cinq observations dans sa thèse; en 1883, Pfister (6) fait une étude sur ce sujet, avec quatre observations seulement, dont une personnelle; L. Vogt (1), en 1884, revient sur cette question et apporte une observation nouvelle; en 1889, Hedrich (2) publie une importante monographie que nous avons largement mise à contribution pour la rédaction de ce travail, et dans laquelle se trouvent relatées toutes les observations antérieurement parues, au nombre de treize, et, de plus, une inédite de E. Bœckel.

Depuis lors, Broca (3) a fait une savante étude critique sur la pathogénie de la hernie cæcale gauche, avec une autopsie à l'appui; Josserand (4), Jayle (5), Courtin (6), Esprit (7) ont apporté chacun une observation personnelle; nous en avons publié également une, il y a peu de temps, empruntée à la pratique hospitalière de notre maître, M. le professeur Villeneuve (8).

D'autre part, les travaux de Bardeleben (9), de Krause (10), de Trèves (11), de Tuffier (12), de Bennett et Cuningham (13), de Clado (14), de Chipault (15), de Lockwood (16), de Vuly-

(1) Houel. *Manuel d'anatomie pathologique*, Paris 1857, p. 290.

(2) Albert. *Handb. der Chir. und Operat.*, Wien und Leipzig, 1885, B. III, p. 145.

(3) Cruveilhier et Sée. *Traité d'anatomie descriptive*, 5e édit., p. 151.

(4) Hedrich. Étude sur la hernie inguinale du cæcum à gauche, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1889, nº 11, p. 121.

(5) F. Klein. *Ueber die aüssern Brücke des proc. vermif. cæci*, Dissert. Giessen, 1868.

(6) Pfister. *Ueber Anat. und Therap. der Blinddarmbrüche*, Dissert. Zurich, 1883.

(1) L. Vogt. Ueber Verlagerung des Magens in Scrotalhernien, *Münch. med. Wochens.*, 1884, Nr. 26.

(2) Hedrich. Loc. cit.

(3) A. Broca. Hernie du cæcum à gauche, *Bull. de la Soc. anat.*, 8 oct. 1891, p. 547.

(4) G.-N. Josserand. Tumeur de l'appendice vermiforme, développée dans un sac herniaire inguinal gauche, contenant le cæcum, *Lyon méd.*, 3 janv. 1892, p. 14.

(5) Jayle. Hernie inguinale gauche comprenant la presque totalité de l'intestin. Perforation de l'estomac. Péritonite aiguë, *Bull. de la Soc. anat.*, 6 janv. 1893, p. 42.

(6) Courtin. Hernie inguinale gauche contenant le cæcum; résection du cæcum, guérison, Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 déc. 1893, in *Gaz. des hôpit. de Toulouse*, 12 mai 1894, p. 146, et Guérin. Même cas, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 janv. 1894.

(7) Esprit. Hernie congénitale du cæcum à gauche. Cure radicale, guérison, *Dauphiné méd.*, déc. 1895, p. 277.

(8) G. Pujol. Volumineuse hernie inguinale gauche contenant le cæcum, *Gaz. des hôpit.*, 10 mars 1896, p. 304.

(9) Bardeleben. *Virchow's Archiv*, 1849, p. 59.

(10) Krause. *Anatomie des Menschen.*

(11) Frederick Treves. *Hunterian lectures on the anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man*, Londres 1855, et *Brit. Med. Journ.*, 1885; — Mémoire sur les hernies du cæcum, *Ibid.*, 1887.

(12) Tuffier. Étude sur le cæcum et ses hernies, *Arch. gén. de méd.*, 1887, p. 665.

(13) Bennett et Cuningham. *Anatomie de la hernie cæcale congénitale*, Londres 1888.

(14) Clado. Anatomie et embryologie de l'appendice cæcal, *Bull. de la Soc. de biol.*, janv. 1892, p. 140.

(15) Chipault. Hernie du cæcum, Soc. anat., mars 1892.

(16) Lockwood. Les fossettes péricæcales; position de l'appendice vermiforme. Rapports avec la hernie rétro-péritonéale, *Journ. of Anat.*, oct. 1892.

nack (1) ont puissamment contribué à élucider le mode de formation et la constitution anatomique des hernies du cæcum et de son appendice.

Voici le résumé des cas publiés (2), au nombre de vingt, que nous croyons intéressant de grouper ici, vu leur rareté, et auxquels nous ajoutons une observation inédite, qui nous a été obligeamment communiquée par notre excellent maître, M. le professeur Queirel.

Observation I : Méry, 1701 (3). — Dans les premières années que Méry passa à l'Hôtel-Dieu de Paris, il y mourut un vieillard qui avait une descente monstrueusement grosse. A l'autopsie, il ne trouva dans l'abdomen qu'un demi-pied d'intestin grêle, tout le reste était passé dans le côté gauche du scrotum. Le cæcum y était même descendu avec le commencement du côlon. En incisant le scrotum, il se présenta une première, puis une seconde membrane, qu'il examina. Pour mieux les reconnaître, il les désunit l'une d'avec l'autre jusqu'à la partie charnue des muscles du ventre, où étant parvenu, il vit que la première était une continuité de l'aponévrose du muscle oblique externe, et la seconde une suite de celle de l'oblique interne. Puis il parut encore une troisième membrane, qu'il détacha encore et reconnut comme prolongement de l'aponévrose du transverse, puis une quatrième, formée par l'extension du péritoine, dans la poche duquel étaient renfermés tous les intestins grêles.

Obs. II : Camper, 1762 (4). — Anno MDCCLXI die XVI Januarii Amstelædami in theatro chirurgico herniam duplicem inguinalem in obesissimi senis cadavere demonstrabam. Sinistram, decem pollices longam et quinque amplam, tenuia partim cum pinguedinoso mesenterio occupabant, cæcum una cum appendice vermiformi annulum sinistrum ingressa erant, non quia transpositio viscerum locum habebat, sed quia uti jam dixi, tenuium intestinorum pondus reliquum peritonæum, atque ideo etiam cæcum, in sinistrum inguen coegerat. Dextra hernia nihil præter omentum compactum continebat.

Obs. III : Bonn, 1828 (5). — Grande hernie inguinale double chez un vieillard, porteur d'une forte scoliose, qui consistait en une déviation de la colonne vertébrale vers le côté gauche, et du bassin vers le côté droit, en sorte que, par cette infirmité, le cæcum a évidemment été déplacé. Une incision des deux côtés du scrotum, énormément augmenté de volume, montra : à gauche, une partie de l'iléon avec le cæcum et son appendice, de même qu'une partie du côlon ascendant; à droite, le côlon transverse, une partie du côlon descendant et une portion d'épiploon.

Obs. IV : Bonn, 1828 (6). — Hernie inguinale du côté gauche qui descendait jusqu'à mi-hauteur de la cuisse, sur un cadavre féminin. Après incision sur la tumeur, on remarqua l'énorme sac herniaire en forme de poire, situé dans l'aine gauche et descendant dans la grande lèvre gauche, comprimant fortement les parties génitales externes. Après incision longitudinale du sac, on y découvrit une grande portion de l'épiploon, une partie de l'iléon et du côlon, que l'on distinguait facilement de l'intestin grêle par sa surface bosselée; ensuite le cæcum et son appendice. En enlevant davantage les parties énumérées, l'on constata que même l'ovaire et la trompe du côté gauche étaient descendus jusqu'au fond de la poche. Aussi l'utérus était dévié de sa place normale dans sa partie supérieure.

Obs. V : Lebert, 1838 (1). — Louis Clément, âgé de soixante-dix-huit ans, portait une hernie inguinale double, qu'il avait contractée par un effort à l'âge de cinquante-huit ans. Les deux hernies forment en apparence une seule tumeur qui descend jusqu'aux genoux et mesure 90 centimètres de circonférence. Mort par pneumonie. L'abdomen étant ouvert, on introduit facilement les quatre doigts réunis à travers les anneaux inguinaux. Une incision sur les tumeurs traverse deux couches fibreuses, puis une membrane séreuse, expansion du péritoine formant le sac herniaire, deux larges plaques cartilagineuses situées, l'une en arrière, l'autre en avant, au niveau desquelles l'intestin avait contracté des adhérences assez solides. Quant à la composition de la hernie proprement dite, elle était formée, à gauche, par le mésentère, la presque totalité de l'intestin grêle et le cæcum; à droite, par une grande portion du gros intestin, le grand épiploon et le petit cul-de-sac de l'estomac.

Obs. VI : Splenger, 1851 (2). — Un garçon de cinq ans et demi, atteint de hernie inguinale gauche congénitale, la maintient dès les premiers temps par un bandage. Malgré son application continuelle, la tumeur augmenta et prit la grandeur d'une bouteille de champagne. Déjà antérieurement, mais surtout depuis six mois, il y a de la constipation, les selles sont irrégulières; vomissements, douleurs abdominales, etc. La tumeur devient irréductible; l'opération parut indiquée. Dans le sac on trouva un énorme paquet d'intestin grêle, le cæcum avec l'appendice adhérents au sac. Mort par péritonite.

Autopsie : le cæcum avec l'appendice se trouvait dans le sac herniaire à gauche. Le côlon ascendant était entièrement entraîné de sa place ordinaire et présentait un calibre diminué de moitié par la traction continuelle qu'exerçait sur lui le cæcum.

Obs. VII : Geissler, 1867 (3). — Femme de soixante-dix ans, cachectique, atteinte de hernie inguinale double; à droite : petite hernie inguinale réductible; à gauche : hernie inguinale, en forme de sablier, dans le même état depuis trente ans, entrant dans la grande lèvre gauche; la tumeur inférieure de la grosseur d'une noix, la supérieure du volume d'un œuf de pigeon. Sensibilité de l'abdomen, surtout à la pression. Diarrhée et ballonnement du ventre. La tumeur gauche se laisse un peu refouler dans le canal inguinal. Après trois semaines, la malade succombe.

Autopsie : Dans le canal inguinal gauche l'on trouva l'appendice vermiforme à parois épaissies, avec un étranglement au milieu. Le cæcum était logé derrière la symphyse et remontait de là vers l'ombilic. Il avait contracté des adhérences cartilagineuses avec la paroi abdominale antérieure et l'intestin grêle; son calibre était fortement augmenté.

Obs. VIII : Little, 1869 (4). — Little fait la kélotomie chez un enfant de quatre mois, atteint de hernie inguinale

(1) Vulynack. *Contribution à l'étude de l'appendice vermiforme*, Londres 1893.

(2) Les quatorze premières observations sont empruntées au mémoire de Hedrich.

(3) Méry. *Mém. à l'Acad. des sc.*, 1701, p. 271.

(4) P. Camper. *Demostrationum anat. pathol. liber sec. de pelvis humanæ fabrica. Amstelædami*, 1762, p. 18.

(5) Bonn. *Tabul. anat. chir.*, édit. A. Sandifort, Leipzig 1828, p. 23, comp. tab. XII; cité par Klein, Diss. Giessen, 1868, p. 34.

(6) Bonn. Loc. cit., tab. XIV.

(1) Lebert. Histoire d'une oschéocèle, *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1838, t. I, p. 147.

(2) Spengler. *Deuts. Klin.*, 1851, Nr. 38, p. 402.

(3) Geissler. *Zeits. f. Med. Chir. und Geburt.*, 1867, p. 534.

(4) J. Little. Two rare cases of strangulated hernia, *The New-York Record*, 15 oct. 1869.

gauche, dans laquelle se trouva contenu le cæcum avec son appendice vermiculaire et une anse d'intestin grêle en état d'étranglement. Réduction en soulevant le sujet par les jambes. Mort le troisième jour après l'opération à la suite de diarrhée intense.

Obs. IX : Bradley, 1878 (1). — Un homme de soixante-trois ans était déjà depuis un assez long espace de temps porteur d'une hernie scrotale du côté gauche. Il présenta tous les symptômes de l'étranglement. On fit des essais de réduction sans ouvrir le sac herniaire. Comme ces tentatives restaient inutiles, l'on incisa. Dans le sac herniaire, on trouva, comme contenu, de nombreuses anses d'intestin grêle, le cæcum et le commencement du côlon ascendant. Comme il s'écoula des matières fécales en essayant la réduction, sans que l'on pût trouver l'endroit de la perforation, on s'abstint de toutes autres manipulations.

L'autopsie montra que le lieu de perforation répondait à une ulcération qui se trouvait juste entre le cæcum et son appendice.

Obs. X : Steiger, 1879 (2). — Femme de cinquante-sept ans, présentant à l'arrivée de M. Steiger (troisième jour de l'étranglement) des symptômes déjà graves. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche. L'opération lui montra, pour la première fois de sa vie, une hernie sans sac aucun. De la partie essentielle de l'intestin hernié (évidemment une hernie de Littre) partait une petite queue de forme cylindrique, dont le bout, formant cul-de-sac, était adhérent à l'intestin déplacé. Il y avait donc hernie inguinale gauche d'une partie du cæcum avec son appendice; l'intestin avait bon aspect; la réduction était facile; à partir du quatrième jour, tout danger était exclu.

Obs. XI : Pfister, 1883 (3). — Pfister constata sur le cadavre d'une femme de quarante et un ans une tumeur herniaire partant de la grande lèvre gauche et s'étendant vers en haut dans la région inguinale. Elle avait la grosseur d'une tête. Après l'incision du sac herniaire, on y trouva une grande partie du côlon ascendant, le cæcum et son appendice, flottants à un long mésentère. Les intestins étaient très mobiles et faciles à réduire. La hernie était congénitale, n'avait jamais causé d'inflammation ou d'étranglement, ni même un inconvénient quelconque.

Obs. XII : Vogt, 1883 (4). — Homme de soixante ans, atteint depuis de longues années d'une hernie inguinale gauche, qu'il n'a jamais maintenue par un bandage. Réduction possible. Il avait de temps en temps un malaise et des vomissements. Il mourut d'épuisement général, pas d'étranglement, après quelques jours d'observation.

Autopsie : Dans le sac herniaire, situé à gauche, se trouva le pylore très distendu ; une petite partie de l'intestin grêle, quatre travers de doigt environ ; le cæcum et le côlon jusqu'à l'S iliaque sont également dans le sac, en même temps qu'une grande partie de l'épiploon.

Obs. XIII : Von Arx, 1886 (5). — Autopsie : homme de quatre-vingt-deux ans, avec xyphose très prononcée de la colonne vertébrale ; le bord inférieur des fausses côtes touche presque le bord supérieur du bassin. Hernie scrotale bilatérale qui atteint le tiers inférieur de la cuisse; la tumeur a la grosseur d'une tête d'adulte. Dans le sac herniaire gauche, l'on constate, comme contenu, tout l'intestin grêle et, derrière lui, le cæcum avec son appendice, ainsi que le commencement du côlon ascendant, qui avait, avec le cæcum, une longueur de 20 centimètres. Cette partie (cæcum et côlon ascendant) était absolument libre et mobile dans le sac et présentait un long méso-côlon. Le reste du côlon ascendant passait sur la vessie dans la direction de l'anneau droit, où il formait une tumeur herniaire droite, avec un morceau d'épiploon de la grosseur d'un poing. Il n'y avait aucune adhérence au sac. Les testicules étaient situés des deux côtés derrière le contenu de la hernie. La séreuse de tout le canal intestinal se trouvait considérablement épaissie.

Obs. XIV : E. Bœckel, 1889 (1). — Homme de cinquante-cinq ans, affecté depuis cinq ans, à la suite d'un effort, d'une hernie scrotale gauche et n'ayant jamais porté bandage. La hernie qui ne lui avait guère causé d'inconvénient, les quatre premières années de son existence, et était restée réductible, commença, la cinquième année, à donner lieu à des douleurs dans le bas-ventre, surtout après les repas. La grosseur considérable de la tumeur, son irréductibilité datant de la dernière année et les tiraillements douloureux lui ont fait rechercher le secours du chirurgien. M. le professeur E. Bœckel procède à la cure radicale le 5 septembre 1889. La hernie, située dans la moitié gauche du scrotum, présente un volume de la grosseur de deux poings. Tout essai de taxis échoue. Incision cutanée de 20 à 25 centimètres. Les parois du sac se trouvent épaissies; on traverse un grand nombre de couches fibreuses avant d'ouvrir le sac. Elles sont fortement adhérentes les unes aux autres et doivent appartenir en partie aux aponévroses des muscles de l'abdomen, ainsi qu'au péritoine pariétal. Les parties herniées sont formées par le cæcum avec son appendice et par le côlon. Le cæcum proémine dans le sac herniaire par les trois quarts de sa circonférence, mais sa face postérieure, devenue antérieure dans la hernie, n'est pas revêtue de péritoine. En essayant de le repousser dans le ventre, on est arrêté par les points de réflexion du péritoine, de sorte que M. Bœckel se décide à couper ce dernier, de chaque côté, tout le long de l'intestin hernié. Cependant le cæcum ne se laisse pas encore réduire; il est trop volumineux pour franchir l'anneau inguinal. Il faut encore débrider largement ce dernier pour arriver à la réduction. Il s'agit maintenant de dégager le collet de ce sac, qui a été fendu doublement dans toute sa longueur et de le lier pour obtenir une cure radicale.

En cherchant à isoler circulairement le sac, on constate que sa moitié inférieure et interne est très épaisse, charnue, mollasse. M. Bœckel émet l'opinion qu'il s'agit de la vessie, ce qui est vérifié. Cet épaississement de la partie postéro-interne du sac herniaire est formé par une partie de la vessie, non recouverte de péritoine. Après un nouveau débridement et la réduction du cæcum, la hernie vésicale se réduit aussi facilement. Chaque moitié du sac est liée isolément d'abord, puis ensemble, et le sac est réséqué. Sutures. Guérison.

Obs. XV : A. Broca, 1891 (2). — Autopsie : homme âgé, disséqué en décembre 1888, porteur d'une grosse hernie bilatérale : à gauche, hernie énorme de 30 centimètres de long ; à droite, hernie du volume du poing.

Dissection de la hernie gauche : le sac est facile à isoler

(1) Bradley. *Med. Times and Gaz.*, 8 June 1878, p. 617.

(2) A. Steiger. Drei Fälle von Herniotomie, *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 1879, p. 504, cas 2.

(3) J. Pfister. Loc. cit., cas 19.

(4) L. Vogt. Loc. cit.

(5) Von Arx. Cæcum in einer Scrotalhernie, *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 1er déc. 1886, p. 652.

(1) E. Bœckel. Observation inédite rapportée par Hedrich, loc. cit., p. 123.

(2) A. Broca. Loc. cit.

en haut, mais en bas, il y a des adhérences; on arrive cependant à l'isoler complètement; il est très mince. Le testicule est situé à sa partie inférieure et à sa face postéro-externe. On a affaire à une hernie directe, située en dehors de la gaine profonde du cordon. On trouve sur le premier plan 2m10 d'intestin grêle avec son mésentère, le cæcum et 15 centimètres de côlon ascendant. A la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du sac apparaît un pli perpendiculaire au grand axe de ce dernier. Ce pli ne fait pas tout le tour du sac. Il est très saillant (2 centimètres) en avant et en dedans; en arrière, il s'atténue peu à peu, et en dehors il est réduit à une bride étroite. Il est formé par la séreuse; il est lisse et souple et, au premier abord, il a fait penser à une hernie congénitale; mais elle se laisse déplisser quand on tire le sac au-dessus et au-dessous d'elle. Sur le tiers supérieur du sac, on a pu isoler de la séreuse une membrane continue avec le fascia transversalis en haut et latéralement, insérée à la partie inférieure du collet, sur la lèvre postérieure de l'arcade crurale.

L'adhérence inflammatoire unit au collet du sac la face interne du côlon; elle se prolonge en arrière sur les parties voisines du mésentère iléo-cæcal ou plutôt iléo-colique. L'adhérence charnue naturelle unit le côlon au bord postérieur de l'anneau et elle forme un pli qui se prolonge vers la face antérieure du méso-côlon iliaque.

Derrière cette masse énorme formée par l'intestin grêle et le côlon ascendant, le côlon iliaque tout entier est hernié. En arrière et en dehors du collet, il est fixé par une adhérence charnue naturelle, unie à la face postérieure de son méso. Toute la partie contenue dans le sac est absolument libre. De même le cæcum et le côlon ascendant sont de toute adhérence, tandis que l'intestin grêle contracte une adhérence au fond du sac, épaissi en ce point.

Dissection de la hernie droite : hernie directe réductible, formée par le grand épiploon et le côlon transverse. Aucune adhérence.

La particularité intéressante consiste dans le repli valvulaire que la séreuse présente dans le sac gauche, repli formant une sorte de nid, sur lequel repose le fond du cæcum, tandis que l'intestin grêle descend au-dessous. Au premier abord, cela ressemblait beaucoup à un de ces diaphragmes dont Ramonède a fait la caractéristique des hernies péritonéo-vaginales. Or il s'agit ici d'une hernie certainement acquise, puisqu'elle est directe, extra-funiculaire et entourée par le fascia transversalis refoulé.

L'adhérence charnue naturelle n'existait qu'au collet, à 15 centimètres du cæcum. Il y avait donc 15 centimètres du côlon ascendant sans méso-côlon, fort libre par conséquent.

Obs. XVI : Poncet (de Lyon), 1891 (1). — Homme de soixante-quatre ans, porteur depuis dix-huit ans d'une hernie inguinale gauche n'ayant jamais occasionné de troubles sérieux. Cette hernie était depuis longtemps incomplètement réductible. A la suite d'un accident de voiture, remontant à un mois, la hernie a augmenté de volume et elle est devenue plus difficile à réduire et à maintenir. Depuis trois jours, irréductibilité, constipation, vomissements bilieux. Malgré tout, l'état général est bon.

La hernie a le volume des deux poings, elle est sonore, molle, non douloureuse. Autour du pédicule, se trouve un corps dur, du volume d'une noix, non douloureux, faisant corps avec la hernie.

A l'opération, on reconnaît le cæcum à la partie postéro-externe de la hernie, qui contient de plus une courte portion du côlon ascendant et 15 à 20 centimètres d'intestin grêle. Le sac entoure tous les viscères herniés. La petite tumeur provient de l'appendice vermiculaire, qui est réséqué. Suture des piliers. Le malade a présenté du délire; il est sorti de l'hôpital peu de jours après l'opération et a été perdu de vue.

La tumeur était constituée par un kyste stercoral et par la transformation lipomateuse diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux de l'appendice.

(1) Poncet. Observation publiée par G.-N. Josserand, loc. cit.

Obs. XVII : Monod, 1892 (1). — Homme de cinquante-cinq ans, atteint depuis longtemps d'une hernie de la grosseur d'une tête d'enfant, siégeant dans la partie gauche du scrotum et causant de temps à autre à son porteur des tiraillements douloureux. Depuis plusieurs semaines, vomissements glaireux ou aqueux tous les deux ou trois jours.

Le 3 juillet 1892, à la suite d'un repas copieux, vomissements glaireux et bilieux, douleurs abdominales atroces. Le ventre se ballonne; il est dur, peu sensible à la pression. La hernie augmente aussi de volume, elle est sonore. On porte le diagnostic de péritonite suraiguë, sans espoir de guérison. La mort survient en effet rapidement.

Autopsie : perforation stomacale; péritonite. L'abdomen est presque vide d'intestins. Le sac de la hernie est facilement libéré. Il contient l'intestin grêle presque en entier, le cæcum et son appendice, le côlon transverse, une partie du côlon ascendant, le côlon descendant, l'S iliaque et le grand épiploon, atrophié, s'engageant dans un diverticule du sac.

Obs. XVIII : Villeneuve [de Marseille], 1893 (2). — Homme de soixante-dix ans, porteur d'une volumineuse hernie inguinale du côté gauche, datant de douze ans. Cette hernie, irréductible, descend à mi-cuisse. Elle occasionne à ce malheureux vieillard de telles douleurs, qu'il entre à l'hôpital, réclamant coûte que coûte une intervention, et menace de se suicider si on la lui refuse.

L'opération est pratiquée le 21 avril 1893. Le trajet inguinal incisé, le sac est ouvert; une masse volumineuse d'épiploon est attirée au dehors. Cet épiploon est bosselé, induré et par places adhérent à l'intestin; on en résèque 360 grammes. La hernie comprend, en outre, le gros intestin dans sa presque totalité. Le sac manque en bas et en arrière. Il présente quelques adhérences. Le cæcum prolabé a entraîné avec lui le péritoine pariétal, lequel forme en arrière un sinus, descendant jusqu'au fond du scrotum et distinct du sac proprement dit. Au cours des recherches pénibles qui ont permis de reconnaître cette disposition exceptionnelle, une déchirure de 8 centimètres environ se produit sur le méso-côlon ascendant. Elle est immédiatement suturée. La réduction est difficile. L'opéré meurt le 2 mai sans être allé à la selle. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XIX : Courtin [de Bordeaux], 1893 (3). — Homme de soixante-quatre ans; à vingt-quatre ans, il remarqua par hasard l'existence d'une hernie inguinale gauche, et prit un bandage. Depuis lors, la hernie entrait et sortait facilement. En juillet 1893, elle resta dans le scrotum. Il entra alors à l'hôpital. Sa mère est morte d'une hernie étranglée à soixante-quatorze ans. Lui-même s'est toujours bien porté, jusqu'au moment où sa hernie n'est plus rentrée. Il a alors souffert de coliques, de constipation, de troubles digestifs, et en peu de temps il a beaucoup maigri.

On constate que la tumeur herniaire est sonore en arrière, mate en avant. On rencontre çà et là des nodosités extrêmement dures, qui ne disparaissent pas à la suite d'une évacuation abondante provoquée par un purgatif. Le diagnostic porté est celui de hernie inguinale gauche, conte-

(1) Monod. Observation publiée par Jayle, loc. cit.

(2) Villeneuve. Observation publiée par G. Pujol, loc. cit.

(3) Courtin. Loc. cit.

nant de l'intestin et de l'épiploon. Les noyaux durs sont considérés comme de l'épiploon chroniquement enflammé.

Opération le 22 septembre. L'épiploon et l'intestin forment un paquet informe, adhérent à la tunique vaginale. M. Courtin essaie de libérer l'intestin; il se produit immédiatement une fissure qui laisse échapper du liquide intestinal. Une seconde tentative dans un autre endroit amène une lésion analogue. M. Courtin se décide alors à isoler le paquet tout entier; il l'attire à lui jusqu'au moment où il parvient à faire sortir du canal inguinal deux portions saines de l'intestin, qui sont, après section, suturées l'une à l'autre latéralement, car le calibre n'était pas le même pour chacun des bouts, l'un appartenant au gros intestin, l'autre à l'intestin grêle. C'était donc le cæcum qui se trouvait dans la hernie. Guérison.

Obs. XX : Esprit, 1895 (1). — Le 25 août 1895, est amené à l'hôpital de Tizi-Ouzou un enfant kabyle de trois ans, porteur d'une hernie étranglée inguino-scrotale gauche. La hernie, après s'être montrée à différentes reprises depuis quatre mois et s'être laissé réduire chaque fois, s'est reformée il y a six jours et ne s'est pas modifiée depuis. Cette hernie a environ le volume du poing; la peau qui la recouvre paraît amincie par la distension; sa forme est bilobée; la portion scrotale piriforme se continue avec une autre saillie cylindroïde qui occupe le canal inguinal et qui paraît translucide. Sa consistance est uniforme, plutôt rénitente que fluctuante. La percussion dénote une sonorité manifeste au niveau de la saillie inguinale et presque tympanique dans la portion antéro-supérieure de la tumeur scrotale, le reste étant mat. On porte le diagnostic d'hydro-entérocèle de nature probablement congénitale. L'opération est pratiquée le lendemain. A l'ouverture du sac, il s'échappe deux cuillerées environ de liquide citrin. On trouve d'abord le cæcum avec son appendice, couché sur son côté interne. L'anse intestinale est très distendue, elle est un peu congestionnée. A son côté gauche se trouve un repli mésentérique avec deux ou trois ganglions inclus dans son épaisseur. Au-dessus de l'appendice apparaît la terminaison de l'iléon.

La cavité du sac occupe toute la hauteur du scrotum à gauche; à la partie inférieure, mis à découvert par l'incision, se trouve le testicule; il est accolé à la paroi inférieure du sac, mais en dehors de la cavité; le cordon est situé sur la partie postéro-externe de la paroi du sac.

L'orifice externe du canal inguinal admet le doigt; toutefois, l'anse herniée était tellement distendue par les gaz, que pour la réduire il fallut inciser cet orifice externe et une portion du trajet inguinal. A noter l'absence d'adhérence charnue naturelle. Cure radicale; guérison.

Obs. XXI : Queirel (inédite). — Le 7 juillet 1888, entrait à l'hôpital de la Conception, salle Saint-Charles, le nommé Pierre G..., charretier, âgé de cinquante-six ans. Cet homme portait, depuis de longues années, une hernie inguinale gauche, devenue douloureuse et ayant considérablement grossi, dans ces derniers mois, à la suite d'efforts répétés qu'il fit en chargeant sa charrette. Elle était, du reste, insuffisamment maintenue par un suspensoir.

Cette tumeur herniaire, du volume d'une tête d'adulte, arrivait à mi-cuisse; elle n'était qu'incomplètement réductible.

A l'opération, M. le professeur Queirel constata que la hernie, contenue dans un sac, était constituée par une masse d'épiploon, qui fut réséqué, par l'intestin grêle, le cæcum avec son appendice et le côlon ascendant. Le sac fut assez difficile à disséquer, à cause des adhérences, et la hernie fut réduite. Cure radicale. Suites opératoires très simples. L'opéré sort guéri le 8 septembre.

(1) Esprit. Loc. cit.

II

Comme on le voit par le nombre restreint d'exemples que nous avons pu fournir, et comme permettait de le présumer déjà sa situation anatomique, le cæcum se présente fort rarement dans une hernie inguinale du côté gauche.

MM. les professeurs Recklinghausen et Jœssel, dans une communication personnelle faite à M. Hedrich et rapportée par ce dernier, déclarent n'avoir jamais rencontré une seule hernie du cæcum à gauche, sur un nombre très considérable d'autopsies et de dissections.

Sans être très fréquente, la hernie droite du cæcum s'observe cependant beaucoup plus souvent, dans la proportion d'environ 14 hernies gauches pour 50 hernies droites (Hedrich).

La hernie crurale du cæcum, soit à droite, soit à gauche, est encore plus rare. Nous ne connaissons qu'un seul cas de hernie crurale du cæcum à gauche; il est rapporté par Tuffier. Ce même auteur a établi que la proportion des hernies crurales du cæcum était de 5 droites pour 1 gauche.

Dans les deux septièmes des cas (6 sur 21 : Camper, Bonn, Lebert, Geissler, Von Arx, Broca), le cæcum était hernié à gauche, malgré la coexistence d'une hernie inguinale droite. Pour expliquer ce fait, on a prétendu que le cæcum serait d'abord descendu dans la hernie droite et qu'il aurait été ensuite attiré, par le développement de la hernie gauche, dans l'intérieur de cette dernière. C'est certainement une explication, mais qui est basée sur une hypothèse purement gratuite, car on manque de renseignements précis sur la date d'apparition relative de chacune des deux hernies, dans ces cas complexes.

C'est sur des hommes que l'on observe le plus souvent la hernie inguinale gauche du cæcum. Des 21 cas que nous avons réunis, 4 seulement ont trait à des femmes; ce qui correspond bien, du reste, avec la rareté plus grande de la hernie inguinale chez la femme. Les enfants entrent au nombre de trois dans la statistique des hernies cæcales gauches à travers l'anneau inguinal : il s'agit alors de hernies congénitales.

Tous les autres cas, au nombre de quatorze, ont été constatés chez des hommes, surtout sur des vieillards. On comprend, en effet, que le cæcum se rencontre plus volontiers dans une hernie volumineuse qu'isolément hernié. Or les grosses hernies sont plutôt l'apanage des vieillards; car, par suite du relâchement des parois abdominales et de l'insuffisance ou du manque absolu de contention, les anciennes hernies finissent par acquérir graduellement d'énormes dimensions.

Les travaux de Trèves et de Tuffier sur les hernies du cæcum ont réfuté l'opinion, si courante encore, malgré les descriptions antérieures de Bardeleben et de Krause, prétendant que le sac n'existait qu'exceptionnellement autour du cæcum hernié. Nélaton (1) ne nous dit-il pas, en effet, que la variété de hernie cæcale la plus rare est celle où il existe un véritable sac herniaire et qu'elle ne se rencontre guère que chez les enfants?

Après Trèves qui écrit : « Le cæcum est partout recouvert de péritoine, » Tuffier, comme conséquence obligée, ajoute : « Toute hernie cæcale a un sac; » et ces affirmations sont

(1) A. Nélaton. *Éléments de pathologie chirurgicale*, 2e édit., revue par A. Després, t. V, p. 603.

basées sur de consciencieuses recherches anatomiques qui ont été, depuis, bien des fois contrôlées.

En réunissant les statistiques de Bardeleben, de Trèves et de Tuffier, on arrive à un total dépassant 300 examens cadavériques. Sur ce nombre, on ne relève qu'une seule observation de développement du cæcum en dehors du péritoine.

F. Legueu (1), sur 100 examens de cadavres d'enfants, a trouvé 8 fois l'enveloppement complet du cæcum et du côlon ascendant par le péritoine ; dans la moitié des cas environ, l'enveloppement complet du cæcum et d'une moitié du côlon ascendant, ou enveloppement complet du cæcum avec méso-côlon pour le côlon ascendant, et 6 fois seulement l'enveloppement incomplet du cæcum et du côlon ascendant.

Le péritoine viscéral adhère fortement aux tuniques intestinales sous-jacentes au niveau de l'appendice vermiforme et sur la partie antérieure du tiers inférieur du cæcum. Sur la face postérieure du cæcum, l'adhérence est beaucoup moins intime, et l'on peut fort bien mobiliser la séreuse, de même que sur toute la partie supérieure du cæcum et à la surface du côlon ascendant (Tuffier).

Hedrich fait remarquer que, bien que « le cæcum hernié ne saurait être complètement dépourvu de son enveloppe immédiate que dans des cas anormaux, il peut toutefois être plus ou moins dépourvu de son enveloppe séreuse, surtout dans ses parties supérieures et latérales externes, quoique, dans l'état normal, il ait pu être recouvert dans toute sa circonférence ». Il appuie cette opinion sur son observation (XIVe), dans laquelle le cæcum était proéminent dans le sac herniaire par les trois quarts de sa circonférence, et où sa face postérieure, devenue antérieure, était dépourvue de péritoine sur une étendue de deux travers de doigt, à partir du côlon jusqu'au tiers inférieur. C'est à un mouvement de rotation du cæcum autour de son axe longitudinal qu'Hedrich attribue le manque de péritoine viscéral sur la partie postérieure du cæcum.

La plupart des observations sont muettes sur les rapports du péritoine viscéral avec le cæcum. Ceci s'explique aisément, si l'on songe que presque toutes ces descriptions ont été faites d'après l'examen pratiqué au cours même de l'opération, c'est-à-dire dans des conditions particulièrement difficiles et des moins favorables pour des recherches si délicates. Recklinghausen avoue que, sur le cadavre même, il est parfois difficile de mettre le sac en évidence.

Le péritoine pariétal, constituant le sac proprement dit, est généralement d'une découverte plus aisée ; aussi sa présence est-elle signalée dans la majeure partie des observations. Il lui arrive quelquefois cependant d'être à ce point méconnaissable, qu'on puisse le laisser passer facilement inaperçu.

Dans quelques cas (Méry, Lebert, Bœckel), le sac, ainsi que cela se produit fréquemment dans les grosses hernies, était constitué par un grand nombre de membranes. D'autres fois, par contre, il était très mince.

Dans une observation (Villeneuve), il était incomplet : il faisait défaut en bas et en arrière, soit qu'il manquât réellement en ces points, soit qu'il eût passé inaperçu au cours de l'opération, ainsi que nous en avons montré la possibilité tout à l'heure.

Mais cela n'infirme point la règle ; complet ou incomplet, il y avait toujours un sac. Dans le cas d'Aldibert (1), il existait plusieurs sacs, qui tapissaient le cæcum, sans qu'aucun d'eux le contînt en entier.

Toutefois Tuffier lui-même estime que, dans des cas tout à fait exceptionnels, le cæcum peut glisser sous le péritoine et s'engager directement dans l'anneau, sans refouler ce dernier devant lui. C'est aussi l'avis de Hedrich qui pense que cette hernie du cæcum sans sac est surtout susceptible d'être réalisée à droite, à cause de la moindre longueur du trajet sous-péritonéal que doit fournir le cæcum. Cependant, des hernies du cæcum, sans sac, ont été trouvées aussi bien à gauche qu'à droite : observations de Steiger (2), de Heulard (3), de Cabaret (4), de Czerny (5). Pour Nélaton (6), cependant, « il est rare que, en se déplaçant, le cæcum n'entraîne pas avec lui le péritoine qui, de sa face antérieure, se porte sur la paroi abdominale. Aussi trouve-t-on souvent un sac offrant une disposition toute spéciale. A la partie antérieure de la tumeur herniaire, on trouve un double feuillet du péritoine, un véritable sac, en rapport seulement avec les parties antérieures et latérales du cæcum. Cette locomotion du péritoine est fréquente dans les hernies du cæcum ; aussi quelques auteurs ont-ils pensé que, dans les cas où les chirurgiens ont trouvé la hernie du cæcum complètement dépourvue d'enveloppe séreuse, l'opérateur avait pratiqué l'incision en dehors du sac herniaire accessoire. »

Hedrich n'admet pas l'absence de sac dans les hernies primitives du cæcum, à moins que, par une anomalie rare, celui-ci ne se trouve situé en dehors du péritoine. Tuffier, sur 53 observations qu'il a minutieusement analysées, n'en a trouvé qu'une seule qui puisse être sûrement qualifiée du titre de hernie appendiculo-cæcale primitive et sans sac.

D'accord avec Tuffier, Hedrich explique la descente sous-péritonéale du cæcum, dans le cas de hernie secondaire, par traction du côlon ascendant, primitivement hernié, sur le cæcum qu'il attire à sa suite dans l'intérieur de la hernie. Il n'y a, en effet, que le côlon qui, n'étant pas revêtu de péritoine à sa partie postérieure, puisse traverser l'anneau inguinal sans refouler cette séreuse.

Une autre particularité, qui viendrait plaider encore en faveur de ce mécanisme, serait la situation du cæcum, qui, dans quelques cas, en particulier dans celui de Sernin (7), a été trouvé renversé, l'appendice tourné vers le haut, tandis que le côlon ascendant, dirigé vers le bas, paraissait avoir précédé et entraîné le cæcum. De plus, au niveau de la fossette inguinale, on ne trouvait aucun vestige de diverticule péritonéal.

Cette explication est admissible pour les cas de hernies sans sac, très rares du reste. Pour la grande majorité des faits, nous donnons la préférence à l'opinion de Broca, qui pense que généralement « c'est la dernière anse de l'intestin grêle qui forme le contenu des entérocèles, et quand le cæcum descend dans une hernie, c'est qu'il y est attiré presque toujours à la suite de cette anse ». C'est aussi l'avis

(1) F. Legueu. La situation du cæcum chez l'enfant, *Bull. de la Soc. anat.*, 5 févr. 1892, p. 55.

(1) Aldibert. Hernie du cæcum à sacs multiples, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1887, p. 436.

(2) Steiger. Loc. cit.

(3) Heulard. Hernie du cæcum, *Rev. méd.-chir. de Malgaigne*, 1853.

(4) Cabaret. Hernie crurale de l'appendice, *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1842.

(5) Czerny. Beïtrage zur operat. chir. und maas, *Breslauer artz. Zeits.*, 1879.

(6) Nélaton. Loc. cit., p. 604.

(7) Sernin. *Journal de Sédillot*, an X, t. XVI, p. 302.

d'Albert, pour lequel, dans les hernies inguinales gauches, « le cæcum n'arrive que par traction de l'intestin grêle. »

Le cæcum se trouve relié à la paroi abdominale postérieure par un méso-cæcum, particulièrement bien étudié par Tuffier, qui le divise en un ligament supérieur et un ligament inférieur. Or, tandis que le ligament inférieur est fragile, le supérieur est très résistant, et on le romprait ou on le désinsérerait plutôt que d'arriver à lui faire subir la plus petite élongation. On connaît, par contre, l'extrême mobilité de la dernière portion de l'intestin grêle. On est ainsi amené à conclure, par le simple raisonnement, que c'est l'intestin grêle mobile qui s'échappera de l'abdomen, de préférence au cæcum si solidement fixé, et que cet iléon, une fois hernié, servira d'amorce au cæcum, qu'il sollicitera sans cesse à descendre dans la hernie. Que maintenant, les choses étant dans cet état, le ligament supérieur du cæcum vienne à se rompre, du même coup, privé de son principal soutien, le cæcum passera dans la hernie.

Tuffier considère, d'autre part, comme type la hernie cæcale primitive, dont il n'a trouvé cependant que 2 cas, tandis qu'il a réuni 36 observations de hernies cæcales secondaires. D'après la seule statistique, on serait déjà tenté de considérer plutôt la hernie cæcale, compliquée de la descente de l'intestin grêle, comme étant la règle, la hernie primitive du cæcum constituant l'exception. Les raisons présentées par Broca achèvent de rallier à son opinion, que le véritable type de la hernie cæcale se présente avec une hernie concomitante de l'intestin grêle, qui a été précisément la cause de la hernie du cæcum.

Pour ce qui est des cas, bien rares il est vrai, mais indéniables, dans lesquels le cæcum se trouvait isolément dans le sac herniaire, on peut invoquer la même pathogénie. « Rien ne prouve, en effet, dit encore Broca, que le cæcum ait toujours été seul dans ces hernies, et l'on peut très bien supposer que, dans ces deux cas sur trente-huit, l'intestin grêle avait fait hernie à un moment donné, mais que, vu sa réductibilité facile, il était rentré dans le ventre, laissant derrière lui le cæcum irréductible. Trèves a prouvé que le cæcum hernié avait un sac complet, donc il est réductible ; à condition toutefois qu'il n'ait pas attiré dans le trajet inguinal le méso-côlon ascendant, formant adhérence charnue naturelle, comme disait Scarpa. Dans ces cas, le côlon ascendant étant fixé en cette position, le cæcum ne peut plus que se fléchir angulairement de bas en haut, pour suivre l'ascension de l'intestin grêle réduit, et de là ce renversement, en apparence bizarre, quelquefois constaté, que Tuffier explique par la descente du côlon ascendant. »

Pour M. Esprit (1), la hernie cæcale gauche s'expliquerait par une inversion du cæcum, qui aurait eu pour siège primitif, dans ces cas, la fosse iliaque gauche, avant de s'engager dans le canal inguinal du même côté.

Cette hypothèse ne répond malheureusement pas à la réalité. Il est, en effet, extrêmement rare de voir le cæcum à gauche. F. Legueu (2), dans ses recherches sur la situation du cæcum chez l'enfant, n'en a pas trouvé un seul exemple. Il n'en connaît qu'un cas, qui lui a été communiqué par Michel et qui fut observé sur un homme de cinquante-sept ans.

A l'autopsie d'un monstre exencéphale, au sixième mois

(1) Esprit. Loc. cit.

(2) F. Legueu. Loc. cit., p. 68.

environ, nous avons rencontré le cæcum dans la fosse iliaque gauche ; mais il ne s'agissait nullement d'inversion dans ce cas. Le côlon transverse se repliait sur lui-même en son milieu, de façon que sa moitié droite vînt s'appliquer sur sa moitié gauche, le côlon ascendant se superposant au côlon descendant, l'appendice vermiforme répondant alors à la face antérieure de l'S iliaque.

Hartmann (1) a observé, sur un adulte de cinquante ans, la persistance de la disposition fœtale du cæcum qui est, comme on le sait, situé sous le foie, au troisième mois de la vie intra-utérine [Kœlliker (2), Trèves (3)].

Ce sont là les seules anomalies de position du cæcum que nous connaissions, mis à part les cas de transposition totale des viscères.

Les ligaments du cæcum peuvent, dans des cas anormaux, être plus ou moins longs, ou même faire complètement défaut, éventualités qui procurent une grande mobilité au cæcum, le prédisposant singulièrement à se laisser hernier. Tuffier a rencontré, chez un enfant de trois ans, un cæcum si long et si mobile, qu'il put amener l'appendice, en haut, jusqu'au milieu du sternum, en bas jusqu'au triangle de Scarpa. Dans l'observation de Broca (XVe), il y avait 15 centimètres de côlon ascendant sans méso-côlon ; c'est là une disposition qui, d'après Broca, n'est pas rare chez l'enfant, et qui facilite naturellement la hernie du cæcum.

Dans deux observations (Bonn, von Arx), nous trouvons mentionnée une déviation de la colonne vertébrale, chez des hommes porteurs d'une hernie cæcale du côté gauche. Ces déformations du squelette, en modifiant les rapports des organes, pourraient bien, croyons-nous, n'avoir pas été étrangères à la production de cette variété anormale de hernie. Dans l'observation III (Bonn) principalement, il s'agissait d'une forte scoliose, la colonne vertébrale se portant à gauche, tandis que le bassin se dirigeait à droite. Tout concourait donc, dans ce cas, à diminuer la distance qui sépare normalement le cæcum de la fosse iliaque gauche.

L'appareil ligamenteux de l'appendice vermiculaire (4) lui laissant une mobilité infiniment plus grande que celle très restreinte dont jouit le cæcum, peut-être pourrait-on admettre que, dans quelques cas, l'organe primitivement hernié a été précisément l'appendice, lequel aurait entraîné le cæcum à sa suite. L'observation de Geissler (VIIe) nous montre cette évolution de la hernie cæcale gauche, tandis que le cæcum était encore situé derrière la symphyse pubienne.

La hernie primitive de l'appendice vermiculaire sera d'autant plus facile que celui-ci sera plus long ; or, cet organe est soumis, dans ses dimensions, à d'assez grandes variations personnelles : Gegenbaur en a observé un de 20 centimètres de longueur, Ribbert un de 21 centimètres, Cruveilhier et Lannelongue deux de 22 centimètres, Luschka un de 23 centimètres. Notre collègue J. Acquaviva nous en a montré un de 19 centimètres de long, sur un homme d'une cinquantaine d'années.

Pour les hernies congénitales, vu le voisinage temporaire des testicules et du cæcum, on a pensé que ces organes

(1) Hartmann. *Bull. de la Soc. anat.*, 13 mai 1887, p. 311.

(2) Kœlliker. *Embryologie*, trad. Schneider, 1882, p. 874.

(3) Trèves. Anatomie du canal intestinal, *Brit. Med. Journ.*, 1885, t. I.

(4) Jonnesco et Juvara. Anatomie des ligaments de l'appendice vermiculaire de la fossette iléo-appendiculaire. *Progrès méd.*, 1894, t. XIX, n°s 16 à 22.

pouvaient contracter des adhérences et que, dans leur descente, les testicules étaient alors susceptibles d'entraîner le cæcum dans le scrotum, ainsi que cela fut observé une fois par Sandifort (1).

Sous le rapport de l'étiologie, les hernies cæcales gauches se divisent naturellement en hernies congénitales et hernies acquises. Ces dernières se distinguent en hernies primitives et hernies secondaires.

Bien que, d'après Mérigot de Treigny (2), la hernie du cæcum soit la plus fréquente des hernies congénitales réelles, la variété congénitale n'en constitue pas moins la forme la moins commune des hernies cæcales gauches : quatre cas seulement sur vingt et un (observations de Spengler, de Little, de Pfister, d'Esprit). Le sac existait dans les cas de Spengler, de Pfister et d'Esprit; les renseignements nous font défaut pour celui de Little.

Des hernies acquises, c'est la hernie secondaire du cæcum qui est de beaucoup la plus habituelle. Hedrich n'a trouvé, pour le côté gauche, que deux hernies primitives (observations de Steiger et de Bœckel) sur huit hernies acquises. Pour le côté droit, Tuffier, qui est plus sévère, n'en compte que deux sur trente-huit.

Les hernies du cæcum ne sont point, comme se sont plu à le dire les auteurs, à l'abri des accidents communs à toute hernie.

A l'encontre de ce qu'ont prétendu Schmidt, Pitha et Billroth (3), on a trouvé maintes fois des adhérences du sac, sans compter l'adhérence toute particulière, spéciale à ce genre de hernie, et dénommée, par Scarpa, adhérence charnue naturelle, sur laquelle Hartmann (4) a attiré l'attention comme cause d'irréductibilité.

« L'étranglement de la hernie du cæcum est assez rare, écrit, d'autre part, Nélaton (5); en effet, cet accident ne saurait avoir lieu par le collet du sac, que dans des cas tout à fait exceptionnels, puisque le sac n'existe que très rarement. » Nous venons de voir que le sac existe à peu près toujours et que l'étranglement est une complication assez fréquente.

Peut-on, pendant la vie, reconnaître une hernie inguinale du cæcum, siégeant à gauche? C'est là un diagnostic extrêmement difficile. Bien souvent même, pour ne pas dire toujours, on ne pense pas à cette éventualité, à moins qu'il ne s'agisse d'une très grosse hernie, logeant la majeure partie de l'intestin. Les signes qu'on a donnés sont, du reste, si insuffisants que le diagnostic restera forcément douteux.

Scarpa s'est efforcé de trouver des symptômes distinctifs, permettant de reconnaître cette variété de hernie. La tumeur herniaire présenterait une forme irrégulière et bosselée; réductible tant qu'elle siège dans l'aine, elle perdrait cette propriété, une fois descendue dans le scrotum ou la grande lèvre. Son augmentation de volume se traduit par des coliques, qui cessent dès que la tumeur s'affaisse. La digestion faite et un moment avant d'aller à la garde-robe, il se produit une sensation de pesanteur et de tiraillement dans la hernie. Les accidents ont été signalés surtout après des écarts de régime.

Si ces signes ont éveillé l'attention du chirurgien et lui ont fait soupçonner l'existence d'une hernie cæcale, il pourra confirmer son diagnostic par la palpation de la fosse iliaque droite, qui, attentivement faite, lui révélera une dépressibilité inusitée, en rapport avec la masse herniée; enfin, un grand lavement pourra venir augmenter le volume de la hernie.

(1) Sandifort. Cité par Scarpa, *Traité pratique des hernies*, trad. Cayol, Paris 1812, p. 175.

(2) Mérigot de Treigny. *Étude sur les hernies du gros intestin*, Th. de Paris, 1886-1887.

(3) Schmidt, Pitha und Billroth. *Handb. d. Chir.*, 1882, 8, p. 37.

(4) Hartmann. Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies, *France méd.*, 1er mars 1887, p. 305.

(5) Nélaton. Loc. cit., p. 606.

REVUE DE LA PRESSE

Paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale. — M. E. Weil, interne provisoire à l'hôpital Trousseau, vient de publier, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

« 1° Les paralysies radiculaires du plexus brachial sont une complication très rare d'un accouchement difficile, qui succède généralement à des manœuvres obstétricales.

2° Elles s'observent le plus souvent à la suite des présentations du siège, moins fréquemment dans les présentations céphaliques.

3° Cliniquement, on peut observer toutes les variétés de paralysies radiculaires observées chez l'adulte : paralysie à type Erb, paralysie inférieure légère ou grave, paralysie totale du bras, intense ou non.

4° Les paralysies légères sont plus fréquentes à la suite des présentations céphaliques.

Mais il y a une forme compliquée, qui existe aussi chez l'adulte, quoique différente, où des lésions osseuses, articulaires, musculaires, du bras ou du cou, accompagnent la lésion nerveuse.

Des lésions des nerfs, du cou, plexus cervical, pneumogastrique, spinal, peuvent concomiter.

5° Le pronostic de cette forme de paralysies radiculaires est grave et doit être réservé; les lésions peuvent persister et passer à l'état chronique.

6° Quant à leur physiologie pathologique, simple parfois, elle doit être souvent compliquée.

Les paralysies graves semblent succéder aux fortes tractions exercées sur le bras et être dues à l'élongation, le tiraillement, l'arrachement des racines nerveuses. Les paralysies légères, telles que les paralysies à type Erb-Duchenne, relèvent peut-être de la compression des nerfs au point classique. »

Acide carbonique à l'état naissant et blennorragie chez la femme. — M. Piéry, interne des hôpitaux de Lyon, résume ainsi un travail qu'il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* :

« Il est possible d'utiliser les propriétés thérapeutiques de l'acide carbonique à l'état naissant, en gynécologie, par le procédé qui consiste à introduire à l'intérieur de la cavité vaginale un mélange de sept parties de bicarbonate de soude, pour six parties d'acide tartrique. Cette introduction peut être faite, soit sous forme de sachets en gaze ordinaire faits extemporanément, soit avec la poudre introduite directement à l'aide du spéculum pour vierges, soit sous forme d'ovules médicamenteux au beurre de cacao.

L'emploi de ce procédé ne donne aucun résultat appréciable dans le traitement de la métrite, de la salpingite et de l'uréthrite blennorragiques.

Par contre, des résultats heureux ont été constamment obtenus dans les cas de vaginite blennorragique avec vaginisme. Ce procédé paraît donc être le procédé de choix dans le traitement de cette dernière affection. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la luxation congénitale de la hanche (1), par le docteur Delanglade.

L'excellente thèse de M. Delanglade constitue une étude des plus précieuses et des plus récentes sur la luxation congénitale de la hanche. Basée sur un grand nombre de faits, complétée par de nombreux documents rassemblés tant en France qu'à l'étranger, elle constitue actuellement le meilleur travail que nous possédions sur la matière.

En voici le résumé :

La luxation congénitale du fémur a pour cause une malformation originelle.

L'*étude des lésions* chez le nouveau-né montre une disproportion considérable entre les surfaces articulaires. Le cotyle n'a pas accompli tout son développement. Il est rudimentaire, aplati, incapable d'emboîter et de retenir la tête fémorale, légèrement atrophiée. Cet arrêt de développement n'est pas réparti également sur toute sa surface : suivant sa prépondérance sur telle ou telle partie de son contour, la luxation se fait primitivement en haut et en arrière, en haut, ou en haut et en avant. En dehors même des surfaces articulaires, les os du bassin et souvent aussi ceux des membres inférieurs présentent un développement incomplet. Les muscles de la fesse, de la cuisse, du mollet et de la plante du pied offrent aussi une atrophie par défaut de formation. Comparés avec ceux du côté sain, ils en diffèrent non seulement à l'œil nu, par leur volume et leur consistance moindre, mais histologiquement par le nombre moins considérable de leurs faisceaux et fibrilles musculaires. Dans les luxations unilatérales, les artères du côté malade sont plus étroites que du côté sain. Cette disposition s'observe sur les iliaques primitive et externe et à un degré moindre sur l'hypogastrique. Assez souvent la luxation congénitale du fémur coïncide avec d'autres malformations de l'organisme, démontrant l'étendue du vice de développement.

La *cause* de ce vice de développement général ou local paraît être elle-même dans une lésion du système nerveux du fœtus, cerveau quelquefois, moelle de préférence, lésion durable ou transitoire de l'ordre des hydropisies. L'hérédité a dans l'étiologie une influence certaine. On la rencontre dans un sixième des cas.

Quand le sujet grandit et marche, le déplacement léger ou en germe jusque-là s'accentue et augmente de plus en plus. A la malformation primordiale s'ajoutent des *lésions secondaires* mécaniques, qui portent sur tous les éléments constitutifs de l'articulation, et à distance sur le membre inférieur, le bassin et le rachis.

Les lésions complexes de l'articulation (originelles et mécaniques) s'opposent, au bout de peu d'années, à la réduction. Les obstacles sont de trois ordres :

Osseux. — Cotyle plus disproportionné qu'à la naissance à la tête fémorale — triangulaire — regardant en avant.

Col court et en antéversion.

Ligamenteux. — Capsule et faisceaux de renforcement conservés dans leurs insertions et leur disposition, tous hypertrophiés, rétractés en avant, allongés en arrière.

Cavité divisée en deux parties secondaires (cotyloïdienne et fémorale) par un isthme étroit et vertical s'opposant au passage de la tête.

(A partir de cinq ans, le ligament rond est généralement rompu.)

Musculaires. — Rétraction musculaire (par rapprochement des points extrêmes d'insertion) frappant par ordre de fréquence et de gravité : 1° les adducteurs; 2° les fléchisseurs ; 3° les muscles de la tubérosité de l'ischion.

Dans les déplacements postéro-supérieurs, la tendance est l'aggravation progressive par rétraction musculaire de plus en plus forte et poussées d'arthrite. Dans les luxations sus-cotyloïdiennes, ces complications sont rares et bien moindres. Il y a, au contraire, tendance à la formation d'une néarthrose.

Cette *néarthrose* peut s'organiser de deux façons :

a. Par ossification de la capsule ;

b. Par perforation de la capsule et production d'un bourrelet osseux dû à l'irritation du périoste.

Les *symptômes communs* à ces variétés sont :

Asymétrie latérale dans les luxations unilatérales; disproportion entre les membres inférieurs et le reste du corps dans les luxations bilatérales; perception de la tête fémorale à une place anormale.

Les *symptômes propres* à chacune des formes tiennent, dans la luxation ballante non compliquée de rétraction, à la mobilité excessive de la tête dans les sens physiologiques et normaux et à la perte de l'action abductrice des fessiers ; dans la luxation postéro-supérieure compliquée de rétraction, à la mobilité anormale, à la diminution de l'amplitude de quelques mouvements physiologiques, à la perte de l'action abductrice des fessiers.

Dans la luxation appuyée, ils consistent purement et simplement dans le déplacement en haut de la tête fémorale et le raccourcissement qui en est la conséquence.

Le *pronostic* est donc bon pour les luxations supérieures, fonctionnellement grave pour les luxations postéro-supérieures.

Traitement. — Chez les sujets où la luxation aura pu être reconnue de bonne heure et surtout dans la luxation incomplète, on obtiendra beaucoup en défendant tout ce qui peut l'aggraver, en réduisant la station verticale et la marche au minimum, en prenant soin de l'appareil musculaire, en surveillant l'attitude du membre qui doit être, autant que possible, en extension et abduction.

Nous ne sommes pas fixés sur la valeur définitive des réductions orthopédiques. Il est certain que, chez le sujet jeune (jusqu'à trois ans au moins), on peut facilement et toujours amener la tête au contact du cotyle, mais que celui-ci n'est pas en état de la maintenir. L'espérance que ce contact prolongé amènerait la formation d'un rebord solide et durable a été souvent déçue. Nous ne pouvons donc conseiller aucune des méthodes qui, dans un but aléatoire, condamnent un enfant sain au décubitus pendant des années, au détriment de son développement physique et intellectuel. Par contre, la *réduction orthopédique*, suivie du port d'un appareil ambulatoire, nous semble devoir être tentée, et toutes nos préférences sont pour la méthode de Lorenz. D'après notre expérience, ces sujets ne peuvent marcher avec cet appareil que dans le cas de luxation unilatérale. C'est dans ce cas seul aussi que nous l'appliquerons.

La *réduction sanglante* est, à notre avis, une excellente méthode. Seule, elle supprime tous les obstacles à la réduction, assure immédiatement le maintien des nouveaux rapports et réalise la *restitutio ad integrum*.

Le procédé de choix est celui de Lorenz, car c'est celui qui ménage le mieux les muscles et permet le drainage dans les meilleures conditions. L'opération doit être précédée de l'extension continue pour supprimer d'avance la rétraction musculaire.

Les reproches adressés à l'intervention, mortalité, raideurs, attitudes vicieuses, récidives, tiennent à ce qu'on n'est pas arrivé du premier coup à la faire sans faute.

Rapidement et antiseptiquement conduite par un chirurgien familiarisé avec l'anatomie pathologique, elle *doit* être sans danger.

(1) In-8°. — Paris, Steinheil.

Les raideurs peuvent être évitées par une mobilisation précoce, douce, graduelle et par l'extension continue. Les mêmes moyens, appliqués avant ou après l'opération, préviennent, corrigent ou atténuent les attitudes vicieuses. En fin de cause, on peut recourir à l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

Les *récidives* proviennent soit d'un évidement insuffisant du cotyle, soit de l'antéversion du col fémoral. Elles disparaîtront, on peut l'espérer, quand on saura *bien* creuser la cavité, c'est-à-dire, non seulement la faire assez spacieuse, mais lui donner l'orientation qui lui est commandée par celle de la tête du fémur.

Dans des cas exceptionnels, la restauration est parfaite en ce qui concerne la forme et la fonction, à ce point qu'on ne soupçonnerait pas que la hanche a été malformée.

Généralement il n'en est pas ainsi, il persiste un peu de raccourcissement et une légère claudication, une certaine diminution dans l'amplitude des mouvements, mais la déviation est en grande partie corrigée, la boiterie est infiniment moindre et n'a plus le même caractère, l'endurance à la fatigue est considérable, les douleurs sont supprimées. Enfin et surtout, l'avenir n'offre plus une menace d'aggravation, mais une espérance, car l'état fonctionnel s'améliore de plus en plus avec le temps, et ce n'est même qu'un an environ après l'opération que le sujet en retire tout le bénéfice.

L'homme. Étude de mécanique physiologique (1), par le docteur A. Mora.

Les traités classiques d'anatomie et de physiologie n'attachent pas une importance suffisante au fonctionnement mécanique du corps humain pour donner à son étude une place à part qui permette d'embrasser d'un seul coup d'œil tous les rouages de la machine humaine. Cette machine manifeste son fonctionnement par des phénomènes électriques, calorifiques, chimiques et mécaniques. Les phénomènes électriques sont très insuffisamment connus et nous ne possédons encore aucune donnée utile sur les variations du potentiel cellulaire ou total. La chimie biologique a fait plus de progrès et on a pu croire un moment qu'elle accaparerait toute l'attention du corps médical et l'on rejetait bien loin la dynamique motrice du corps. Nous ne connaissons rien ou presque rien de la dynamique, ni de la cinématique cellulaire, mais nous pouvons commodément étudier celle du corps en général et des membres en particulier. C'est à cette dernière tâche que l'auteur a consacré son travail. Il s'est attaché à démontrer que la forme du corps, ses conditions d'équilibre, la forme du squelette et de ses différentes pièces, le fonctionnement des muscles sont déterminés par les principes élémentaires de la mécanique rationnelle. Sa thèse tend à montrer que l'on peut méthodiquement former le corps de l'enfant et diriger son développement si l'on veut bien apporter au perfectionnement de la race humaine, à l'élevage de l'enfant, la même ardeur et les mêmes soins que pour l'élevage des bestiaux et le perfectionnement des races ovine, bovine ou chevaline, par exemple.

Il a, d'autre part, pensé qu'il pouvait être aussi utile à l'homme de savoir pourquoi et comment il se tient debout, il marche ou il s'asseoit, fait mouvoir ses bras et ses mains, que de connaître la description pure et détaillée de son organisme sans en connaître le fonctionnement.

---

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, L. Battaille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le dixième Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra, à Paris, du 19 au 24 octobre 1896, à la Faculté de médecine. Voici l'ordre du jour des séances :

Lundi, 19 octobre, à deux heures : Séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Discours de M. le professeur Terrier, président du Congrès. Compte rendu du secrétaire général. — A trois heures : Questions diverses.

Mardi 20 octobre, à huit heures du matin : Visite dans les hôpitaux. — A trois heures et demie : Première question à l'ordre du jour : Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. Rapport de M. Forgue. Discussion.

Mercredi 21 octobre, à neuf heures du matin : Séance supplémentaire : Questions diverses. Crâne et rachis, face et cavités, cou, larynx, corps thyroïde, plèvre et poumons.

A deux heures du soir : Séance supplémentaire : Questions diverses. Tube digestif et annexes.

Jeudi 22 octobre, à neuf heures du matin : Visite dans les hôpitaux. Après-midi, pas de séance. — A sept heures et demie du soir : Banquet par souscription.

Vendredi 23 octobre, à neuf heures du matin : Séance supplémentaire. Questions diverses. Voies urinaires.

A deux heures : Assemblée générale. Rapport du trésorier. Nomination du président et du vice-président pour le Congrès de 1897. Nomination de deux membres du conseil d'administration. Nomination des secrétaires. — A deux heures et demie : Deuxième question à l'ordre du jour : Traitement des prolapsus génitaux, rapport de M. Bouilly. Discussion.

Samedi 24 octobre, à huit heures du matin : Visite dans les hôpitaux. — A neuf heures : Séance supplémentaire. Questions diverses. Chirurgie des membres. — A deux heures : Questions diverses. Organes génito-urinaires de la femme. — A quatre heures : Présentations de malades, de pièces pathologiques et d'appareils.

Ces présentations auront lieu dans la salle de correspondance.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part au banquet qui aura lieu le jeudi 22 octobre, à sept heures et demie, Hotel Continental, sont priés de s'inscrire au secrétariat du Congrès (salle de correspondance), à la Faculté de médecine, avant le mardi soir.

Tout ce qui concerne les cotisations doit être adressé à M. Auguste Broca, trésorier, 5, rue de l'Université.

Tout ce qui concerne la partie scientifique et la publication doit être adressé à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 8, rue de l'Isly.

MM. les membres du Congrès sont priés de retirer leur carte à la salle de correspondance. Elle servira à visiter divers établissements.

— Une mention honorable a été décernée à M. le docteur Pelletier, médecin-major au 28e d'infanterie, à Rouen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Deausse (de Pont-Saint-Martin) et Greugard (de Mâcon).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages à itinéraires facultatifs de France en Algérie ou en Tunisie (ou vice versâ).* — La Compagnie délivre, pendant toute l'année, des billets de toutes classes à prix réduits, pour effectuer des voyages pouvant comporter des parcours sur les lignes des sept

grands réseaux français, sur les lignes algériennes et tunisiennes, et sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie transatlantique. Les itinéraires de ces voyages sont établis au gré des voyageurs; ils doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou être comptés pour 300 kilomètres.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ.

Validité : 90 jours avec faculté de prolongation. Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours.

Exemple d'un de ces voyages au départ de Paris : Paris, Dijon, Lyon, Marseille, Tunis, Duvivier, Kroubs, Batna, Biskra, Aïn-Touta, Constantine, Alger, Oran, Marseille, Nîmes, Clermont-Ferrand, Nevers, Paris.

Durée du voyage, 90 jours. — 1re classe, **419** fr. **65**; 2e classe, **321** fr. **35**; 3e classe, **219** fr. **75**.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 115. — MARDI 6 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1896. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes franco-russes, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'eau du lac de Genève à Paris

Par le docteur L. Defontaine.

L'eau jouant un rôle dans la production des épidémies et d'un grand nombre de maladies, une eau pure, exempte de tout contage dangereux, est un élément capital pour l'hygiène publique, en tout pays et particulièrement dans une grande ville comme Paris.

Cette eau ne saurait jamais être en quantité trop grande. En effet, pour éviter certainement toute contamination, il faut que l'eau saine soit seule utilisée. On évite ainsi l'emploi de procédés d'épuration ou de filtrage toujours imparfaits, et les doubles canalisations, avec lesquelles les erreurs domestiques sont inévitables.

Si nous examinons le système d'alimentation de la ville de Paris, et si nous voyons qu'il est et restera notoirement insuffisant ;

Si, d'autre part, nous montrons qu'on peut amener à Paris l'eau du lac de Genève en quantité considérable, il en résultera que les pouvoirs publics ont pour strict et urgent devoir de hâter cette adduction de l'eau du lac de Genève à Paris, si elle présente au point de vue hygiénique des garanties absolues.

C'est ce dernier point sur lequel nous insisterons spécialement.

Insuffisance de l'eau potable à Paris. — La Dhuys, la Vanne, l'Avre donnent ensemble, à leur régime d'été, 180000 mètres cubes d'eau par jour. En y ajoutant 40000 mètres cubes que donneront le Loing et le Lunain, si on exécute les travaux de dérivation de ces rivières, on aurait 90 litres d'eau saine par jour et par habitant *intra muros*, en supposant que la population de Paris cesse de s'accroître et reste à 2 millions 500000 habitants, et qu'on laisse les habitants *extra muros* avec l'eau de Seine, qui leur est exclusivement distribuée à la dose de 50 litres.

Paris ne peut pas en avoir davantage, tout en privant de leur eau, richesse réelle, les régions voisines.

Or, il faut à l'agglomération parisienne 6 à 700 litres par jour et par habitant, c'est-à-dire dix fois plus que les dérivations de rivières n'en pourront fournir.

Sans parler de la Rome antique ni des nombreuses villes de province, Genève distribue 1000 litres par jour à chacun de ses habitants. New-York, qui en distribue 405 litres, fait d'immenses travaux pour en doubler le chiffre, et Paris n'en donne que 234 litres, y compris les eaux sales et contaminées de la Seine et du canal de l'Ourcq, qu'elles aient ou non séjourné dans des réservoirs de décantation où grouillent des animalcules de toute sorte.

L'usage du tout-à-l'égout nécessite l'emploi de chasses d'eau considérables que l'on n'a pas, et deviendra par suite une origine d'infection redoutable, au lieu d'être une mesure hygiénique.

L'insuffisance actuelle de l'eau; la nécessité d'en augmenter la consommation pour que les mesures hygiéniques ne deviennent pas dangereuses, et pour faire disparaître les odeurs de Paris ; l'accroissement certain de la population plus rapide que les travaux d'adduction des sources de la région ; les besoins des villes populeuses de la banlieue, et ceux des régions dont Paris dérive l'eau; la nécessité d'augmenter le débit de la Seine pour qu'elle cesse d'être un égout de putridité croissante, sont autant de raisons pour obliger à amener à Paris une quantité énorme d'eau saine.

L'eau du lac de Genève peut arriver à Paris. — Pour être convaincu de la facilité avec laquelle 24 mètres cubes par seconde peuvent arriver du lac de Genève à Paris, il suffit de prendre connaissance du projet étudié par M. P. Duvillard.

L'eau est prise sur la rive française du lac dans l'arrondissement de Thonon (Haute-Savoie), à 400 mètres du rivage et à 40 mètres de profondeur. Elle est conduite en canalisation toujours fermée, à l'abri de tout contact extérieur, et par suite à l'abri de toute contamination possible, par aqueducs, viaducs, souterrains, suivant les régions; passe sur le Rhône et la Saône, et, après avoir parcouru 539 kilomètres et descendu 270 mètres (la hauteur du lac étant de 373 mètres), arrive à Châtillon à la hauteur de 103 mètres, suffisante pour permettre sa distribution dans les points les plus élevés de Paris.

La dépense totale, y compris les imprévus largement comptés, devant être de 500 millions, l'œuvre est à l'abri de toute difficulté financière. En effet, les frais d'entretien, l'intérêt et l'amortissement du capital en 99 ans, constitueraient, si l'eau était distribuée gratuitement, une charge moyenne de 8 francs environ par an et par habitant, charge qui disparaîtrait après 99 ans.

L'eau du lac de Genève est saine. — C'est dans toute l'acception du terme que l'eau du lac de Genève, prise à 400 mètres de la rive et à 40 mètres de profondeur, peut être déclarée saine.

Il n'est pas possible de rêver une eau plus pure, plus exempte de germes, mieux à l'abri de toute contamination possible, mieux purifiée et préparée à tout usage que celle de ce grand épurateur naturel qu'est le lac Léman.

Pour faire comprendre combien sont favorables les conditions dans lesquelles se trouvent les eaux prises en cet endroit, je dois d'abord rappeler quelques notions sur le régime de l'immense réservoir. Le lac a près de 600 kilomètres carrés de surface, à son centre se trouve une grande plaine de 300 mètres de profondeur. Il est alimenté principalement par le Rhône du Valais. Ses eaux viennent des glaciers et des régions aux neiges perpétuelles, aussi le débit du Rhône, afférent ou efférent, augmente en été. La proportion entre le cube des eaux du lac et celui des eaux qui y arrivent ou s'en échappent est telle que le courant du lac est nul, et qu'il peut être considéré comme un vaste bassin de décantation. Le Rhône afférent disparaît promptement, ses eaux froides gagnent les couches profondes du lac de même température et de même densité. « Il me paraît évident, dit le professeur Marignac, qu'aucune partie de l'eau entrant dans le lac pendant la fonte des glaciers, n'en ressort pendant la même saison. Il est impossible de dire à quelle époque des années suivantes (probablement 11 à 12 ans), elle en ressortira. L'eau est purifiée par la séparation des matières en suspension et par l'oxydation qu'elle subit de la part de l'air. Je n'entends pas par là l'oxydation superficielle par l'air extérieur, qui est insignifiante, mais celle qui est produite par l'oxygène dissous dans l'eau. Cet oxygène y existe aux plus grandes profondeurs. » (Marignac. *Mémoires de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève*, tome XXIX, n° 2, 17 avril 1884.)

La transparence, le bleu d'azur des eaux, témoignent de leur pureté et de leur salubrité; les matières organiques en décomposition étant un des agents les plus actifs de la transformation de la coloration bleue en coloration verte.

La température de l'eau de 150 à 300 mètres de profondeur est constante, à 5 degrés environ; plus la profondeur croît, plus la température tend à se rapprocher de 4 degrés, qui correspond au maximum de densité de l'eau. Entre 40 et 150 mètres (zone de la prise d'eau), la température subit des variations saisonnières et, à 40 mètres, elle est au maximum de 7 degrés. Cette zone est à l'abri de l'agitation produite par les vents, le maximum de hauteur entre la crête et le creux des vagues qui se produisent sur le lac étant de 1^m50. A moins de 10 mètres de profondeur, l'eau subit les variations de la température extérieure, mais le lac ne gèle jamais.

Les barrages établis sur le Rhône, à Genève, rendent le niveau du lac constant à 373 mètres au-dessus du niveau de la mer, avec une variation possible de 60 centimètres.

De ces notions, il résulte que l'eau prise loin des bords (400 mètres) et à une profondeur de 40 mètres est à l'abri de toute contamination pouvant provenir des eaux des pluies ou des eaux qui ont lavé la surface du sol, eaux qui, ayant à peu près la même température que celles de la surface du lac, se mélangent avec elles. D'ailleurs, c'est à une profondeur bien moindre, à 9 mètres seulement de la surface, près de la ville et du port, que les nouvelles prises d'eaux, pour l'alimentation de la ville de Genève, ont été installées et nous allons voir que les recherches bactériologiques en ont néanmoins démontré la pureté.

M. Humblot, ingénieur en chef du service des eaux de la ville de Paris, dans le voyage qu'il fit à la suite du vote du Conseil municipal pour l'examen du projet de M. P. Duvillard, a reconnu que l'emplacement de la prise d'eau, adopté par l'auteur du projet d'adduction des eaux du lac à Paris, était parfaitement choisi et à l'abri de toute contamination, éloigné qu'il était d'habitations riveraines et de tout cours d'eau, même secondaire, affluant dans le lac.

Parmi les nombreux travaux ayant pour but l'étude de la pureté des eaux du lac de Genève, nous pouvons citer les « Recherches sur la proportion de matières organiques contenues dans l'eau du Rhône à sa sortie du Léman », par le professeur C. Marignac; les « Recherches sur le nombre des germes vivants que renferment les eaux du lac de Genève et des environs », par le professeur Fol et le docteur Dunant; mais le travail le plus important sur la question qui nous occupe est certainement celui de Léon Massol, collaborateur et élève de MM. Miquel et Albert Lévy, au laboratoire municipal de Paris, directeur du laboratoire de bactériologie de la salubrité de Genève. Dans son ouvrage intitulé : « Les eaux d'alimentation de la ville de Genève (étude bactériologique, 1894) », on trouve les documents les plus précis basés sur des recherches extrêmement multipliées. Pendant près de deux ans, il procéda régulièrement à l'analyse de l'eau du lac prélevée dans le port et dans la canalisation. L'autorité scientifique de l'auteur s'ajoute au nombre et à la durée des expériences pour établir la valeur potable des belles eaux du Léman.

Il y a peu d'eaux qui aient autant été analysées que celle du lac de Genève; aussi sa composition chimique est-elle exactement définie, grâce aux travaux de Dumas, Sainte-Claire-Deville, Marignac, etc. et répond-elle aux conditions les plus favorables demandées aux eaux potables.

La quantité d'oxygène dissous dans une eau y persiste d'autant mieux que cette eau est moins contaminée. Le rapport entre la perte d'oxygène et le poids primitif, qu'Albert Lévy désigne sous le nom de coefficient d'altérabilité, est toujours extraordinairement petit pour l'eau du lac de Genève; tandis que l'eau de Seine a perdu tout son oxygène après quinze jours de conservation *in vitro*.

La quantité des matières organiques et des germes contenus dans l'eau du lac est moindre pendant la belle saison, par suite de l'action très importante de la lumière, qui, activant les oxydations, détruit les organismes des eaux. Les pluies et les vents n'augmentent la quantité des matières organiques et des germes que près des côtes et des basfonds du port de Genève, tandis que dans les rivières les mêmes conditions augmentent considérablement le degré de contamination des eaux. Quant aux rivières qui se déversent dans le lac, elles ne le contaminent que dans une zone limitée, voisine de leur embouchure, parce que leur courant est vite amorti par la masse énorme et inerte des eaux tranquilles à côté desquelles elles s'arrêtent et s'épurent par

décantation. L'action des vagues ne s'exerce plus à une profondeur de 9 mètres et, dit Massol, pour ce qui concerne la ville de Genève : « En établissant la prise d'eau par 15 mètres de fond, on arriverait à coup sûr à distribuer une eau exempte de toute souillure, même pendant les périodes durant lesquelles la bise souffle avec son maximum d'intensité. Par certaines belles journées, l'eau du lac est d'une pureté microbienne si grande, qu'il m'est arrivé de ne pas découvrir un seul micro-organisme dans l'eau prélevée à 1m60 de profondeur sur le banc du Travers, avant-port de Genève, quoique j'aie ensemencé 60 tubes, soit environ 2 centimètres cubes de cette eau. » Il est évident qu'il en serait de même, mais en tout temps, de l'eau prise à 40 mètres de profondeur et à 400 mètres d'une rive éloignée d'habitations et de tout affluent, c'est-à-dire en un point placé à l'abri de toute agitation des eaux et de toute contamination, soit météorologique, soit riveraine.

Le bacille de la fièvre typhoïde ou d'Éberth n'a pu être trouvé dans les eaux de canalisation de Genève, malgré de très nombreuses recherches, et dans les mêmes conditions, le bacterium coli commune n'a jamais été rencontré. Massol n'a trouvé que fort rarement, et pendant les périodes de fortes bises, durant lesquelles les vases avaient énergiquement contaminé les eaux du port, des organismes que l'on doit rattacher au groupe des bactéries aquatiles trouvées, par Wechselbaum, dans les eaux de la canalisation de Vienne, qu'il désigne sous le nom de sulcati.

Le bacille virgule de Koch, ou du choléra, n'existe pas dans les eaux de canalisation de Genève. On y trouve des vibrions sur l'innocuité absolue desquels le moindre doute ne saurait exister.

Massol a recherché, dans les eaux du lac de Genève, les organismes anaérobies, à l'aide de nombreuses analyses d'après le procédé du professeur E. Roux. Il est impossible d'en trouver lorsque le lac est tranquille. Par les vents violents, dans le port où les vases du fond sont agitées, ils sont d'une rareté extrême.

Le vibrion septique a été trouvé une fois ou deux, lorsque le vent avait énergiquement brassé les vases du banc du Travers.

Jamais le bacille du tétanos n'a été rencontré.

Les inoculations faites avec les vases du banc du Travers ont révélé la présence du vibrion septique et du bacille du tétanos, mais en très faible quantité, et on sait que ce bacille existe dans toutes les terres; Miquel en a constaté la présence dans les eaux de la Vanne. Massol conclut de ces recherches, qu'à ce point de vue encore, l'eau du lac est privilégiée car, étant donné la difficulté de mettre en évidence les bacilles de l'œdème malin et du tétanos soit par l'analyse, soit par l'inoculation des vases, on peut affirmer que ces germes y sont rares.

De l'ensemble de son travail, Massol arrive à conclure que Genève est une ville privilégiée, car l'eau qui sert à son alimentation est non seulement une des plus belles, mais une des plus pures qui existent.

Or, ce privilège n'est pas exclusivement réservé à Genève, Paris peut en jouir dans de meilleures conditions encore, le jour où les pouvoirs publics voudront bien le lui permettre.

Paris recevra alors une eau notoirement plus agréable et plus pure que celle qui est actuellement distribuée à Genève.

Plus agréable, parce que sa température restera entre 5 et 8 degrés, tandis que l'eau de Genève, prise à une faible profondeur, passe de 1 à 22 degrés.

Plus pure, car la prise d'eau parisienne sera toujours, en raison de sa profondeur de 40 mètres et de son emplacement, à l'abri de toute souillure de surface, ou provenant de l'agitation du fond. Comme nous avons vu qu'il fallait se placer dans l'une ou l'autre de ces conditions pour trouver dans l'eau du lac un nombre relativement très faible de germes, et s'adresser aux boues du banc du Travers (point le plus contaminé du lac où la profondeur n'excède pas 3 mètres), pour révéler la trace de certains d'entre eux, il est permis de penser que l'eau puisée dans d'excellentes conditions serait réellement, parmi les eaux existant dans la nature, une de celles qui se rapprochent le plus de la stérilité expérimentale.

TRAITEMENT

DES INFECTIONS EXPÉRIMENTALES (COLI-BACILLAIRES) PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES MASSIVES DE LA SOLUTION SALÉE SIMPLE (NaCl A 7 P. 1000) ET DE LEUR MODE D'ACTION (1).

Par MM. F.-J. Bosc et V. Vedel.

Nous appuyant sur nos recherches physiologiques antérieures, nous avons étudié les effets des injections intraveineuses massives de la solution salée à 7 pour 1000, leurs indications, les conditions les meilleures de leur emploi et leur physiologie pathologique dans les cas d'infection expérimentale déterminée, chez le chien, par l'injection dans les veines de culture de coli-bacille.

Cette infection coli-bacillaire a entraîné la mort, en deux à trois heures, aux doses fortes (3cc à 1cc par kilogramme); en dix à quinze heures, aux doses moyennes (1cc par kilogramme); en douze à quarante heures, aux doses faibles (1cc à 0cc36 par kilogramme).

A toutes ces doses, il se produit une infection précise au point de vue des symptômes et des lésions.

C'est une infection essentiellement hémorragipare, avec prédominance des lésions sur le tube digestif et sur le rein, qui se marque par des troubles gastro-intestinaux précoces et graves, un affaiblissement profond du cœur, un abaissement intense de la pression sanguine, dès le début de l'inoculation (de 16cm à 5cm de mercure), et qui s'aggrave encore, dans la suite (2cm à 3cm), la suppression de la diurèse, une élévation thermique suivie d'hypothermie, de l'hébétude, de l'affaissement, de la résolution.

Les injections salées intra-veineuses massives (2) modifient l'évolution de la maladie, suivant la gravité de l'infection et la période de celle-ci où elles ont été pratiquées.

Aux doses très fortes, la mort survient dans tous les cas ; mais l'injection précoce (faite pendant ou immédiatement après l'inoculation) retarde la marche de la maladie ; cette injection peut amener la guérison aux doses un peu moindres, et surtout aux doses moyennes et faibles. Cette première injection précoce peut, à elle seule, amener la guérison.

Si la première injection est tardive, elle n'a pas d'influence sur la maladie, mais elle ralentit l'évolution de l'infection, et cela d'autant plus qu'elle a été faite plus près de son début ; aux doses faibles, l'injection tardive, pratiquée en pleine évolution de la maladie, peut produire la guérison.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 938.

(2) Pour chaque chien traité par l'injection salée, il y avait un ou plusieurs témoins de même âge, de même allure, injecté avec une dose un peu moindre de la même culture.

Ce n'est que dans un cas, que cette première injection a suffi pour entraîner la guérison; en dehors de celui-ci, nous avons, pour obtenir les résultats signalés, fait de deux à quatre injections successives chez un même animal.

Les effets des injections salées sur les symptômes infectieux ont varié, suivant la gravité de l'infection, la période de celle-ci où la première injection a été pratiquée, et avec les injections successives.

La première injection précoce diminue, pour les doses très fortes, la rapidité de l'affaiblissement du cœur, accélère la réaction thermique, mais ces phénomènes sont très passagers; dans les cas d'infection un peu moins forte, où la guérison pourra être obtenue, elle augmente l'énergie du pouls, relève immédiatement et maintient la pression sanguine, produit une réaction thermique rapide et élevée, des mictions abondantes, des frissons, de la soif et une atténuation des troubles généraux; aux doses moyennes et faibles, elle a une véritable action empêchante, au point de ne laisser apparaître aucun accident sérieux, et c'est dans ces cas que se produisent les réactions fonctionnelles les plus nettes.

Si la première injection est tardive, ses effets sont peu énergiques et très passagers, lorsqu'elle est faite à la période agonique : le cœur seul est légèrement relevé, mais l'hypothermie progresse, l'anurie et la résolution ne sont pas modifiées; lorsqu'elle est faite à une période moins avancée, l'injection relève le cœur, élève la température, améliore l'état général, mais cette action s'épuise rapidement; ce n'est qu'avec des infections faibles que l'injection tardive produit des réactions favorables et d'une plus longue durée.

Les injections consécutives, dans le cas d'infection grave, sont moins actives encore que la première : elles galvanisent quelques minutes le cœur et le système nerveux. Dans les cas moins graves, où la première injection a déterminé des effets plus favorables, ceux-ci sont continués, augmentés ou complétés par une seconde ou une troisième injection.

Nous insistons sur les effets de l'injection salée sur la pression sanguine : l'injection précoce relève immédiatement la pression sanguine profondément abaissée par l'inoculation ; l'injection tardive la relève également, mais beaucoup moins que l'injection précoce; les injections consécutives la relèvent à un degré variable.

Les injections hypermassives (injection de 270^{cc} par kilog. avec une vitesse de 80^{cc} à 100^{cc} par minute), bien supportées par le chien sain, doivent être rejetées chez l'animal infecté : elles perturbent profondément le cœur et la respiration et produisent des attaques convulsives ; à l'autopsie, on trouve de l'œdème hémorragique du poumon, de l'épanchement sanglant du péritoine et du péricarde, des hémorragies des méninges. Les conditions les meilleures sont, pour chaque injection, l'introduction de 25^{cc} à 30^{cc} de solution par kilog., à une vitesse moyenne de 40^{cc} par minute. La température du liquide injecté n'entre pour rien dans les effets.

Les indications sont de pratiquer la première injection le plus près possible de l'inoculation; mais, quelle que soit la période de l'infection, l'injection est toujours indiquée. L'urgence de l'injection sera basée sur l'état de faiblesse du cœur, la marche de la température, la diurèse, l'état général. L'indication est d'autant plus précise que chaque injection antérieure a entraîné une amélioration nouvelle. L'apparition de l'albumine ne contre-indique pas de nouvelles injections.

Les injections salées intra-veineuses massives agissent : en favorisant l'élimination des poisons, grâce à l'action osmotique du Na CL et à son action diurétique directe (excitation de l'épithélium rénal) et indirecte (élévation de la pression sanguine par action réflexe vaso-constrictive) ; en raffermissant les globules rouges altérés (Mayet) ; en activant le mouvement nutritif (Bunge, Hemmerich, Biernacki); en diminuant le pouvoir globulicide du sérum pathologique (Castellino).

L'action empêchante des injections précoces nous porte à penser que la solution salée peut produire dans l'organisme un état de suractivité curatrice ; nous avons vu, en effet, l'injection salée déterminer, chez le chien sain, une réaction générale qui s'exagère, dans le cas d'infection, pour reproduire un tableau identique aux réactions critiques naturelles. Une partie de cette action empêchante, ou tout au moins atténuante, peut être attribuée à la vaso-constriction réflexe immédiate, qui empêche l'énorme et brutale vaso-dilatation produite par l'inoculation de coli-bacille.

REVUE DE LA PRESSE

Recherches sur les échanges nutritifs comparés de la chaux, de la magnésie, de l'acide phosphorique et de l'albumine dans l'ostéomalacie puerpérale. Influence de la castration sur ces échanges. — Chez trois malades atteints d'ostéomalacie et opérés, Neumann fit doser, avant toute tentative de traitement, la chaux, la magnésie, l'acide phosphorique et l'albumine dans les aliments d'une part, dans l'urine et les selles de l'autre, et répéta ces dosages plusieurs fois à cinq jours d'intervalle. Des recherches analogues furent faites dans le premier et le second cas après la castration; dans le troisième après extirpation de l'utérus gravide. En ce qui regarde la chaux, il ressort que l'organisme atteint d'ostéomalacie, subit au début de la maladie de grosses pertes de calcaire; à la suite de l'hystérectomie, l'organisme est en état de réparer cette perte avec une rapidité extraordinaire, et d'autant plus facilement que la maladie s'est installée depuis moins longtemps. Le bilan de la magnésie dénote, dans tous les cas, une perte modérée de magnésium, mais après l'opération, on note toujours sa rétention au moins dans les premiers temps. Neumann constata aussi une très grosse élimination d'acide phosphorique dans l'urine et, en pareil cas, après l'intervention, une rétention importante de cet acide dans l'organisme; il a observé également, lors de la progression de la maladie, une perte notable d'albumine et lors de la guérison, sa disparition. Cette disparition se produisit également chez celle de ses malades qui se trouvait enceinte lors de l'intervention. (*Centralbl. f. gynæk.*, 1896, n° 26.)

De l'apparition constante d'inclusions microbiennes intracellulaires dans les suppurations. — Les recherches d'Hibler sur le pus, poursuivies à l'aide de la méthode de coloration d'Inghilleri, ont porté sur les staphylocoques blanc et doré, le gonocoque chez l'homme; le staphylocoque doré, le bacterium coli commune, le bacille de Löffler et autres microbes chez l'animal. L'auteur constate que, dans tous les cas de suppuration chez l'homme, les éléments cellulaires du pus contiennent ces microbes à l'état d'inclusion cellulaire.

Les micro-organismes sont mêlés au protoplasma des cellules; ils ne se rencontrent jamais à l'intérieur du noyau, bien que, à première vue, l'existence possible d'échancrures nucléaires englobant des micro-organismes ou la disparition du noyau dissimulé par leurs agglomérations puissent donner le change.

Dans le pus de l'homme surtout, Hibler a pu voir de véritables groupements microbiens à l'intérieur des cellules : microbes en chaînettes de trente anneaux et plus, microbes unis deux à deux, quatre à quatre, par huit quelquefois.

La présence de ces groupements microbiens prouve que les champignons continuent à proliférer à l'intérieur des cellules. On y a constaté aussi des signes de leur dégénérescence : perte de l'affinité pour le bleu de méthyle, pelotonnement, dégénérescence granuleuse et vésiculeuse; ces symptômes s'accentuent dans les cellules les plus riches en micro-organismes.

De l'existence constante des différents microbes pyogènes à l'intérieur des éléments cellulaires du pus, l'auteur conclut que le fait de l'inclusion de certains microbes, dans l'intérieur des cellules, ne peut pas servir de critérium pour les distinguer d'autres espèces. Il faut toujours considérer en même temps la façon dont le micro-organisme se comporte par rapport aux réactifs chimiques et aux milieux de culture.

Il résulte, en particulier, de ces constatations que le gonocoque ou microbe de Neisser se trouve considérablement réduit alors que, dans ses dernières années, il s'étendait tous les jours; ce microbe, en effet, ne présente plus aucun caractère permettant de le différencier des autres espèces microbiennes; en effet, Hibler, prenant le staphylocoque doré pour exemple, constate son inclusion dans les cellules; or, l'aspect de ce microbe est tout à fait analogue au gonocoque; il est souvent accouplé comme lui; quant à la méthode de Gram, elle peut donner les résultats les plus variables, suivant les circonstances. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1896, n° 26.)

Quelques questions touchant la transmission de la syphilis. — L'importance des lois de Colles et de Profeta, la question de la syphilis héréditaire et de la syphilis par conception, ont un intérêt si considérable qu'il est toujours permis de s'y arrêter. Dans une récente étude résumée par Jadassohn, dans le *Centralblatt für Chirurgie*, Düring essaie de faire rentrer, dans la loi commune des infections et des intoxications, les lois particulières de la syphilis. Cet essai, quelque incertain qu'il soit, mérite cependant d'attirer l'attention; nous y joindrons le résumé des objections que Jadassohn oppose à Düring.

Tout l'effort de Düring porte sur la signification et le mode d'action des produits solubles provenant des micro-organismes, toxines et antitoxines; la possibilité d'une infection du germe comme aussi le rôle de filtre joué par le placenta vis-à-vis du microbe tant que celui-ci ne l'a pas détérioré étant d'ailleurs considérés comme démontrés.

L'originalité de cette étude consiste surtout dans la conception d'une immunité acquise, se rapprochant beaucoup de l'immunité active, rendue possible par l'incorporation à un animal des produits d'échange d'une maladie infectieuse d'un autre animal, ce qui équivaut à une sorte d'intoxication par les toxines.

L'application qui est faite de cette idée à la syphilis ne manque pas non plus d'ingéniosité.

En ce qui touche la loi de Colles d'abord : tandis que Fournier considère la mère d'un enfant syphilitique de par le père comme atteinte de syphilis latente, que Finger la considère comme immunisée, Düring prétend qu'elle a subi une intoxication, et il entend par là une maladie qui la rend réfractaire à l'infection et la met sur la voie de l'immunité.

L'intoxication ainsi entendue explique l'état de dépérissement dans lequel des femmes en cette situation peuvent tomber pendant et après la grossesse et les symptômes tertiaires qu'elles peuvent présenter en dehors de toute manifestation secondaire.

Cette intoxication pourrait conduire à l'immunité réelle ou à la guérison, et, dans ce dernier cas, une infection tardive redeviendrait tout aussi possible qu'une réinfection après une atteinte de syphilis.

Des mères peuvent enfanter des enfants syphilitiques et rester saines, quand la syphilis du père est déjà ancienne, peu virulente; Düring pense que, dans ce cas, l'agent de la syphilis est transmis avec le sperme dans un état de torpeur tel qu'il n'arrive à se développer qu'une fois le placenta complètement constitué, de telle sorte que la mère se trouve protégée contre l'infection.

Mais la syphilis du père est-elle plus récente, sa virulence augmente et Düring admet que la « syphilis par conception », encore si contestée, peut prendre naissance : soit que l'ovule, infecté par le spermatozoïde, détermine la formation d'une lésion primaire sur la muqueuse utérine, soit qu'il détermine le développement de la syphilis chez la mère avant la formation du placenta, soit même que la syphilis venant du fœtus n'envahisse le placenta et par suite aussi la mère, ce qui peut se produire à tout moment de la grossesse.

Le transport au fœtus de la syphilis acquise par la mère après la conception, pendant la grossesse ou lors de la naissance est considéré par l'auteur, qui s'oppose en cela à Dohrn, comme démontré dans nombre de cas. Le placenta peut ne pas être un filtre efficace à l'égard de l'agent virulent passant de la mère à l'enfant, il l'est cependant très souvent, mais il laisse passer naturellement les produits solubles et de ce fait, dit Düring, l'enfant d'une mère syphilitique peut subir, au même titre que la mère d'un enfant syphilitique, une intoxication. Ainsi s'expliquerait la cachexie d'enfants nés de parents infectés, et qui ne peuvent être appelés syphilitiques à proprement parler. Ces enfants peuvent retirer de cette intoxication le bénéfice de l'immunisation (loi de Profeta). Ils peuvent éprouver des symptômes tertiaires sans avoir eu de manifestations secondaires (syphilis héréditaire tardive).

Voici maintenant les objections telles qu'elles sont formulées par Jadassohn (de Breslau) :

1° La distinction que Düring cherche à établir contre Finger, entre l'intoxication et l'immunité vraie, n'est pas entièrement opposée à la conception de cet auteur, puisque nous ne pouvons pas séparer les substances ayant une action toxique de celles qui ont un pouvoir immunisant dans la syphilis, pas plus, du reste, que pour le sérum antidiphtérique, substance relativement si bien connue de nous et que Finger attribue lui-même les troubles de nutrition, symptômes tertiaires, etc., à l'action de ces substances.

2° La conception de Düring d'une syphilis tertiaire purement toxique, de nature non bactérienne, c'est là une conception non seulement nouvelle, mais en opposition avec la façon de penser du plus grand nombre, objecte Jadassohn, et faisant remarquer que la croyance de Düring au tertiarisme d'emblée est basée sur des observations négatives, absence de constatation de symptômes secondaires, il se rattache à l'opinion de ceux qui considèrent les cas, encore douteux, de syphilis héréditaire tardive et ceux de femmes immunisées par des symptômes tertiaires (loi de Colles) comme entachés d'un défaut d'observation, l'évolution des premiers symptômes de la syphilis ayant pu s'effectuer dans l'utérus lui-même.

Il refuse d'attribuer à l'action d'une toxine des productions bien caractérisées, absolument analogues à des proliférations inflammatoires de nature infectieuse, difficilement séparables des manifestations infectieuses de la première période. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 27.)

Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de la tuberculose de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. — Tandis que Küster et autres chirurgiens attri-

buent à la tuberculose du rocher un point de départ osseux, les médecins auristes professent généralement que l'infection envahit primitivement la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne, non pas par la voie sanguine, mais par la trompe d'Eustache. Barnick cherche à faire disparaître le dissentiment existant. A l'instigation d'Habermann, il s'est mis à la recherche de rochers dont les porteurs fussent morts de tuberculose miliaire généralisée, sans avoir subi de lésions chroniques du poumon; gens chez qui une infection tubaire résultant d'une expectoration tuberculeuse, ne pouvait pas être suspectée. Barnick déclare que, cinq fois sur seize cas de cette catégorie, il a trouvé une tuberculose auriculaire d'origine sanguine et expose ces cas avec détail.

En revanche, il relate en même temps quatre cas dans lesquels la trompe d'Eustache avait servi de porte d'entrée. Il s'agissait alors de malades atteints de phtisie pulmonaire sans tuberculose miliaire.

Les cinq cas résultant d'une infection sanguine concernaient des enfants âgés de un an et demi à quatre ans, ainsi qu'un adulte de vingt-quatre ans.

Dans un de ces cas (V), il a décelé la présence de nombreux tubercules miliaires dans le nerf acoustique, à côté d'une méningite tuberculeuse; dans les autres cas se trouvaient des suppurations étendues de l'oreille moyenne à côté d'énormes séquestres (III). Les bacilles tuberculeux ne furent pas trouvés pendant la vie, même pas dans le cas II, chez lequel ils furent recherchés à maintes reprises dans l'espace de six mois; peut-être dans ce cas n'avait-on eu affaire au début qu'à une otite purulente quelconque.

Infiltration inflammatoire de la muqueuse, dégénérescence caséeuse des foyers isolés, puis carie des osselets de l'ouïe, enfin irruption dans l'oreille interne ou le cerveau, ces divers stades se manifestèrent isolément ou associés dans les différentes préparations.

Deux opérations furent tentées sans qu'il en soit résulté de méningite tuberculeuse comme cela a été noté en maintes circonstances. La preuve de l'infection de l'oreille par la voie sanguine consiste dans le fait qu'il existait, dans les cas cités plus haut, une tuberculose ganglionnaire, siégeant soit au niveau des bronches, soit au niveau du mésentère ou dans ces deux points à la fois, point de départ de la généralisation.

Exemples d'affections médullaires consécutives à des blessures périphériques. — La législation qui a trait aux accidents du travail a servi de prétexte, en Allemagne, à des études plus approfondies concernant les rapports de cause à effet qui peuvent exister entre une blessure acquise et une affection organique.

Thiem, dans une étude ayant trait aux affections de la moelle consécutives à des lésions périphériques, rapporte un cas, observé par lui, dans lequel une atrophie musculaire progressive d'origine spinale aurait été la conséquence d'une blessure de la main.

L'auteur émet l'opinion que, dans tous les cas d'affection médullaire relevant sans conteste d'une lésion périphérique, le chaînon intermédiaire consiste dans une inflammation ascendante des nerfs de la sensibilité.

Laehr n'attribue qu'un rôle étiologique accessoire à la blessure en pareil cas. C'est pour lui une circonstance adjuvante qui rendra manifeste une affection médullaire ayant évolué jusque-là tacitement. C'est, du moins, la part qu'il fait au traumatisme dans deux cas d'affection médullaire (syringomyélie) qu'il a observés et relatés dans un récent article : il s'agissait, dans le premier cas, d'une fracture du radius ayant précédé de deux ans une atrophie musculaire; dans le second, d'une luxation du cubitus survenue à la suite d'un très léger traumatisme. Selon lui, l'affection médullaire n'a été que réveillée par le traumatisme dans les deux cas, et a même peut-être joué un rôle dans la production de la luxation.

Enfin Mies publie une double observation de syringomyélie consécutive à la pénétration d'éclats de zinc dans la région du pouce. Les premiers symptômes ont consisté en panaris suivis d'atrophie musculaire. (*Wiener Klin. Wirhenschrift*, n° 27, 1896.)

PAUL VIOLLET.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un médecin n'a pas le droit d'autoriser la production en justice de lettres signées de lui et se rapportant à des soins donnés à un malade.

On sait que les lettres missives sont la propriété du destinataire ou du destinataire et du signataire quand elles contiennent une déclaration secrète et qu'elles ne peuvent pas être produites par un tiers auquel elles n'ont pas été adressées. Dans une affaire de divorce, cette production peut avoir lieu, si l'une des parties établit que les lettres qu'elle demande à produire sont parvenues entre ses mains d'une façon loyale et si les signataires et les destinataires ne se refusent pas à la production des lettres. Mais dans aucun cas, les tribunaux ne peuvent laisser produire en justice des lettres écrites par un médecin et se rapportant à des soins donnés à un malade, la production desdites lettres fût-elle autorisée par l'homme de l'art lui-même. C'est ainsi qu'il a été jugé, il y a quelques mois, par la Cour d'appel de Douai dans les termes suivants :

Attendu que les médecins sont tenus à garder le silence sur ce qu'ils peuvent avoir appris dans l'exercice de leur profession; que la violation de ce secret professionnel constitue un délit lorsque les médecins divulguent soit par un témoignage, soit par une déclaration écrite, le secret de ce qu'ils savent ainsi;

Attendu que les lettres écrites par le docteur C... se rapportent à des constatations qu'il a faites en donnant des soins au sieur F..., qu'il n'appartient pas, dès lors, à ce médecin d'en autoriser la production en justice, pas plus qu'il ne pouvait déposer lui-même sur ces faits; que la justice ne peut donc sanctionner cette autorisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Brocq, Dumontpallier, Lebreton, Achard, Lejars, Guinard, Richelot, Panas, Pinard et Maygrier.

— Le jury définitif de l'externat est composé de MM. Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Arrou, Rieffel, Villemin et Potocki.

— Par décret, en date du 2 octobre 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Fontan.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Laffont.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Gandelin.

— *Ecoles de médecine navale.* — La composition du Conseil de perfectionnement de l'Ecole principale de service de santé et des Ecoles-annexes de médecine navale est fixée ainsi qu'il suit :

Le contre-amiral directeur du personnel, président; l'inspecteur général du service de santé; le directeur de l'Ecole d'appli-

cation des médecins stagiaires de l'Ecole annexe de Toulon ; le directeur de l'Ecole principale du service de santé de la marine; le pharmacien en chef, membre du Conseil supérieur de santé à Paris; le chef du bureau des corps assimilés et de la justice maritime; un rédacteur de la direction du personnel, secrétaire.

— Aujourd'hui lundi 5 octobre s'ouvre à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours pour la nomination de 12 internes titulaires et d'internes provisoires dont le nombre est encore indéterminé.

Le nombre des candidats inscrits est de 80. Le jury est composé de MM. Courmont, Leclerc, Pic et Teissier, médecins des hôpitaux; Nové-Josserand, A. Pollosson, Rollet, chirurgiens des hôpitaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5 800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0 040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0 021	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0 058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRECIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DESIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE:
- *Acide sulfurique libre* 1.33
- *Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »* — *Sesqui-oxyde de fer*......
- — *de chaux*...................
- *Chlorure de sodium*...................
- *Matières organiques*...................

(ensemble) 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : **1 bouteille par jour.**

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phles.

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES



ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**s. Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d Aniline.

31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE. Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

AIROL

ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

MARQUE GRIFFON



HOFFMANN, TRAUB & Cie
BALE (Suisse)

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.

VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— *LYON* —



Pour prix et litterature demander le prospectus



Breveté s.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE

guéries par le

CRÉOSOTAL "HEYDEN"



Dose : 2 à 3 cuillerées par jour

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

CAPSULES
VALERIANATE D'AMYLE
BRUEL

Dans toutes les Pharmacies

L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE, qu'il ne faut pas confondre avec l'Éther Valérianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques. C'est aussi le *meilleur dissolvant de la* **Cholestérine.**

Deux capsules prises avant le coucher, procurent un sommeil plus calme que le chloral.

DOSE : *8 à 10 Capsules par 24 heures.*

NEVRALGIES MIGRAINES
COLIQUES HEPATIQUES
NEPHRETIQUES UTERINES

Gros : *11, r. de la Perle*, PARIS

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

ANÉMIE — CHLOROSE

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

N° 116. — JEUDI 8 ET SAMEDI 10 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 8 ET SAMEDI 10 OCTOBRE 1896. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les boutons anastomotiques en chirurgie.

Par ANGELESCO, interne des hôpitaux.

I

Depuis quelques années, les anastomoses viscérales ont subi un très grand perfectionnement dans la rapidité et dans la facilité de leur exécution. Ces progrès ont été obtenus grâce au bouton de Murphy ou à ses modifications.

Jusque dans ces derniers temps, les anastomoses viscérales se pratiquaient au moyen de sutures disposées sur plusieurs plans.

Senn (de Chicago), en 1887, emploie, pour les anastomoses viscérales, des plaques d'os décalcifiés. La mortalité des gastro-entérostomies serait de beaucoup diminuée par ce procédé. Margill (1) donne une mortalité de 24 p. 100; au contraire Cerny, Chaput (2) admettent non seulement que ce procédé de Senn est plus long et plus difficile que le procédé par suture ordinaire, mais les résultats sont beaucoup moins satisfaisants, la mortalité étant plus grande et le rétrécissement de l'orifice plus fréquent.

En 1892, Murphy (3) [de Chicago] imagine son bouton et les anastomoses viscérales entrent dans une nouvelle voie.

La longueur de l'opération est de beaucoup abrégée ; elle devient presque facile et la mortalité est diminuée dans de notables proportions.

Depuis la première communication de Murphy, son bouton est entré pour ainsi dire dans la pratique des anastomoses viscérales ; de telle sorte qu'actuellement presque tous les chirurgiens ont tendance, vu les avantages du bouton de Murphy, à délaisser complètement les autres procédés d'anastomose viscérale.

(1) MARGILL. *Approximation viscérale par plaques absorbables (méthode de Senn)*, Th. de Paris, 1894, et *Ann. of Surg.*. sept. 1894, p. 297.
(2) CHAPUT. Étude sur la gastro-entérostomie, *Presse méd.*, 1894, n° 28, p. 226.
(3) MURPHY. Communication sur le bouton de Murphy, *New-York Med. Record*, déc. 1892, t. II, p. 665, et 1894, t. Ier.

M. Terrier (1) pratique pour la première fois, en France, une gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy.

M. Chaput admet que la méthode de Murphy est merveilleuse dans la colécystentérostomie (2); au contraire, dans la gastro-entérostomie, elle présente des inconvénients.

A la suite de deux séries d'expériences cadavériques faites, la première avec Lenoble (3), la deuxième avec Angelesco et Lenoble (4), il a montré que le gros bouton de Murphy traverse difficilement l'intestin grêle, et souvent même il est arrêté, d'où danger d'occlusion intestinale. Il en est de même du bouton moyen ; quant au petit bouton, il présente un orifice trop étroit. Il reste le bouton elliptique qui, à cause de son volume, présente les mêmes désavantages que le gros bouton.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Chaput vient d'imaginer un bouton (5), beaucoup plus simple que celui de Murphy, qui est d'un maniement aussi facile que ce dernier et dont l'élimination ne peut pas faire de doute à cause de sa forme elliptique et de son petit volume transversal.

Les observations où le bouton de Murphy a été appliqué se sont multipliées et il ne se passe pas de jour qu'on n'entende parler des succès obtenus grâce à ce grand perfectionnement des anastomoses viscérales [Chaput (6), Quénu (7), Monod (8)].

M. Villard [de Lyon (9)] a modifié le bouton de Murphy et son modèle ne présenterait pas les inconvénients de celui du chirurgien américain.

Murphy a employé son bouton dans les gastro-entérostomies, les entéro-anastomoses, et enfin dans les colécystentérostomies. Depuis sa première communication, les applications du bouton de Murphy ou de ses modifications ont augmenté.

(1) TERRIER. Soc. de chir., 7 mars 1894.
(2) CHAPUT. Loc. cit.
(3) CHAPUT et LENOBLE. Étude sur le calibre normal de l'intestin grêle. Migration du bouton de Murphy, *Bull. de la Soc. anat.*, mai, juin, juillet 1894, nos 10, 11, 12.
(4) CHAPUT, ANGELESCO et LENOBLE. Recherches sur le bouton de Murphy, Soc. de chir., 14 nov. 1894.
(5) CHAPUT. *Médecine mod.*, janv. 1896, n° 4, et *Gaz. des hôpit.*, janv. 1896.
(6) CHAPUT. Soc. de chir., 14 et 21 nov. 1894.
(7) QUÉNU. Soc. de chir., 12 déc. 1894.
(8) MONOD. Soc. de chir., 26 déc. 1894.
(9) VILLARD. De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif, Congr. de Lyon, 1894, et *Gaz. hebd.*, mars 1895, nos 12, 13 et 14.

Le traitement de l'anus contre nature par le bouton de Murphy (1) a été, à plusieurs reprises, tenté. Murphy, dans son dernier mémoire, donne neuf observations terminées par la guérison ; « dans la fistule stercorale, écrit-il, l'intestin doit être réséqué et réuni bout à bout à l'aide du bouton. »

Tout dernièrement, M. Lejars (2) vient de publier une observation d'anus contre nature, traité et guéri par le bouton de Murphy.

Dans une thèse récente (3), cette question a été de nouveau étudiée avec vingt-huit observations à l'appui.

Boari (4), chirurgien de l'hôpital de Ferrare, à la suite d'expériences sur les chiens avec un bouton spécial, est arrivé à pratiquer chez l'homme l'anastomose des uretères avec l'intestin dans des conditions tout à fait remarquables. Cet abouchement, décrit pour la première fois par Simon (5) et pratiqué à plusieurs reprises sur les animaux avec des succès variables, par Novaro (6), Tuffier, Morestin (7), Giordano (8), etc., a été tenté sur l'homme par Küster (9) et pratiqué avec succès par M. Chaput (10) sur deux malades.

Le bouton de Boari simplifie l'opération et son exécution devient facile, le temps le plus difficile de l'abouchement des uretères dans l'intestin étant le temps des sutures.

Nombreuses seront encore, dans la suite, les applications du bouton de Murphy et les perfectionnements qu'on lui apportera changeront certainement, d'une manière complète, la technique des anastomoses viscérales.

Voyons comment est constitué ce bouton et quelles sont les modifications qu'on lui a fait subir dans les modèles imaginés par Chaput, Villard et Boari.

II

Description des boutons anastomotiques. — 1° *Le bouton de Murphy*. — Ce bouton se compose de deux pièces qui ressemblent assez bien à deux champignons. Il y a une pièce mâle et une pièce femelle. Chacune de ces pièces est formée d'un cylindre adapté à un chapeau ou cupule.

La pièce femelle, qui est plus simple, est constituée de la manière suivante : le cylindre est plus large que celui de la pièce mâle et présente à sa face interne un pas de vis pour les deux crochets que nous verrons sur le cylindre mâle.

Par une de ses extrémités, ce cylindre est libre; par l'autre, il se continue avec la cupule ou le chapeau.

(1) Murphy. Analysis of cases operated on with the aid of the Murphy button up to the present time, *The Med. News*, 9 fév. 1895, n° 6, p. 141.

(2) Lejars. De la cure opératoire de l'anus contre nature, *Bull. méd.*, janv. 1896, n° 5.

(3) Touche. *De l'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus contre nature*, Th. de Paris, 1896.

(4) Boari. Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial. Recherches expérimentales, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janv. 1896, n° 1; *Policlinico*, 1895, vol. II, C, fasc. x, et Michon. *Presse méd.*, fév. 1896, n° 14.

(5) Simon. *The Lancet*, 1852, n° 25.

(6) Novaro. Dell' innesto degli ureteri nel retto et dell' asportazione della vescica e della prostata, *Bull. d. la Soc. tra i cultori d. Scienze med.*, Siena, anno V, 1887.

(7) Morestin. Soc. anat., 1882.

(8) Giordano. Dell' innesto degli ureteri nel crasso intestino e della esportazione della vescica et della prostata, *Riforma med.*, vol. II, n° 117, maggio 1892.

(9) Kuster. Neue Operationen an Prostata und Blase, *Verhand. der Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, 1891.

(10) Chaput. De l'abouchement des uretères dans l'intestin, *Arch. gén. de méd.*, 1894, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.

Le chapeau a la forme d'une gouttière circulaire, dont la face convexe est à l'extérieur ; par son bord interne, cette gouttière s'unit au cylindre ; par son bord externe, elle est libre et regarde la face externe de ce cylindre. Sur la cupule, on voit quatre trous ronds aux extrémités des deux diamètres perpendiculaires.

La pièce mâle présente dans son ensemble la même conformation que la pièce femelle, elle diffère seulement par quelques particularités. Son cylindre est plus petit, pour pouvoir s'emboîter dans le cylindre femelle et sa face interne est dépourvue de pas de vis. De plus, ce cylindre présente deux trous ronds vers son extrémité libre, par où sortent deux petits crochets dont les tiges s'insèrent sur la face interne du cylindre, vers son extrémité qui s'unit à la cupule.

A cette pièce mâle est surajoutée une autre pièce qui a la forme d'un grand cylindre et qui présente deux bords : un libre, qui se termine par une bordure plate, et un autre bord qui est en contact avec un ressort situé dans la cupule. Le grand cylindre glisse dans la cupule par sa face externe, tandis que la bordure plate s'interpose entre les bords libres des deux cupules, mâle et femelle.

On comprend facilement le rôle de chacune de ces deux pièces. Les deux crochets servent à empêcher la pièce mâle de sortir de la pièce femelle, car, une fois le cylindre mâle entré dans le cylindre femelle, il faut dévisser le bouton pour pouvoir séparer les deux pièces, les deux crochets mordant sur le pas de vis.

Le gros cylindre surajouté à la pièce mâle sert à comprimer légèrement par sa bordure plate les bords de l'intestin ou du viscère qu'on anastomose, pour que le contact soit plus intime.

Le bouton de Murphy (1) a été construit par Murphy en bronze; plus tard, on a employé le cuivre, le nickel, l'aluminium (Ramaugé, de Buenos-Ayres, 1893).

Murphy a construit plusieurs modèles de dimensions différentes. Il y a d'abord quatre modèles ronds : un gros bouton n° 1, dont le diamètre de la cupule est de 27 millimètres et celui du cylindre mâle de 13 millimètres et demi; des boutons nos 2, 3 et 4 de 25mm3, 22mm5 et 20mm3 au niveau de la cupule et 11 millimètres, 9 millimètres et 7 millimètres et demi au niveau du cylindre.

Enfin, un bouton pour le rectum de 29 millimètres de diamètre et un bouton elliptique pour le gros intestin.

2° Le *bouton de Chaput* (2) est de beaucoup plus simple.

Il a la forme d'une gouttière elliptique, dont la face convexe est en dedans, du côté de l'orifice, et la face concave en dehors. Les deux bords libres présentent chacun six incisures profondes. Ce bouton, regardé de face, représente un anneau elliptique ; regardé de côté, il montre sa gouttière.

M. Chaput a construit cinq modèles de tailles différentes : le modèle n° 5, qui sert pour les gastro-entérostomies, a 46 millimètres de longueur sur 22 millimètres de largeur; il présente un orifice de 30 millimètres de longueur sur 5 millimètres de largeur ; la gouttière mesure 1 centimètre de largeur sur 7 millimètres de profondeur. Le modèle n° 1 sert pour la colécystentérostomie et pour la suture circulaire de l'intestin grêle. Les nos 2 et 3 servent à la suture

(1) Murphy. *New-York Med. Record*, t. I, p. 645.

(2) Chaput. *Médecine mod.*, janv. 1896, n° 4, et *Gaz. des hôpit.*, janv. 1896.

circulaire de l'intestin grêle; enfin le n° 4 est destiné aux sutures circulaires du gros intestin.

3° Le *bouton de Villard* (1) est, en quelque sorte, le bouton de Murphy réduit à sa plus simple expression. Il se compose d'une pièce mâle et d'une pièce femelle qui diffèrent l'une de l'autre par quelques particularités. Elles ont toutes les deux à peu près la même forme que les deux pièces de Murphy et sont formées d'un anneau métallique uni par un de ses bords à un cylindre central.

L'anneau métallique, ou le chapeau, a une épaisseur de 2 millimètres et il est percé de quatre trous très volumineux pour permettre aux matières intestinales de passer quand le bouton est tombé dans l'intestin et que sa lumière centrale ne correspond pas à l'axe de l'intestin.

Le cylindre diffère de la pièce mâle à la pièce femelle : celui de la pièce femelle présente sur sa face interne un pas de vis pour s'articuler avec le cylindre mâle. Le cylindre mâle est divisé longitudinalement par quatre languettes-ressorts qui se terminent par des griffes.

On comprend facilement le mécanisme : le cylindre mâle étant introduit dans le cylindre femelle, les griffes des languettes se fixent dans le pas de vis et empêchent la désarticulation.

Villard a fait construire trois modèles de son bouton : un de 20 millimètres; un autre de 23 millimètres qu'il recommande pour les gastro-entérostomies et les anastomoses de l'intestin grêle; enfin, un gros modèle de 26 millimètres pour les anastomoses du gros intestin. De plus, il a modifié le modèle qui lui sert pour la gastro-entérostomie : le cylindre femelle a été augmenté de longueur pour permettre la fixation plus facile à la paroi gastrique.

4° Le *bouton de Duplay et Cazin* (2) est formé d'une pièce métallique constituée par deux cylindres emboîtés l'un dans l'autre et soudés par leurs extrémités. Entre les deux cylindres, il y a un intervalle libre de 2 millimètres.

Ce bouton présente sur le milieu de sa face externe une rainure circulaire d'une profondeur de 2 millimètres et sur cette rainure, on observe deux orifices qui occupent les deux extrémités d'un même diamètre; à ces orifices, fait suite un canal circulaire situé dans l'intervalle libre formé par les deux cylindres; en d'autres termes, si on considère le canal seul, on peut le comparer à un anneau creux qui présente sur sa face externe deux orifices placés l'un en face de l'autre.

Le bouton de Duplay et Cazin a 22 millimètres de largeur et, comme l'intervalle entre les deux cylindres est de 2 millimètres et l'épaisseur de chaque cylindre de 1 millimètre, il en résulte que la lumière centrale présente un diamètre de 18 millimètres.

5° Le *bouton de Boari* (3) est, sinon aussi simple que le bouton de Chaput, au moins d'une description aussi facile que ce dernier. Il se compose d'une pièce principale sur laquelle sont adaptées deux parties accessoires.

La pièce principale a la forme d'un champignon, étant formée par un cylindre qui représente la tige ou le pied, unie à une cupule qui est le chapeau.

Le cylindre, à l'une de ses extrémités, se continue avec la cupule; à l'autre, il se termine par une bordure plate qui dépasse la face externe du cylindre de quelques millimètres. Sur le cylindre, vers son milieu, on observe deux petits trous aux deux extrémités d'un même diamètre.

Le chapeau ou la cupule a tout à fait la forme d'un chapeau de champignon, le cylindre étant implanté au milieu de sa face concave.

A cette pièce principale est surajouté un ressort à boudin et un deuxième chapeau disposé en sens inverse du premier.

Le deuxième chapeau regarde par sa concavité du côté de la concavité du chapeau principal et il a la même dimension que celui-ci, mais il est percé en son centre, pour le passage du cylindre sur lequel le deuxième chapeau est mobile.

Entre les deux chapeaux, il y a un ressort qui les tient écartés, de telle sorte que, le bouton étant ouvert, le chapeau mobile monte jusqu'à l'extrémité du cylindre.

Le rôle de chacune de ces pièces est facile à deviner et nous le verrons dans le manuel opératoire.

Boari a aussi fabriqué plusieurs modèles de son bouton.

III

Indications des boutons anastomotiques. — 1° *Indications du bouton de Murphy.* — Le bouton de Murphy remplace avec avantage les sutures faites pour les diverses anastomoses viscérales, toutes les fois qu'on veut terminer l'opération rapidement. Donc ces indications sont nombreuses. Nous pouvons les résumer de la manière suivante :

Les *gastro-entérostomies*, les *entéro-entérostomies*, les *entéro-anastomoses* et les *colécystentérostomies*.

a. *Dans les gastro-entérostomies*, le bouton de Murphy est appliqué, soit qu'il s'agisse d'une gastro-entérostomie pour sténose pylorique ou duodénale, de nature cicatricielle ou cancéreuse, soit que l'opération est pratiquée comme premier temps d'une opération plus complète, étant suivie d'une pylorectomie immédiate [Murphy (1)] ou tardive [Quénu (2)].

On a proposé la gastro-entérostomie dans la dilatation stomacale (3) quand le malade est menacé de périr d'inanition ; on comprend que dans ce cas, comme dans les autres, le bouton de Murphy peut rendre de grands services.

b. Les *entéro-entérostomies*, à l'aide du bouton de Murphy, ont été faites dans les cas d'intestin gangrené (4) [hernies étranglées, étranglement interne], où il fallait réséquer l'anse mortifiée et où on ne voulait pas faire un anus artificiel.

De même dans les cas de résection d'une portion intestinale, pour néoplasmes ou pour rétrécissements cicatriciels.

L'entéro-entérostomie, à l'aide du bouton de Murphy, a été appliquée aussi à la cure radicale des fistules stercorales, de l'anus contre nature (5), aux plaies (6) et aux adhé-

(1) Villard. De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif, *Gaz. hebd.*, mars 1895, nos 12, 13, 14.

(2) Duplay et Cazin. Sur un nouveau procédé de suture intestinale par invagination et ligature en masse sur un cylindre métallique creux, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1895.

(3) Boari (Achille). Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin, sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, janv. 1896, n° 1, et *Policlinico*, 1895, vol. II, fasc. x.

(1) Murphy. *New-York Med. Record,* 1894, t. I, p. 658.

(2) Quénu. Pylorectomie avec gastro-entérostomie préalable, Acad. de méd., 10 juillet 1894.

(3) Jeannel. *Arch. prov. de chir.*, 1893, t. II, p. 29.

(4) Terrier. Soc. de chir., 14 mars et 16 avril 1894.

(5) Lejars. Loc. cit.

(6) Blanquinque. Plaies de l'intestin traitées par le bouton anastomotique de Murphy, *Gaz. hebd.*, 15 mars 1896, n° 22.

rences (1) intestinales ; mais le plus souvent, dans ces deux derniers cas, on a eu recours à l'entéro-anastomose.

c. Les *entéro-anastomoses*, avec le bouton de Murphy, se pratiquent pour les rétrécissements néoplasiques avec adhérences ; dans ces cas, l'extirpation de l'anse malade étant difficile ou impossible, l'opération est très abrégée par l'anastomose latérale. De cette entéro-anastomose, il faut rapprocher l'*iléo-colostomie par opposition latérale de Billroth*.

Dans les colécystentérostomies, le bouton rend des services appréciables en diminuant, dans de notables proportions, la longueur et la difficulté de l'opération.

2° *Indications des boutons de Chaput et Villard.* — Les boutons de Chaput et de Villard présentent les mêmes indications que le bouton de Murphy, le principe étant le même. Celui de Villard n'a pas été employé dans les colécystentérostomies. Celui de M. Chaput présente certainement plusieurs avantages sur les autres. Nous y reviendrons dans un chapitre à part.

3° *Indications du bouton de Boari.* — Le bouton de Boari a été expressément construit pour les anastomoses de l'uretère avec l'intestin. Boari l'a appliqué chez l'homme deux fois.

Ce bouton tel qu'il est, ou légèrement modifié, sera certainement employé pour l'anastomose de l'uretère avec la vessie (opération de Bazy) et, dans ce cas, il pourra être extrait comme tout corps étranger volumineux de la vessie par une taille hypogastrique tardive s'il s'agit d'un homme, par la dilatation de l'urèthre s'il s'agit d'une femme.

IV

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire, quoiqu'il se ressemble dans ses grands traits pour tous les boutons, diffère assez sensiblement, suivant la variété du bouton qu'on emploie et suivant les viscères qu'on anastomose.

1° *Application du bouton de Murphy.* — Il faut considérer deux sortes d'anastomoses : a. les *anastomoses latérales*, et b. les *anastomoses bout à bout*.

a. *Anastomoses latérales.* Admettons qu'on veuille pratiquer une *gastro-entérostomie* à l'aide du bouton de Murphy. On peut considérer trois temps dans le manuel opératoire : 1° l'incision de l'estomac et de l'intestin et l'application des fils circulaires comme premier temps ; 2° l'introduction des deux moitiés du bouton dans l'estomac et l'intestin, et leur fixation par les fils circulaires ; enfin, 3° comme troisième et dernier temps, l'emboîtement des deux moitiés du bouton.

Après avoir ramené au contact de la face antérieure de l'estomac (d'après le procédé de Wölfler) ou de la face postérieure de l'estomac (Courvoisier, Terrier, Chaput) la première anse du jéjunum, on pratique l'anastomose.

Il y a deux procédés pour pratiquer l'incision sur l'estomac et l'intestin, et pour appliquer les fils circulaires.

M. Chaput fait les incisions stomacales et intestinales avant de placer les fils.

L'estomac est incisé longitudinalement sur une longueur de 2 à 3 centimètres, et sur les bords de l'incision on applique un fil de soie en bourse. Une des pièces du bouton est introduite alors à travers l'ouverture stomacale, et tenue en place à l'aide d'une pince hémostatique placée sur le cylindre. Le fil circulaire est resserré, à ce moment, autour du cylindre et il fixe la pièce.

La même manœuvre est pratiquée sur l'intestin. L'incision porte à ce niveau sur le bord non adhérent au mésentère.

Il ne reste plus qu'à articuler le bouton.

M. Quénu (1) fait l'incision des viscères après avoir placé les fils, l'incision est cruciale et les fils sont placés autour d'un cercle de la largeur du bouton. Il se sert comme mesure d'une pièce de cinq centimes, à laquelle il a fait souder un stylet, et qu'il applique sur l'estomac ou l'intestin pour délimiter la surface qui doit être circonscrite par le fil.

Le fil ne doit pas perforer la muqueuse ; il doit cheminer entre la muqueuse et la musculeuse.

Le bouton étant serré, si on s'aperçoit que les surfaces séreuses ne sont pas bien coaptées, il faut pratiquer pardessus le bouton un étage de sutures séro-séreuses, comme je l'ai vu souvent pratiquer, par notre distingué maître Chaput, les chances d'infection sont d'autant plus diminuées.

L'opération dure, en terme moyen, de dix à douze minutes.

Si on veut pratiquer maintenant une *entéro-anastomose*, le manuel opératoire ne diffère absolument en rien de celui de la gastro-entérostomie. Il en est de même de la *colécystentérostomie*.

Dans tous ces cas, bien entendu, les précautions d'antisepsie et d'asepsie doivent être parfaites, évacuer les viscères avant de les anastomoser et empêcher le liquide contenu dans leurs cavités de tomber dans la cavité péritonéale. Les petites compresses stérilisées, montées sur des pinces, rendent de grands services.

b. *Anastomoses bout à bout ou terminales.* — Le manuel opératoire est le même, sauf qu'ici on n'a pas besoin d'incision, le bouton étant appliqué dans l'ouverture du viscère. Quand une des ouvertures est plus large, on n'a pas besoin de la rétrécir comme dans le cas d'anastomose à l'aide de sutures, le fil circulaire fronce davantage ce segment, et la coaptation se fait comme dans le premier cas.

2° *Application du bouton de Villard* (2). — Le manuel opératoire appliqué au bouton de Villard est le même que celui du bouton de Murphy. Il n'est pas nécessaire d'insister.

3° *Application du bouton de Chaput* (3). — a. *Anastomose latérale.* — Prenons une entéro-anastomose, par exemple. Pour appliquer le bouton, M. Chaput considère cinq temps : 1° l'incision des viscères et l'application d'un surjet unique sur les bords postérieurs des deux ouvertures ; 2° la mise en place du bouton et sa fixation par les deux bouts du surjet ; 3° le passage d'un deuxième fil derrière le bouton ; 4° la fermeture des deux incisions par un surjet antérieur, à l'aide de ce deuxième fil ; 5° enfin, le serrement des bords de la gouttière à travers les viscères.

Voilà plus en détail ce procédé.

Les deux anses intestinales étant incisées et approchées l'une de l'autre, avec un fil de soie, on fait un surjet sur les bords postérieurs des deux ouvertures ; le bouton est pris à ce moment et placé, par la gorge postérieure, à cheval sur le surjet ; les deux bouts de fil ayant servi pour le surjet

(1) Wiener. Murphy's Anastomosenknopf und Seine Lestungen, *Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 4, p. 81.

(1) Quénu. La gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy, *Presse méd.*, 1894, n° 52, p. 413.

(2) Villard. Loc. cit.

(3) Chaput. *Médecine mod.*, loc. cit.. et *Gaz. des hôpit.*, citée.

postérieur sont passés dans la gorge antérieure du bouton, et noués à l'extrémité de la gouttière.

Le bouton étant incliné de côté, on place alors un deuxième fil par son milieu dans la gorge postérieure, et les deux chefs sont ramenés en avant ; avec l'un deux, on pratique un surjet sur les deux lèvres qui restent, c'est-à-dire sur les bords antérieurs des incisions, et quand le surjet est terminé on noue les deux extrémités.

Il ne reste alors qu'à comprimer les lèvres du bouton à travers l'intestin, pour avoir un contact plus intime entre les deux surfaces séreuses.

M. Chaput recommande de faire, s'il y a nécessité, une rangée de sutures séro-séreuses par dessus le bouton, pour que l'affrontement soit parfait. La gastro-entérostomie et la colécystentérostomie ont la même technique. Il n'y a pas lieu d'insister.

b. *Anastomoses bout à bout ou terminales.* — Dans ce cas, comme dans les anastomoses latérales, le manuel opératoire est absolument le même. Si l'un des orifices est plus petit que l'autre, on peut l'agrandir par une incision longitudinale dont les deux lambeaux sont excisés (Chaput).

4° *Application du bouton de Duplay et Cazin.*— Ce bouton ne peut être employé que pour les anastomoses intestinales bout à bout (ou les entéro-entérostomies terminales). On peut considérer quatre temps.

Dans un premier temps, on prépare le bouton, on introduit les deux extrémités d'un fil de soie résistant dans l'un des deux orifices que nous avons décrits sur la rainure.

Ces extrémités de fil, après avoir contourné à droite et à gauche le cylindre interne, en suivant le canal circulaire qui fait suite à l'orifice, viennent sortir par l'orifice opposé. Le fil étant noué et le nœud tiré dans le canal, on obtient à ce moment, de chaque côté du bouton, une anse qui traversera l'intestin.

Dans un deuxième temps, avec une aiguille de Reverdin, on perfore, de dehors en dedans, le bout d'intestin qui doit être invaginé, et on attire une des anses que nous avons obtenues avec le fil de soie; on opère de la même manière pour la deuxième anse ; de telle sorte qu'à la fin de ce premier temps, le bouton est placé dans le bout d'intestin à invaginer, et il est rattaché à l'intestin par les deux anses qui traversent cet organe au niveau de son bord mésentérique et dans un point diamétralement opposé. Le troisième temps consiste à invaginer l'intestin qui contient le bouton, dans le bout intestinal resté libre. La manœuvre est la même ; après avoir dépouillé complètement de sa muqueuse le bout engainant dans une étendue de 1 centimètre environ, il est perforé avec l'aiguille en deux points (au niveau du bord mésentérique, et dans un point diamétralement opposé) et les deux anses sont attirées de dedans en dehors ; à ce moment, le bout d'intestin qui contient le bouton s'invagine dans l'autre bout, et il ne reste plus qu'à procéder au quatrième temps pour immobiliser le bouton et l'invagination obtenue.

Les deux anses sont sectionnées et on obtient de la sorte quatre fils dont deux de chaque côté.

Pour fixer alors le bouton, on n'a qu'à nouer ensemble les deux fils de droite, et puis également ensemble les deux fils de gauche. Le fil forme de la sorte un cercle tout autour de l'intestin, celui-ci étant comprimé au niveau de la rainure que nous avons décrite sur la face externe du bouton.

Pour terminer l'opération, MM. Duplay et Cazin recommandent d'enlever aux ciseaux la collerette formée par le bout engainant, collerette comprise au delà du point ligaturé, et faire quelques points séro-séreux entre la séreuse de l'intestin invaginé et le bord libre qui la recouvre.

5° *Application du bouton de Boari* (1). — Le manuel opératoire en est simple. Nous avons dit que le cylindre de ce bouton présentait deux trous. Par ces trous, on introduit un stylet qui, poussé en bas vers le chapeau, fixe le chapeau mobile, de telle sorte que les deux chapeaux sont maintenus en contact. On introduit alors, dans l'uretère, le cylindre du bouton, et on serre sur ce cylindre l'uretère à l'aide d'un fil de soie circulaire qui a été préalablement placé tout autour de l'orifice de cet organe, à quelques millimètres de l'ouverture.

On passe ensuite à l'intestin ; avant de l'inciser, on met un fil de soie en bourse autour d'une surface, dont l'incision longitudinale puisse laisser passer les chapeaux du bouton.

L'intestin étant incisé, la grosse extrémité du bouton est introduite et les deux bouts du fil, noués une seule fois, entre le stylet et les chapeaux; à ce moment, le stylet est enlevé ; la plaque ou le chapeau monte sous l'impulsion du ressort, et vient appliquer la surface de l'intestin à la surface uretérale ; on n'a alors qu'à nouer une deuxième fois le fil, et l'anastomose est terminée.

V

Suites et accidents. — Les boutons une fois placés, les soins post-opératoires deviennent extrêmement importants, comme, du reste, les soins pré-opératoires. Nous ne pouvons pas insister, ces soins, du reste, étant les mêmes que ceux qui s'adressent aux sutures intestinales.

Les deux viscères anastomosés communiquent à travers le canal du bouton. Deux cas peuvent se présenter ; les suites peuvent être bonnes ou mauvaises.

1° *Dans les cas heureux*, les lèvres des deux orifices étant comprimées par le bouton ; à la périphérie, il se fait des adhérences entre les viscères, tandis que les parties comprimées se sphacèlent et sont éliminées en même temps que le bouton. Cette élimination est variable ; elle se fait du huitième au trentième jour. La mortification des parties comprimées est presque complète au bout de quarante-huit heures. Avec le bouton de Chaput, il n'y a pas de sphacèle ; le bouton s'élimine, grâce à l'élargissement de l'orifice viscéral, quand les fils en bourse ont coupé les tissus, ce qui arrive au bout de quelques jours.

L'orifice, qui résulte après l'élimination du bouton, reste dans cet état; il n'a aucune tendance à se rétrécir, ce qui n'est pas le cas des anastomoses faites par les sutures ordinaires ou par les plaques de Senn (2).

Murphy, Chaput (3) et Villard (4) à la suite des expériences sur les animaux et des autopsies des malades qui avaient subi des anastomoses avec le bouton de Murphy ou avec le modèle de ces auteurs, sont arrivés aux mêmes conclusions, en ce qui concerne le rétrécissement consécutif de l'orifice. Ils ont montré que ce rétrécissement n'existe pas et que l'ouverture n'a aucune tendance à se rétrécir tardivement.

Duvivier (5), dans sa thèse, est arrivé aux mêmes conclu-

(1) Boari. Loc. cit.
(2) Mergill. Th. citée.
(3) Chaput. *Médecine mod.*, loc. cit., et Soc. de chir., 14 nov. 1894.
(4) Villard. Loc. cit.
(5) Duvivier. *La gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy*, Th. de Paris, 1895.

sions, et même dans une observation de W. Mayo (1), chez une malade qui avait subi une gastro-entérostomie, l'ouverture fut trouvée plus grande que le bouton.

2° *Dans les cas malheureux*, plusieurs accidents peuvent survenir à la suite d'une anastomose avec le bouton de Murphy; les parties comprimées peuvent se sphacéler trop vite, avant que les adhérences aient eu le temps de se former, surtout quand le bouton a été serré trop fortement, il y a perforation et péritonite, comme dans deux cas signalés par Demons (2); le bouton même pouvant tomber dans le péritoine. On cite le cas de Zielewicz (3), où le bouton fut trouvé le septième jour de l'opération, dans la cavité abdominale, suspendu par les fils en bourse, mais dans ce cas, on trouva dans l'estomac une demi-livre de « saucisse de foie » que le malade avait ingérée six jours après son opération. Donc, dans ces cas, l'accident est arrivé pour toute autre cause que le sphacèle des parties comprimées.

D'autres fois, le bouton, au lieu d'être éliminé, tombe dans l'estomac comme dans les cas de Meyer (4) et Dawbarn (5).

Enfin le bouton, surtout si on emploie le gros modèle de Murphy, peut s'arrêter dans l'intestin et donner une obstruction intestinale.

Dans une première série (6) de recherches portant sur douze cadavres, M. Chaput a observé que le gros bouton n'a pas passé, une seule fois, sans des efforts énergiques; après une deuxième série (7) portant sur vingt-quatre ans, il est arrivé à conclure que le gros et le bouton moyen de Murphy offrent souvent un calibre supérieur à celui de l'intestin; quant au petit bouton, quinze fois il a passé facilement, six fois il a passé difficilement, et enfin, trois fois, l'arrêt a été absolu.

Le petit modèle de Murphy exposerait donc moins à cette obstruction intestinale, d'où beaucoup d'auteurs le préfèrent (Quénu), mais, comme il a un orifice trop petit, Chaput et Villard ont imaginé leurs boutons qui n'ont pas les inconvénients de celui de Murphy.

Comme dernière complication, on a noté le reflux du contenu stomacal dans le bout supérieur, et le reflux de la bile dans l'estomac (Ricard, Billroth, Maydl, Chaput). M. Chaput (8), pour éviter le reflux du contenu stomacal dans le bout supérieur, conseille de resserrer modérément ce dernier au moyen d'une mèche de gaze iodoformée.

VI

Comparaisons entre les boutons anastomotiques. — Le *bouton de Murphy* a été modifié par MM. Chaput et Villard. A la suite des expériences qu'ils ont faites sur les animaux, et à la suite d'observations cliniques, ils ont remarqué que ce bouton, tout en présentant des avantages incontestables sur les anastomoses avec les sutures ordinaires, a des inconvénients auxquels ils ont essayé de remédier.

MM. Chaput et Villard ont montré que la bague mobile du bouton de Murphy n'est pas nécessaire. Pour M. Chaput, cette bague mobile comprime trop fortement l'intestin, d'où sphacèle intestinal avant que les adhérences péritonéales aient eu le temps de se produire; à la suite de sept expériences sur les chiens, il a vu quatre fois les animaux mourir par perforation intestinale, et trois fois les chiens guérir. Dans les trois premiers cas, le bouton a été employé avec sa bague et son ressort; dans les trois derniers cas, sans bague et sans ressort. Cette opinion est attaquée par M. Quénu (1), qui admet que la constriction de l'intestin par la bague n'a aucune importance, et que les accidents consécutifs sont dus à l'infection faite au moment de l'opération, ou à l'infection par propagation, quand une partie de la muqueuse intestinale fait hernie; c'est à cause de cela qu'il recommande de réséquer légèrement cette muqueuse sur les bords de l'ouverture.

Pour Villard (2), la crainte que la bague peut inspirer n'est pas dans la trop grande constriction de l'intestin, mais dans ce qu'elle empêche une adaptation parfaite des deux séreuses. Cette opinion de Villard paraît exagérée, car il est difficile de l'admettre, la bague ayant, tout au contraire, pour rôle de mettre plus en contact une surface avec l'autre.

Une deuxième objection au bouton de Murphy a été faite par M. Chaput.

A la suite des expériences sur le cadavre, faites avec Angelesco et Lenoble, il a remarqué que le gros bouton passe difficilement dans l'intestin grêle, et que souvent il s'arrête et peut provoquer une obstruction intestinale, il en est de même du bouton moyen; quant au petit, il s'arrête souvent à la fin de l'iléon.

De même les observations cliniques sont nombreuses où le bouton n'a pas été éliminé. Ce qui fait conclure à M. Chaput que l'emploi du gros bouton et du moyen est dangereux.

Tous ces inconvénients du bouton de Murphy ont suggéré l'idée à MM. Chaput et Villard de le modifier; et c'est ainsi qu'ils ont trouvé deux autres modèles qui, sans présenter les désavantages du bouton de Murphy, présenteraient ses qualités.

Il reste à voir si les deux modifications ont été heureuses.

Le *bouton de M. Chaput* est d'une très grande simplicité; son volume et sa forme sont tout en sa faveur, et l'orifice du bouton, beaucoup plus volumineux que celui de Murphy, rend la communication entre les viscères plus facile.

Son application est même beaucoup plus simple que l'application du bouton de Murphy et les surfaces séreuses, tout en étant adossées, sont beaucoup moins comprimées, d'où élimination du bouton sans sphacèle, ce qui n'est pas un avantage à dédaigner, les adhérences ayant le temps de se produire et le danger de perforation étant écarté.

Donc, en résumé, le bouton de M. Chaput est une trouvaille merveilleuse, et il ne fait pas de doute qu'il remplacera avec grand avantage celui de Murphy.

En est-il de même de celui de Villard? Nous ne le croyons pas, et la cause est bien simple :

M. Villard a inventé son bouton ayant en vue les deux inconvénients du bouton de Murphy, que nous venons de signaler, c'est-à-dire la bague mobile et le volume trop grand du bouton.

La bague mobile est supprimée dans son modèle, mais le volume ne diffère pas beaucoup de celui de Murphy; il

(1) W. Mayo. *Ann. of Surg.*, 15 janv. 1895, p. 42.
(2) Demons. Soc. de chir., 17 oct. 1894.
(3) Zielewicz. *Centralbl. f. Chir.*, 27 oct. 1894, n° 43.
(4) Meyer. *Centralbl. f. Chir.*, 15 sept. 1894, n° 37.
(5) Dawbarn. *Ann. of Surg.*, 15 fév. 1895.
(6) Chaput et Lenoble. Loc. cit.
(7) Chaput, Angelesco et Lenoble. Loc. cit.
(8) Chaput. Soc. de chir., 26 déc. 1894, et *Presse méd.*, loc. cit.

(1) Quénu. Soc. de chir., 21 nov. 1894.
(2) Villard. Soc. des sc. méd. de Lyon, 21 nov. 1894.

donne 23 millimètres pour le bouton moyen, celui qu'on doit employer dans les gastro-entérostomies, et comme ce bouton est rond, il ne peut pas être comparé à celui de Chaput, qui, malgré 22 millimètres dans son diamètre transversal, traverse facilement l'intestin, grâce à son diamètre antéro-postérieur qui est très petit. Les expériences de M. Chaput sont là pour montrer que la migration d'un bouton du volume de celui de Villard est difficile, l'obstruction étant à craindre.

Car il est difficile d'admettre que les fenêtres qui se trouvent sur les parties larges du bouton empêchent cette obstruction, les matières intestinales ayant certainement de la difficulté à les traverser, d'autant plus qu'elles doivent être obstruées par les parties sphacélées de l'intestin.

On ne voit donc pas trop l'intérêt qu'il y aurait à substituer au bouton de Murphy, sans bague, celui de Villard, car en ce qui concerne la lumière centrale, plus grande dans ce dernier modèle, on n'aurait qu'à élargir celui de Murphy pour arriver au même résultat.

En somme, le bouton de Murphy a ouvert une nouvelle voie à la chirurgie intestinale; le progrès est immense. Les inconvénients qu'il pourrait présenter sont écartés en employant le modèle de M. Chaput.

Il reste à discuter le *bouton de Duplay et Cazin*. Ce bouton n'a été employé par ses auteurs que sur le chien. Les résultats paraissent avoir été satisfaisants. Sur huit chiens ils ont eu huit guérisons. Pourtant, il est certain que ce bouton présente des inconvénients incontestables, et, malgré les succès signalés, son innocuité reste encore à démontrer.

Il est facile de se rendre compte des inconvénients qu'il présente. En première ligne, l'invagination, malgré l'enlèvement de la muqueuse, et malgré les points séro-séreux, expose à la péritonite, la curette ou le bistouri inoculent les tissus sous-jacents et l'infection se fait facilement; mais, même en laissant de côté ce désavantage que les autres boutons ne présentent pas, il en est un autre beaucoup plus marqué qui tient aux fils et aux orifices.

Les fils perforent toutes les tuniques intestinales et forment de chaque côté un orifice plus ou moins grand, suivant l'épaisseur du fil et l'état de la paroi intestinale. On comprend donc que ces fils, traversant une muqueuse septique, soient devenus des foyers d'infection, d'autant plus qu'on est obligé les nouer tout autour de l'intestin, et de les mettre en contact avec la séreuse; les orifices eux-mêmes constituent une voie ouverte aux agents septiques de l'intestin. Enfin, comme dernier inconvénient, la section de l'intestin par le fil n'est pas exempte de dangers, car si les adhérences ne sont pas complètement constituées, ou pas assez solides au bout de trois ou quatre jours, au moment de l'élimination du bouton et des fils, l'intestin est perforé.

Quant au *bouton de Boari*, il s'adresse jusqu'ici à une seule opération, et quoique les expériences et les observations cliniques soient encore en trop petit nombre, il est incontestable que le procédé de Boari ait des avantages indiscutables sur les anastomoses uretéro-intestinales faites à l'aide de simples sutures.

VII

Résultats. — Les boutons anastomotiques ont été employés très fréquemment depuis quelque temps; les résultats jusqu'ici ont été des plus satisfaisants, et les accidents sont plus rarement observés à mesure que les opérateurs appliquent plus souvent cette méthode et que le bouton se perfectionne. Les expériences sur les animaux sont très nombreuses; presque tous les chirurgiens qui l'ont employé chez l'homme, l'ont expérimenté chez le chien [Murphy, Chaput, Potarca (1)]. Les observations cliniques sont actuellement par centaines, de telle sorte qu'on arrive facilement à reconnaître la supériorité incontestable du bouton sur les autres procédés.

1° La *gastro-entérostomie* a été pratiquée un assez grand nombre de fois. Dans le premier mémoire de Murphy (2), il y a 6 cas de gastro-entérostomie avec 1 mort. Tardif (3) cite un deuxième mémoire de Murphy (4), où il y a 10 gastro-entérostomies avec 3 morts. Duvivier donne, dans sa thèse, 16 observations de gastro-entérostomie simple avec 9 morts et 5 gastro-entérostomies combinées à la pylorectomie avec 1 mort. Ces opérations ont été pratiquées par Quénu, Monod (5), Mynter (6), Mayo (7), Barbat (8), Jaboulay et Villard (9), Zielewicz, Terrier. Dans ce tableau il y a plusieurs observations citées d'après les mémoires de Murphy, de telle sorte que, sur 37 cas de gastro-entérostomie que Duvivier a ramassés, il a trouvé 17 morts.

M. Chaput a fait, avec son bouton, 3 gastro-entérostomies avec 2 morts; un quarante-huit heures après l'opération par congestion pulmonaire, et l'autre le dixième jour avec des vomissements très intenses : dans les deux cas, l'autopsie a montré l'intégrité de l'anastomose et du péritoine.

De nombreuses gastro-entérostomies simples ou combinées à la pylorectomie ont été pratiquées par divers chirurgiens avec des résultats satisfaisants [Monod (10), Quénu, Terrier, Hartmann, Villard, Jaboulay, Poncet, etc.]

2° L'*entéro-entérostomie* et l'*entéro-anastomose* ont été faites dans un nombre de cas aussi grand que la gastro-entérostomie. L'application du bouton de Murphy, dans ces cas, tend à devenir le procédé de choix. Dans les hernies gangrénées, quand l'anus contre nature n'est pas pratiqué et quand on se décide pour l'entéro-entérostomie, le bouton de Murphy rend de réels services par la rapidité de l'opération et la diminution du choc opératoire [Terrier (11), Chaput].

Murphy, sur 8 résections de hernies gangrénées, a eu une seule mort, une hernie ombilicale; dans ce cas le malade est mort d'une péritonite antérieure à l'opération.

M. Chaput cite un cas d'entéro-anastomose faite avec son bouton sur un vieillard de soixante et onze ans, pour un cancer du côlon. Il a été obligé secondairement de lui faire un anus contre nature pour une parésie intestinale nullement liée à l'opération, et il a pu remarquer l'intégrité du péritoine et de la suture.

Villard cite un cas de résection intestinale pour hernie gangrénée traitée par son bouton et guérie.

D'autres entéro-entérostomies ont été faites, soit pour

(1) Potarca, Jacob. Studiu Experimental asupra entero-anastomoselor prin Boutonul lui Murphy, *Spitalul*, janv. 1895, n° 1.
(2) Murphy. Loc. cit.
(3) Tardif. *Anastomoses viscérales sans sutures*, Th. de Paris, 1894.
(4) Murphy. Art. Chaput, *Presse méd.*
(5) Monod. *Mercredi méd.*, 20 mars 1895.
(6) Mynter. *Buffalo Med. and Surg. Journ.*, juillet 1894, t. XXIII.
(7) Mayo. Loc. cit.
(8) Barbat. *Pacific Med. Journ.*, avril 1893.
(9) Jaboulay et Villard. *Lyon méd.*, 9 déc. 1895, et *Semaine méd.*, 13 oct. 1894.
(10) Monod. Soc. de chir., 26 déc. 1894.
(11) Terrier. Loc. cit.

cancer de l'intestin [Barrs et Robson (1)], soit pour hernies gangrénées [Bush (2)] ou étranglements internes [Banks (3)], avec résultats assez bons, quand on intervient de bonne heure et que le malade n'est pas trop cachectisé.

Blanquinque (4) cite deux cas de plaies de l'intestin, traitées par le bouton de Murphy. Un des malades est mort le huitième jour, l'autre le vingt-septième jour de son opération. L'auteur avait employé le catgut pour faire des surjets et il admet que la mort a été produite par la résorption trop rapide du catgut, d'où péritonite.

Cette explication peut être admise pour la première observation; quant à la deuxième, la cause de la mort doit être cherchée autre part.

M. Lejars a eu recours, dans un cas, au bouton de Murphy pour la cure radicale d'un anus contre nature et la malade a guéri.

Murphy (5), sur 9 cas d'anus contre nature, traités par son bouton, a obtenu 9 guérisons. La première observation d'anastomose terminale chez l'homme pratiquée pour fistule stercorale, c'est celle de Walker (6), où il s'agissait d'une fistule stercorale consécutive à une laparotomie; le malade a guéri.

Touche (7), dans sa thèse, publie 28 observations d'anus contre nature traités par le bouton de Murphy avec 3 morts. Dans ces observations, il y en a 5 publiées par Murphy (8) et des observations de Walker, Dodge (9), Frey (10), l'observation de Lejars, une de Forgues (11) [de Montpellier], et 2 observations inédites de M. Richelot.

3° La *cholécystentérostomie*, traitée par le bouton de Murphy, paraît être même plus bénigne que la gastro-entérostomie et l'entéro-entérostomie.

Sur 22 cas, Murphy signale 20 guérisons et 2 morts.

Wiener (12) a publié, dans le *Centralblatt*, une statistique des opérations faites en Amérique avec le bouton de Murphy et il a trouvé 107 opérations. Sur ces 107 opérations, il donne 21 gastro-entérostomies avec 4 morts; 36 cholécystentérostomies avec 1 seule mort par hémorragie, au sixième jour; 10 résections de l'intestin pour hernie étranglée, avec 10 guérisons; 10 fistules de l'intestin avec 10 guérisons; 10 résections pour étranglement interne, plaies, rétrécissements et adhérences de l'intestin, avec 3 morts; 26 résections pour tumeurs, avec 3 morts.

4° Quant à l'anastomose uretéro-intestinale, par le bouton de Boari, les observations sont trop peu nombreuses (2 données par Boari) pour tirer une conclusion définitive, mais le procédé paraît rapide et avantageux.

(1) Barrs et Robson. Intestinal Anastomosis by the Murphy button for relief in an advanced case of cancer of the colon and stomach; necropsy; remarks, *The Lancet*, 15 juin 1895.

(2) Bush. Case of resection of intestine, with approximation of the divided ends by means of Murphy's button, *The Lancet*, 6 avril 1895.

(3) Banks. Two cases of enterectomy in which Murphy's was used, *Brit. Med. Journ.*, 23 fév. 1895.

(4) Blanquinque. Loc. cit.

(5) Murphy. *Chicago Med. Review*, fév. 1895, et *The Med. News*, 9 fév. 1895, n° 6.

(6) Walker. Intestinal approximation its pathological hystology of reunion and statistical analysis, *Amer. Med. Record*, juin 1894.

(7) Touche. Th. citée.

(8) Murphy. Loc. cit.

(9) Dodge. *The Med. News*, juin 1894.

(10) Frey. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1895.

(11) Forgues. Soc. de chir., 24 juillet 1895.

(12) Wiener. *Centralbl. f. Chir.*, 1895, n° 4.

VIII

Conclusion. — En résumé, les anastomoses viscérales sont entrées dans une nouvelle voie, grâce aux boutons anastomotiques, elles sont devenues plus faciles et leur exécution a gagné beaucoup en rapidité. Au lieu de mettre une heure ou une heure et demie pour pratiquer une anastomose viscérale par les sutures ordinaires, il suffit de quelques minutes pour appliquer le bouton — quinze à dix-huit minutes pour pratiquer une gastro-entérostomie (Quénu, Chaput). Cette rapidité n'est pas un facteur de peu d'importance, surtout quand on a affaire à des malades peu résistants, affaiblis, cachectiques, et où le choc opératoire joue un rôle si considérable.

Avant de terminer cet article, nous devons citer un travail récent et tout à fait remarquable, sur les sutures intestinales par le bouton de Murphy, travail dû au professeur Jonnesco [de Bukarest (1)].

Malheureusement, il nous a été impossible de l'analyser au cours de cet article, celui-ci étant terminé quand le travail de M. Jonnesco a paru.

M. Jonnesco ayant observé deux inconvénients au bouton de Murphy : 1° que les boutonnières viscérales sont trop larges pour les pièces du bouton, d'où suture imparfaite et accidents possibles; 2° que la coaptation des deux moitiés du bouton est souvent difficile, à cause de l'épaisseur des parois; a cherché un moyen pour y remédier et est arrivé aux résultats suivants, en ce qui concerne la gastro-entérostomie.

Il pratique une incision de 3 centimètres sur la paroi antérieure du canal pylorique; par cette incision, il introduit une des pièces du bouton saisie avec une pince à forcipressure, la pièce est poussée de droite à gauche (par rapport au malade), et son cylindre vient soulever la paroi gastrique, près de la grande courbure, à 3 centimètres de la boutonnière d'engagement. Alors, sur la lumière du cylindre, on pratique une incision cruciale qui intéresse toute la paroi gastrique; le cylindre est poussé à travers la boutonnière cruciale, et il ne reste plus qu'à le fixer; ce qu'on peut faire de deux manières, soit en serrant la collerette gastrique autour du cylindre, à l'aide d'un fil de soie, soit en passant un fil en bourse autour de cette collerette.

La même manœuvre est pratiquée sur l'intestin, avec cette seule différence que la boutonnière d'engagement siège du côté du duodénum, et par conséquent la pince est introduite de gauche à droite, au lieu de droite à gauche, comme sur l'estomac. L'explication de cette manière de faire est facile à donner; les incisions siégeant, l'une du côté du pylore, l'autre du côté du duodénum, ne sont pas en contact avec le contenu gastrique et intestinal; et en deuxième ligne, il n'y a pas à craindre un rétrécissement du calibre du tube gastro-intestinal, en amont du courant des aliments.

L'emboîtement des deux pièces est fait par l'intermédiaire de deux pinces, et il ne reste plus, alors, qu'à coapter les deux pièces du bouton, après avoir enlevé les pinces. Pour cela, on introduit l'index de la main gauche, et le pouce de la main droite dans les deux boutonnières respectives et les deux pièces du bouton étant saisies, on approche les deux doigts; la coaptation se fait très facilement et elle est parfaite.

(1) Jonnesco. Un nouveau procédé pour l'application du bouton de Murphy, *Arch. des sc. méd.*, janv. 1896, n° 1.

L'anastomose est terminée par la suture de deux boutonnières d'engagement, suture qui est faite par des points de Lambert séro-séreux.

M. Jonnesco a expérimenté son procédé sur 20 chiens avec un succès parfait. Il recommande de fermer le pylore pour empêcher le reflux de la bile dans l'estomac.

Il est incontestable que ce procédé est très ingénieux, et qu'il rendra de réels services dans la pratique des anastomoses viscérales ; il y aurait grand avantage à l'employer toutes les fois qu'on a recours aux anastomoses latérales par le bouton de Murphy.

Enfin M. Juvara (1) vient de décrire un bouton anastomotique, qui est celui de Villard légèrement modifié ; modification qui consiste en ceci, que le pas de vis du cylindre femelle occupe dans le modèle de Juvara seulement le tiers externe et que, du côté de l'orifice libre du cylindre femelle, il y a un sillon circulaire correspondant à un bourrelet situé sur la face externe de ce cylindre.

Quant au cylindre mâle, il présente dans ce modèle huit bandelettes élastiques au lieu de quatre, comme dans celui de Villard. Enfin, comme dernière modification résultant de la construction même du bouton, c'est que les deux pièces du bouton de Juvara ne peuvent pas se séparer, les crochets du cylindre mâle s'arrêtant au niveau du sillon que nous avons décrit sur le cylindre femelle.

Quant au manuel opératoire, il pratique la ligature de l'intestin sur les cylindres, suivant la méthode de Frey ; l'intestin étant incisé, on pince les bords de l'incision avec quatre pinces, une des pièces du bouton étant introduite dans l'intestin, on serre celui-ci tout autour du cylindre à l'aide d'un fil de soie qui passe sous les pinces. La même manœuvre est pratiquée sur l'autre anse intestinale ; et on n'a qu'à fermer le bouton. Nous avons montré ce qu'il faut penser de ce bouton qui n'est que celui de Villard ; il reste à discuter la ligature circulaire ; celle-ci a des inconvénients multiples. Dans les anastomoses latérales, elle est très difficile et ne présente véritablement des indications que dans les anastomoses bout à bout ; et même dans ce cas, l'intestin glisse souvent, surtout quand on enlève en grande partie la collerette qui fait saillie (ce qui, du reste, est absolument indiqué).

Tout dernièrement, M. Derocque (2) a présenté à la Société anatomique un bouton et une pince spéciale. Ce bouton diffère notablement de celui de Murphy. La pièce mâle présente un cylindre qui, à son extrémité libre, est taillé en biseau aux dépens de la face externe et présente une dent aux deux extrémités d'un même diamètre. A la base de chacune des dents se trouve une petite fenêtre, par où passent deux crochets, comme dans le bouton de Murphy. Le cylindre femelle n'existe pas. La tête de la pièce mâle, comme celle de la pièce femelle, est petite par rapport au cylindre et ces têtes présentent sur leur face externe trois encoches, dans lesquelles s'engagent trois griffes d'une pince spéciale. Les deux pièces sont traversées par un canal qui, du côté de la pièce femelle, présente un pas de vis qui occupe toute son étendue.

Ce bouton est monté sur une pince, laquelle étant serrée, le bouton se ferme après avoir sectionné les tissus interposés ; un mécanisme spécial permet de dégager la pince et de laisser le bouton en place. M. Derocque a employé ce bouton dans la cure de l'anus contre nature, dans les plaies intestinales et il le propose dans les cas de gangrène intestinale.

Ses expériences sur les chiens ont été suivies de résultats excellents.

Malgré le nombre restreint des cas où ce bouton a été appliqué, on peut véritablement reconnaître qu'une nouvelle méthode rapide et d'une application facile a été trouvée par M. Derocque et qu'il a imprimé un grand pas à la découverte si remarquable de Murphy.

Son procédé peut s'employer non seulement dans les cas cités, mais même dans les gastro-entérostomies ; il suffit de combiner son procédé à celui de Jonnesco.

(1) Juvara. Un nouveau modèle de bouton anastomotique intestinal, avec une nouvelle technique, *Arch. des sc. méd.*, n° 3, mai 1896.

(2) Derocque. Description d'un nouveau bouton anastomotique, Soc. anat., juin 1896.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons été quelque peu surpris quand nous avons appris que l'Académie de médecine siégerait le 6 octobre, sans rien changer à ses habitudes. Malgré le désir que l'on pouvait avoir d'être ailleurs, quelques rares membres et deux ou trois journalistes se sont courageusement rendus à leur poste pour assister à une séance d'un quart d'heure. Une seule lecture et c'est tout : M. Lédé a lu une note sur la puériculture et la protection de l'enfance — et la séance a été levée.

— La cérémonie d'inauguration de la statue élevée à Briey au docteur Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, aura lieu le dimanche 18 octobre courant.

— Le jury de l'internat est actuellement composé de la façon suivante :

MM. Brocq, Guyot, Bergeron, Achard, Lejars, Guinard, Lannelongue, Berger, Bar et Maygrier.

MM. Brocq, Achard et Guinard ont accepté.

— Par décret, en date du 2 octobre 1896, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de la marine Aynès, Bernal, Bessière, Bouteiller, Boyer, Brachet, Chemin, Degroote, Delabaude, Donnart, Douarre, Guitard, Lucciardi, Mathis, Rolland, Roquemaure, Valmyre et Vialet.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Surmont, agrégé, est chargé d'un cours d'hygiène.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Bodin est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Le Moniet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Les récompenses suivantes ont été accordées aux docteurs dont les noms suivent, pour services rendus aux cours d'adultes et d'adolescents, comme professeurs ou conférenciers :

1° *Diplômes d'honneur.* — MM. Picqué (de Châtillon-de-Michaillé), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Fugairon (de Savignac), Canac (de Cassagnes-Bégonhès), Leneveu (de Trouville-sur-Mer), Perceau (de Nérondes), Dufour (d'Allassac), Mordagne (de Tourny), Dussac (de Saint-André), Veillard (de Meung), Denances (de Varennes), Battle (de Perpignan), Dupuy (de Saint-Denis-sur-Seine), Durand (d'Arcueil), Amirault (de Loudun), Fillroulaud (de Pierrebuffière), Chotier (de Noyers).

2° *Lettres de félicitations.* — MM. Édouard (de Châtillon-sur-Chalaronne), Courrent (de Tuchan), Couturier (de Trouville-sur-Mer), Tauleigne (de Sancoins), Puybaret (d'Albignac), Calary (de Neuvic-d'Ussel), Masson de Saint-Félix (de Liginiac), Barbencey

(de Monpont), Coutemoine (de Morteau), Brugrerolles (de Saint-Jean-en-Royans), Magnan (de Luc-en-Diois), Gros-Fillay (de Nonancourt), Verbeck (de Tours), Brenans (de Champagnole), Rayneau (d'Orléans), Veillard (de Lorris), Barrail (de Beauville), Galup (de Tonneins), Amblard (de Fumel), Sérégé (de Casteljaloux), Peton (de Saumur), Legrand (de Beaufort), Viaud et Vincent (d'Agon), Delord (de Baud), Petitjean et Dejean (de Decize), Paley (de Cosne), Bole (de Roubaix), Manière (d'Estrées-Saint-Denis), Biat (de Liévin), Quettier (de Berck-sur-Mer), Druelle (d'Outreau), Traby (de Sahorre), Sorel (du Havre), Dubois (de Villers-Bretonneux), Périer (de Champagné-les-Marais), Ranty (d'Ambazac), Boussenot (de Saint-Paul), Renault (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Charbonnier (de Limoges), Guillié (de Villeneuve-le-Guyard), Thierry, Langin (A.-F.) et Langin (L.-A.) (de Noyers).

M. Crousse, étudiant en médecine à Nancy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coze, professeur honoraire des Facultés de médecine de Strasbourg et de Nancy, chevalier de la Légion d'honneur, associé national de l'Académie de médecine, décédé à Nancy, dans sa soixante-dix-septième année; de M. le docteur Champouillon, ancien médecin principal, officier de la Légion d'honneur, décédé à Vézelise (Meurthe-et-Moselle), à l'âge de soixante-dix ans; de M. le docteur Lhoste (de Montfort); de M. le docteur Charles Champy, conseiller d'arrondissement, décédé presque subitement à Uzemain (Vosges), à l'âge de cinquante-huit ans; et de M. le docteur Jean (de Limoux).

— *Faculté de médecine de Paris. — Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1896-1897, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à trois heures :

Premier trimestre 1896-1897 : 1° inscriptions de première année (voir l'affiche spéciale); 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, jusqu'au 7 novembre 1896 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre 1896-1897 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 6 au 28 janvier 1897 inclus (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre 1896-1897 : 1° inscriptions de première année du 24 au 27 mars inclus; 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, en avril : les 2 et 3; du 7 au 10 et du 26 au 29 inclus.

Quatrième trimestre 1896-1897 : 1° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années (officiat), le 24 juin; 2° inscriptions de première année (doctorat), en juillet : les 2 et 3; 3° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années (doctorat), du 7 au 10 et du 12 au 20 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur era remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et 'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à eur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1896-1897, seront délivrées contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en deuxième, troisième ou quatrième année; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant seize inscriptions.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photohraphie feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite, au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à trois heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. — Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants de cinquième année (ancien régime), de quatrième et cinquième années (nouveau régime); 2° les étudiants en cours irrégulier d'études; 3° les docteurs français; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, aux dates ci-après désignées :

Doctorat (ancien régime). — Deuxième examen, première partie, jusqu'au 9 mars 1897. (Toutefois, les élèves entrant en troisième année au mois d'octobre 1896 ne pourront consigner que les 27 février, 1er, 8, 9 mars 1897.) Deuxième examen, deuxième partie, jusqu'au 6 avril 1897. Troisième examen, première partie, jusqu'au 6 avril 1897. Troisième examen, deuxième partie, jusqu'au 11 mai 1897. Quatrième examen, jusqu'au 25 mai 1897. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 15 juin 1897. (Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétrical sera parvenu à la Faculté.) Cinquième examen, deuxième partie, jusqu'au 29 juin 1897. Thèses jusqu'au 6 juillet 1897.

Officiat. — Premier examen définitif jusqu'au 9 mars 1897. Deuxième examen définitif jusqu'au 6 avril 1897. Troisième examen définitif jusqu'au 29 juin 1897.

II. MM. les candidats ajournés avant le 30 mai 1897 sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 14 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 14 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 16 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 16 mai et avant le 30 mai.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 24, 25, 31 mai et 1er juin, inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 30 mai consigneront les 14 et 15 juin, inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés après le 30 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 6 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires**, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances

LIQUEUR MARIANI

à la TERPINE et à la COCA

Titrée à 0 gr. 20 centigr. de Terpine par cuillerée à bouche

Cette liqueur unit les propriétés modificatives et anticatarrhales de la **Terpine** (bihydrate d'essence de thérébentine) à l'action tonique et digestive de la **Coca**. Rigoureusement dosée et très agréable au goût, elle constitue le remède le plus rationnel pour combattre les ***Affections catarrhales,*** aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires. Elle est très efficace dans l'***Anémie***, la ***Chlorose***, l'***Atonie***, la débilité générale. Elle est employée également avec succès contre les maladies du système nerveux.

DOSE : Une à deux cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

MARIANI, Phen, Paris, 41, boulevard Haussmann, et toutes Phcies

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

COMPOSÉ

(Réunion des Glycérophosphates de Chaux, Magnésie, Soude, Potasse et Fer).

Granulé composé — **Dragées de Fer vital**

Sirop composé

EXIGER *le nom de* JACQUEMAIRE POUR ÉVITER LES SUBSTITUTIONS.

AIROL

MARQUE GRIFFON



ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

HOFFMANN, TRAUB & Cie *BALE (Suisse)*

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.

VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

GLYCERO-PHOSPHATES DE BRUEL

ELIXIR à base de GLYCÉROPHOSPHATES de SOUDE, de CHAUX et de MAGNÉSIE
Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE de STRYCHNINE.

SIROP à base de GLYCÉROPHOSPHATES de CHAUX et de MAGNÉSIE
Indispensable à la Thérapeutique infantile.

GRANULÉ de GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX neutre et entièrement assimilable.

SOLUTION Injectable de GLYCÉROPHOSPHATE de Soude
Maladies de la Moelle. — Cachexies rebelles. — Aliénation mentale.

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (Seine)

et dans toutes les Pharmacies. — *Vente en gros :* **9 et 11, Rue de la Perle, Paris.**

DRAGÉES CARBONEL

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME — ANÉMIE — CHLOROSE

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.

Le Flacon : 4 francs.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Ampoules Boissy

A L'IODURE D'ÉTHYLE

Pour le *Traitement de l'Asthme*

Par la ***Méthode iodurée.*** — Guérison complète.

Pour Inhalations — *Une Dose par Ampoule*

BREVETÉES S. G. D. G.

Ampoules Boissy

AU NITRITE D'AMYLE

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

Et Guérison des ANGINES de Poitrine

Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystero-Epilepsie

4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, 130 fr.

Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

Elixir laxatif contre la CONSTIPATION

agréable à prendre

LIQUIDE — CASCARA ALEXANDRE

0g 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

19, Rue des Mathurins, PARIS

DRAGÉES S^T ANDRÉ MAYNIEL

DIATHÈSE URIQUE

GOUTTE, GRAVELLE
Rhumatisme chronique
Colique néphrétique
Formule sur l'étiquette
ÉCHANTILLONS FRANCO

PHARMACIE MAYNIEL *BOULOGNE — PARIS*

VÉRITABLES GRAINS de Santé du docteur FRANCK

(Formule du Codex N° 608)

ALOÈS & GOMME-GUTTE

Le plus commode des PURGATIFS

très imités et contrefaits.

L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la Marque des véritables.

Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou. ET TOUTES LES PHARMACIES

N° 117. — MARDI 13 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 13 OCTOBRE 1896. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 octobre 1896.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Peu de monde à la séance de rentrée de la Société médicale des hôpitaux, le 9 octobre. Nos lecteurs se rappellent en quoi consiste la réaction proposée par M. Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. Si, à dix gouttes de culture de bacille typhique, on ajoute une goutte de sérum sanguin pris par une simple piqûre à l'extrémité du doigt, on constate la production de grumeaux lorsqu'il s'agit de la fièvre typhoïde; en cas contraire, ces grumeaux n'apparaissent pas.

M. Widal a vérifié cette réaction dans 4 nouveaux cas de fièvre typhoïde avérée ; il l'a vue manquer, au contraire, toutes les fois que le sang avait été fourni par un malade exempt de dothiénentérie.

Dans la convalescence, il l'a retrouvée chez 16 malades à des époques variant du sixième jour au huitième mois. Elle va progressivement en s'atténuant; toutefois, elle était encore très marquée chez un malade après six mois.

Il n'y aurait aucun rapport entre la propriété agglutinative du sérum du sang des typhiques et ses propriétés bactéricides. Comme une première atteinte de la fièvre typhoïde confère, en général, l'immunité, on eût pu penser, *a priori*, que le sérum sanguin des convalescents devait jouir d'un pouvoir bactéricide très accentué : il n'en est rien. D'après M. Widal, il n'y a aucune règle à ce point de vue; le pouvoir bactéricide du sérum sanguin varie d'un individu à l'autre dans des proportions considérables, sans autre raison appréciable qu'une idiosyncrasie de nature indéterminée.

M. Catrin a, lui aussi, constaté la réaction agglutinative du sérum sanguin sur les cultures de bacilles d'Éberth dans 40 cas de fièvre typhoïde ; elle a, au contraire, manqué dans 20 cas de simple embarras gastrique : sa valeur positive pour le diagnostic clinique de la fièvre typhoïde lui paraît donc bien établie.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

Le dixième Congrès de l'Association française de chirurgie, qui va se tenir à Paris du 19 au 24 octobre prochain, a mis à son ordre du jour deux questions. La première a trait à la thérapeutique chirurgicale des pieds-bots, la seconde au traitement des prolapsus génitaux. C'est autour des deux rapports qui vont être lus à la séance, que va se développer la discussion. Nous sommes heureux d'en donner, dès maintenant, le résumé à nos lecteurs.

Le PROFESSEUR FORGUE (de Montpellier), chargé du premier rapport, ne s'est attaqué qu'à une partie du problème, ce qui aplanit sans doute les difficultés, mais laisse dans l'ombre et sans discussion d'intéressants problèmes. Il faut donc modifier le titre imposé et le formuler ainsi :

TRAITEMENT DU PIED-BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL

Ainsi réduite, la question a été fort bien et clairement traitée par le rapporteur, qui a su se débarrasser des discussions théoriques de pathogénie, et alléger, autant que possible, la description des nombreux appareils et des procédés délaissés de la tarsectomie.

Le rapporteur commence par une étude historique pour montrer l'évolution actuelle de la question ; puis, entrant immédiatement dans le plein de son sujet, il montre :

I

L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT PRÉCOCE

Sayre veut que l'accoucheur y songe et commence le traitement *avant même de sortir de la maison.* C'est être bien pressé. Czerny l'entreprend vers la deuxième ou troisième semaine. M. Forgue commence le traitement dès la fin du premier mois. L'enfant ne subit ainsi aucun retard dans ses premiers essais de marche; la plante du pied aura pris ses appuis normaux et la longue période de convalescence sera achevée avant que l'enfant mette pied à terre.

Cette précocité du traitement, dit le rapporteur, est légitime, parce que, *chez ce jeune enfant, la malformation osseuse n'est point initiale et reste corrigible.* C'est ce qui résulte des pages claires et d'observation précise de Farabeuf. Toutefois, l'obliquité exagérée de la tête et du col de l'astragale, par rapport au corps de l'os, a été considérée comme caractéristique et constante dans le pied-bot varus équin. D'après M. Forgue, cette configuration originelle est l'exception et les déformations squelettiques, si elles existent, sont très

peu accentuées et corrigibles. Elles s'accentuent par l'inégalité des pressions : aux points comprimés, les cartilages s'aplatissent, se défigurent et cessent de croître; aux points décomprimés, ils poussent avec exubérance.

Il faut donc devancer ces déformations et puisque, chez l'enfant, les obstacles résident surtout dans les parties molles rétractées, la rupture de ces résistances sera d'autant plus aisée qu'elle sera plus précoce.

Après la réduction, une *contention prolongée* s'impose. M. Forgue nous montre les lésions s'augmentant du fait de la marche, ou d'une station debout prématurée : mais combien de temps doit durer cette contention par les appareils? A quel signe le praticien reconnaîtra-t-il qu'on peut lever l'appareil? Le rapport nous l'indiquera plus loin d'une façon précise.

II

DES CONDITIONS DE LA CORRECTION : SES PRINCIPES RATIONNELS

1° Éléments de la déformation du varus équin. — Le pied-bot varus équin présente : *a.* l'*équinisme*, extension forcée de l'articulation tibio-tarsienne, compliquée toujours de l'incurvation des faces tendant à creuser la plante et à surélever le dos du pied; *b.* le *varus*, déviation complexe où se combinent : 1° l'adduction du pied portant la pointe en dedans; 2° l'incurvation des bords, l'externe devenant convexe et l'interne concave; 3° enfin, la torsion du pied autour de son axe antéro-postérieur, relevant le bord interne et abaissant l'externe, si bien qu'en projection verticale, le premier peut se confondre avec le dernier ou même se dessiner en dehors de lui.

2° Localisation anatomique de ces éléments. — M. Forgue, résumant l'étude laborieuse et lucide du professeur Farabeuf, arrive à cette formule brève et nette : l'*équinisme est le fait de l'articulation tibio-tarsienne, le varus dépend des médio-tarsiennes.* « Pour expliquer ces difformités, Farabeuf a multiplié les dessins, les procédés de démonstration, les formules d'expression, et, malgré cela, de son propre aveu, ces pages sont fatigantes à lire, mieux vaut remettre à un autre jour cette besogne ardue que de l'entreprendre mal disposé. » Nous renvoyons donc le lecteur au texte original, qui ne saurait être résumé, et nous nous contenterons de la formule imprimée plus haut.

Les résistances à la réduction ou à son maintien viennent chez l'enfant des parties molles rétractées, ligaments ou tendons, accessoirement du squelette.

C'est la *rétraction du tendon d'Achille* qui est le facteur principal de l'équinisme. Il existe en plus de fortes adhérences unissant en arrière le calcanéum à la partie inférieure des os de la jambe. A signaler également la rétraction des ligaments plantaires creusant la voussure du pied.

Au bout de quelques années de cette déviation, l'astragale subluxé se déforme et ne peut plus rentrer, la partie antérieure de sa pointe s'est élargie et présente sur sa face externe une tubérosité signalée par Nélaton et rejetant le péroné en arrière.

Dans le *varus*, les ligaments dorsaux sont allongés, mais hypertrophiés, les ligaments plantaires, et principalement le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, sont épaissis, mais surtout *raccourcis*. Il en est de même du ligament latéral interne et des deux tendons des jambiers, surtout le postérieur.

Grâce à ces rétractions, le scaphoïde est subluxé et attire avec lui le bord interne du pied, suivi par le cuboïde et la petite tubérosité du calcanéum.

Il faudra également compter avec la sangle oblique raccourcie et rétractée du grand ligament calcanéo-cuboïdien inférieur.

Les déviations osseuses apparaissent dans la suite, sur la tête de l'astragale et son col, sur le scaphoïde et sur la petite tubérosité du calcanéum. Leur degré variera d'après l'intensité et l'ancienneté de la lésion. Au début, elles seront réductibles après la section ou la rupture des brides fibreuses initialement rétractées. Plus tard, même après section des brides, les surfaces osseuses cesseront d'être conformes entre elles, leur réduction devient impossible et, pût-on réduire, on ne maintiendrait qu'un équilibre instable.

L'*indication de réductibilité* dépend donc surtout de l'âge du sujet. Voici comment le rapporteur les résume :

« Jusqu'à trois ans, nous avons réduit à la main, avec adjonction fréquente de la ténotomie du tendon d'Achille, trente et un pieds-bots; mais nous en avons trouvé deux, dont un chez un enfant de trois mois, qui ont résisté au redressement forcé et nécessité le Phelps. Au delà de trois à quatre ans, les résistances internes et plantaires s'accentuent : leur rupture de force par les instruments ou leur section à ciel ouvert trouvent plus souvent indication; les déformations de l'astragale motivent maintes fois l'ablation de cet os et l'excision complémentaire de la tête calcanéenne. Après dix ou douze ans, les déformations secondaires de la marche et leur fixation par l'ossification tarsienne imposent de plus larges tarsectomies. » Mais ce ne sont là que des formules approximatives, sujettes à de nombreuses exceptions et à des variantes individuelles.

III

REDRESSEMENT MANUEL

M. Forgue étudie d'abord la technique, il hiérarchise chacune des manœuvres de correction, de façon à les faire se succéder méthodiquement.

Il faudra d'abord corriger la déviation de l'avant-pied sur l'arrière-pied, et redresser la courbe du bord interne; puis c'est la rotation antéro-postérieure de la plante qu'il faudra rectifier; c'est enfin à l'extension tibio-tarsienne qu'on s'adressera.

La main est un excellent instrument de correction. Delore (de Lyon), par le massage forcé, a appris ce que l'on en peut obtenir; on redresse le pied de vive force, en une ou quelques séances. Généralement, pour la première séance du moins, on anesthésie le malade. L'extrémité inférieure de la jambe est amenée au bord de la table : Delore la fait immobiliser par un aide; on peut la fixer soi-même de la main de même sens que le pied traité : à savoir, main droite pour le pied droit, gauche pour le pied gauche. Cela a son importance : la main disponible, saisissant l'avant-pied, paume sous la plante, éminence thénar sous le bord interne, pouce embrassant ce bord en crochet, prend ainsi une plus favorable attitude pour pousser le pied en dehors, faire basculer la plante en pronation, bord interne en bas, ou briser les résistances par temps successifs, d'après l'ordre progressif indiqué plus haut. Si l'équinisme résiste trop, il

ne faut pas insister, et on termine par la section du tendon d'Achille.

Il importe d'établir que ces corrections, si parfaitement obtenues par le massage forcé, ne nécessitent aucun dégât et n'occasionnent ni déchirures ligamenteuses importantes, ni décollements périostiques. Cependant on a noté, mais la lésion a peu de gravité, un décollement des épiphyses tibiale et péronière.

Le redressement forcé n'est pas aveugle comme on le croirait, il est plus clairvoyant que le ténotome agissant « au juger » sous la peau, il « reconnaît les siens ».

La douleur qui suit est constante, donne quelques légers troubles à l'enfant, mais elle n'est que passagère et dure rarement plus de vingt-quatre heures.

Il est de toute nécessité d'appliquer immédiatement un appareil plâtré, en protégeant la peau par une bande roulée de flanelle; on emploiera soit la double attelle de Maisonneuve, soit le bandage roulé, en évitant la constriction et la production de plis.

Pendant la dessiccation du plâtre, le pied doit être maintenu en attitude contraire à l'attitude vicieuse : c'est-à-dire en abduction, talus et valgus. M. Forgue recommande avec raison d'imperméabiliser le plâtre pour éviter qu'il soit ramolli et souillé par l'urine.

IV

TÉNOTOMIES

La section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire est l'auxiliaire le plus souvent nécessaire du massage forcé. On peut employer, pour ces sections, la vieille méthode sous-cutanée; mais lorsque la rétraction porte sur les ligaments plantaires et sur les tendons du jambier, il convient de pratiquer la section à ciel ouvert.

Le rapporteur insiste avec raison sur la nécessité de corriger l'équinisme au delà de l'angle droit. Lorsque l'opérateur se contente de remettre le pied à plat sur le sol, il n'a pas rempli les conditions d'un redressement suffisant et stable, il faut s'assurer que l'attitude de l'arrière-tarse est bien réellement corrigée, et que le calcanéum et l'astragale ont repris leur position normale. Sans cette correction le succès est incomplet, la marche est défectueuse et se fait à petits pas, et la récidive est presque fatale.

V

REDRESSEMENT INSTRUMENTAL

M. Forgue raconte comment les tarsoclastes se sont créés et successivement modifiés, il dit quelques mots des tarsoclastes de Robin, Vincent, Delore, Redard, et de leur technique, puis passe à leur indication.

Chez l'enfant, jusqu'à l'âge de trois à quatre ans, la vigueur de la main est suffisante si elle est bien dirigée; grâce à des séances successives on marche ainsi par étapes jusqu'à la rectification intégrale.

Après quatre ans, dans les formes graves, l'obstacle résiste à la main, l'astragale ne rentre plus. Les tarsoclastes, à la rigueur, peuvent obtenir cette réduction, mais l'astragale ainsi violemment rentré est un os exhaussé, élargi, déformé, à col tordu, dont l'introduction va faire éclater la mortaise. Le pied ne pourra être redressé dans son ensemble que grâce à des dégâts, écrasements, disjonctions considérables. Aussi, les tarsoclastes sont-ils peu en faveur, et les sections à ciel ouvert de la chirurgie aseptique sont-elles, avec juste raison, préférées de la plupart des chirurgiens orthopédistes.

VI

BOTTINES ORTHOPÉDIQUES DE REDRESSEMENT

Il faut surtout demander aux appareils un rôle de contention et non de correction active.

Les appareils de redressement sont d'une variété infinie; toutefois, leur type de construction est constant.

Deux pièces les composent : une pièce podale et une pièce jambière. La partie jambière est destinée à fournir le point d'appui : un ou deux tuteurs métalliques, placés latéralement au membre et prenant attache sur la jambe par des courroies ou bracelets, la constituent et vont servir de levier fixe aux mouvements de la pièce podale. Cette dernière est chargée de saisir le pied et de le mobiliser dans le sens de la correction nécessaire : une semelle rembourrée reçoit la plante qui doit y reposer à plat. L'important est que le pied soit étreint d'une façon solide et tolérable. La meilleure disposition est une guêtre lacée en coutil, qui chausse le pied et le bas de la jambe et qui, au niveau de sa portion pédieuse, est munie de courroies allant s'attacher en avant et en arrière à des boucles placées sur les bords de la semelle. Cette fixation du talon et de la plante est de première importance, et son exactitude décide du redressement obtenu; lorsque le talon n'adhère pas à la bottine, le pied prend à l'intérieur une position vicieuse, revient à l'équinisme, et l'on perd tout le fruit du traitement.

Les deux pièces podale et jambière sont articulées entre elles de façon à jouer dans le sens contraire de la déviation. Or, comme celle-ci est complexe et décomposable en plusieurs déviations élémentaires, il faut aussi multiplier les articulations et les mouvements correcteurs. D'une façon générale, ces articulations des appareils doivent correspondre à la situation des articles du pied sur lesquels on veut agir. Nous ne suivrons pas le rapporteur dans la description de ces appareils à vis et à articulations.

Les appareils à traction élastique, bons dans certains pieds-bots paralytiques où le caoutchouc supplée le muscle défaillant, n'ont que très peu d'action dans les pieds-bots congénitaux.

En d'autres termes, M. Forgue repousse les appareils redresseurs, pour ne recourir qu'aux appareils contenteurs appliqués immédiatement après l'acte chirurgical. Voici la technique qu'il conseille :

Cette période de surveillance et de contention patiente peut s'étendre, dans les cas rebelles, au delà d'une et deux années, où il s'agit, par des appareils, de développer le résultat acquis, d'en assurer la stabilité. En quatre à six mois — c'est-à-dire en autant de séances de massage forcé et par autant d'appareils plâtrés — on a généralement obtenu, chez les enfants au-dessous de quatre ans, le parfait redressement, avec flexion tibio-tarsienne dépassant l'angle droit. On le contrôle en plaçant le malade dans la station debout et en lui faisant fléchir la jambe sur le pied bien à plat, jusqu'à ce que le talon se soulève : ce point précis indique les conditions du rétablissement des mouvements.

A ce moment, si l'enfant a déjà marché, il importe de le mettre à terre pour utiliser l'action modelante de la marche qui, lorsque le malade est redevenu «plantigrade», contribue à étaler la plante sous la pesée du corps, à assouplir les

ligaments, à rétablir l'équilibre des muscles antagonistes, à façonner, par leur jeu réciproque, les surfaces articulaires replacées en relations normales. La marche, facteur redoutable de déformation sur un pied de statique défectueuse, devient un agent de correction. — Le meilleur appareil à cette phase est une guêtre lacée de cuir moulé, renforcé par des tiges métalliques latérales, qui chausse le pied en dessous de la bottine. Mais le soin de la confection de cette guêtre décide de sa valeur contentive. Il faut qu'on l'établisse sur un moulage de plâtre très exact : l'ouvrier mécanicien laissera un talon plus large que ne le donne le moulage, afin que le pied descende à fond dans l'appareil ; il faudra donc laisser du large à la partie moyenne du bord interne pour que la voûte plantaire puisse, à ce niveau, s'étaler bien à plat ; au contraire, en avant, il faudra rogner sur le bord interne pour dévier en dehors l'avant-pied. Une retouche est particulièrement délicate et importante : l'os de la jambe doit être porté en dehors, c'est-à-dire qu'il faut amincir le moule sur la face interne, au-dessus de la cheville, le renforcer sur sa face externe ; la jambe se trouve ainsi placée en valgus par rapport au pied, c'est-à-dire en attitude d'hypercorrection.

Comme le conseillait déjà A. Paré, on fait interposer, entre les lames de la semelle de la bottine, une semelle métallique qui se prolonge en ailette sur le bord externe. Enfin, si le membre se trouve lui-même dévié et atteint de difformités combinées du genou et de la hanche, la bottine ne suffit plus, il faut prolonger les tuteurs et prendre un point fixe, par une ceinture autour du bassin.

VII

OPÉRATION DE PHELPS

Opérer à ciel ouvert la section des parties molles du bord interne et de la plante qui s'opposent au redressement ; ne les sectionner qu'à mesure qu'elles se présentent aux yeux ; mesurer les sections aux obstacles : telle est la proposition que Phelps réalisait dès 1879.

M. Kirmisson a amélioré la technique de Phelps en faisant de la large arthrotomie médio-tarsienne, que le chirurgien américain ne considère que comme un temps facultatif, le point fondamental de l'intervention.

Les indications sont les suivantes :

On a affaire à un équin varus, irréductible sous le chloroforme ; il s'agit d'un sujet jeune, ayant déjà marché : la majorité des observations se compose d'enfants de trois à huit ans ; mais cette moyenne comporte des exceptions. La section de Phelps a parfois été nécessaire chez des petits de deux ans, dans des cas d'une gravité précoce, et, par contre, il est arrivé qu'elle a pu suffire à un redressement parfait chez des adolescents ayant dépassé la quinzième année.

Mais pour que l'opération de Phelps ne soit pas contre-indiquée, il faut que les modifications du squelette soient assez peu intenses pour permettre la rectification d'attitude.

Après nous avoir fait connaître la technique de Phelps et celle de M. Kirmisson, M. Forgue décrit le pansement et l'application de l'appareil plâtré. Ce premier appareil peut rester en place trois semaines ; on renouvelle les appareils jusqu'à cicatrisation complète, dont la durée est de huit semaines environ. La cicatrice est rarement gênante, à la longue, elle se distend et s'assouplit.

Le traitement post-opératoire comporte les règles habituelles, manœuvres d'assouplissement et usage prolongé d'une guêtre à tuteurs.

L'opération de Phelps est efficace, même après que des opérations plus graves de tarsectomie ont été tentées, mais il ne faudrait pas croire qu'elle soit infaillible, on a signalé des récidives et des rétractions de la cicatrice du bord interne du pied.

VIII

INTERVENTIONS SUR LE SQUELETTE

Il est un âge et surtout un degré de difformité où le pied-bot cesse d'être curable par les moyens orthopédiques, même aidés de l'opération de Phelps ; c'est lorsqu'il existe des déformations osseuses irréductibles.

L'âge est une indication bien trompeuse, bien qu'en moyenne on puisse établir, qu'après huit ou dix ans, le tarse a son ossification définitive.

Ce n'est même pas d'après l'apparence extérieure des difformités qu'on pourra poser l'indication des résections osseuses. C'est une affaire d'exploration manuelle attentive sous le chloroforme, et surtout d'appréciation des déformations dont le tarse est le siège.

Deux tendances inverses se sont récemment accusées, parmi les chirurgiens, au sujet des tarsectomies : les uns cherchent à limiter, au minimum utile, le sacrifice du squelette ; les autres, visant la rectification totale et immédiate de la difformité, ne s'arrêtent dans leurs excisions que lorsque le pied, flasque et malléable, peut être porté sans aucune résistance dans la position de correction et même de légère hypercorrection.

Chose curieuse, c'est sur l'avant-tarse qu'ont porté les premières interventions, extirpation du cuboïde, extirpation d'un coin à base externe comprenant le cuboïde, la tête de l'astragale, le scaphoïde ; les résultats en étaient incomplets.

Les lésions postérieures, les principales, restaient les mêmes, l'équinisme et l'obliquité du calcanéum persistaient, la bascule de l'os s'accroissait de jour en jour, et la récidive était fatale.

On sait, aujourd'hui, que les lésions du pied-bot osseux invétéré siègent en arrière sur l'astragale et le calcanéum.

Il est nécessaire d'abattre la tête de l'astragale et de faire sur le calcanéum une résection suffisante ; on taille ainsi un coin à base externe, ce qui corrige l'adduction, en inclinant aussi cette base vers le dos du pied, ce qui s'adresse à la flexion de la plante sur le sol.

L'astragalectomie, complémentaire de la section du tendon d'Achille, combat l'équinisme. Grâce au vide laissé par l'extirpation de l'astragale, le calcanéum se relève, mais reste incliné. Suivant le conseil de Gross, il faut exciser un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcanéum, ce qui permet de réduire le cuboïde et de supprimer le centre d'attache des fibres ligamenteuses calcanéennes, la clef du médio-tarse.

L'œuvre du redressement du pied doit être achevée par l'opération ; en enlevant progressivement tout ce qui fait obstacle jusqu'à ce que toute résistance soit supprimée et qu'on puisse sans effort maintenir le pied en une position d'hypercorrection légère.

Malgré ces grandes mutilations, on pourra, dès la troisième semaine, faire préluder le sujet aux essais de marche. Ce pied, dont le squelette tarsien a disparu, prend sur le

sol des appuis réguliers, la réparation se fait rapidement, la fonction renaît, sans appareil redresseur, sans traitement ultérieur. C'est pour ces grands avantages qu'il convient de réséquer, sans parcimonie, au moment de l'opération.

UN SÉJOUR A MADÈRE ET AUX CANARIES (1)

Par le docteur Paul Raugé.

L'auteur fait le récit d'un séjour à Madère et aux Canaries pendant les mois de février et mars 1895. Après avoir rapidement esquissé le côté pittoresque et géographique de son voyage, M. Raugé rend compte, avec détails, de ses impressions climatologiques et des observations qu'il a pu faire à cet égard dans les îles de l'Atlantique. Ce qu'on exige d'un climat d'hivernage, c'est d'être à la fois constant et tempéré, c'est-à-dire de ne présenter que de faibles oscillations, et que ces oscillations s'accomplissent dans une région de l'échelle thermométrique aussi favorable que possible au bien-être et à la santé des malades. Or les tables de températures recueillies pendant des années à l'observatoire de Funchal ont démontré, depuis longtemps, que Madère répond d'une façon idéale à cette double exigence. La température moyenne de l'année est en chiffres ronds de 19 degrés, celle de l'hiver de 17 degrés, celle de l'été de 22 degrés. Entre une journée moyenne de février, qui est le mois le plus froid de l'année (15 degrés) et une journée d'août qui est le mois le plus chaud (22 degrés), la différence n'est que de 7 degrés : cette différence s'établit d'ailleurs d'une façon si progressive qu'entre un mois et le mois suivant, on ne constate quelquefois qu'un écart de quelques dixièmes, en tout cas, jamais plus de 2 degrés. Quant aux oscillations journalières, leur moyenne ne dépasse guère 5 degrés et cela en toute saison et pour tous les jours de l'année. Mais ces indications, basées sur des moyennes, ne donnent sur la valeur d'un climat que des documents incomplets. M. Raugé ne s'est pas contenté de cette méthode officielle qui se borne à enregistrer les différences saisonnières et les écarts quotidiens entre le maximum et le minimum des vingt-quatre heures. Ce procédé de notation ne nous renseigne que sur les deux modalités d'oscillations thermométriques qu'on peut appeler régulières et qui sont périodiquement produites l'une par la rotation diurne de la terre (oscillations journalières), l'autre par son mouvement de translation annuel (oscillations saisonnières). Or, à côté de ces variations périodiques, il en est d'autres qui dépendent de conditions accidentelles et qui, cependant, jouent un très grand rôle dans l'hygiène de l'hivernant : ce sont les changements de température qui se produisent d'une journée à l'autre ou d'un moment à l'autre de la journée, sous l'influence passagère de circonstances éminemment variables et impossibles à préciser (pluie, vent, nuages, changements de localité ou d'altitude, différences d'exposition). Ces variations si importantes, parce qu'elles sont imprévues et subites, ne se trouvent pas dans les tables thermométriques et ne sont, en effet, pas enregistrables : il faudrait, pour en tenir compte, représenter la température des vingt-quatre heures sous forme d'une courbe continue. Pour s'édifier sur ce point, M. Raugé a suivi pour ainsi dire heure par heure les indications d'un thermomètre qu'il portait constamment avec lui. Il a pu constater de la sorte que les circonstances précédentes n'exercent sur la courbe thermique qu'une action insignifiante. La forme journalière de cette courbe est d'une régularité remarquable et il l'a vue se reproduire pendant tous les jours du mois de février, sous un aspect à peu près identique, sans qu'elle se laissât influencer par les incidents atmosphériques. A partir de cinq ou six heures du matin, où se place généralement le minimum, la température s'élève peu à peu jusqu'à neuf ou dix heures ; elle reste dès lors à peu près immuable (18 à 20 degrés) jusqu'à sept ou huit heures du soir, pour s'abaisser lentement pendant la nuit jusqu'au minimum du lendemain.

Les résultats que l'auteur a recueillis en différents points de l'archipel des Canaries, notamment à Las Palmas (Grande Canarie), à Santa-Cruz et à Orotava (Ténériffe), sont sensiblement moins favorables ; non seulement les écarts journaliers atteignent 7 ou 8 degrés, mais on observe fréquemment des différences presque subites et qui peuvent atteindre trois ou quatre degrés, sous l'influence, par exemple, d'une pluie passagère ou d'un changement d'orientation.

(1) Communication au Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Clermont.

PROCÉDÉ SIMPLE ET PRATIQUE

DE LA MATERNISATION DU LAIT DE VACHE

Notre confrère, le docteur Halipré, donne, dans la *Normandie médicale*, le moyen pratique de stériliser le lait de vache.

Voici comment il s'exprime :

Le docteur Dufour qui a déjà fondé, à Fécamp, cette œuvre intéressante d'hygiène infantile, « l'Œuvre de la goutte de lait, » dont le but est de délivrer aux enfants pauvres du lait stérilisé en rations quotidiennes, a rendu un nouveau et signalé service en tournant la difficulté d'une manière ingénieuse. Voici, en quelques mots, le procédé qu'il préconise pour ramener le lait de vache à la composition du lait de femme.

On prend un flacon en verre de deux litres, muni d'une tubulure inférieure, avec un système de fermeture pouvant être facilement nettoyé. Le lait, recueilli aussi près qu'on le peut de l'heure de la traite, est versé dans le flacon en quantité suffisante pour l'alimentation de vingt-quatre heures, et est laissé au repos pendant quatre heures dans un endroit frais. La crème étant séparée, on soutire un tiers du lait par l'ouverture inférieure. Le soutirage a pour résultat de soustraire un tiers des matières protéiques et salées contenues dans la totalité du lait recueilli. En même temps, le sucre qui est déjà en proportion inférieure dans le lait de vache est également diminué. Il faut rétablir la proportion.

On prend alors autant d'eau qu'on a enlevé de lait et on ajoute 35 grammes de lactose par litre. Cette quantité représente d'abord la différence en sucre entre le lait de femme et le lait de vache (environ 20 grammes en moins par litre de lait de vache), plus la quantité qui a été soustraite en soutirant le lait (soit 15 grammes environ). A la lactose, on ajoute 1 gramme de sel par litre. Enfin, certains enfants se trouvent bien de l'addition de une à deux cuillères à café de crème fraîche à la ration quotidienne. On agite le mélange et on répartit dans les flacons pour la stérilisation habituelle.

Cette manipulation très simple, quand il s'agit de un ou

deux enfants, devient difficile quand il s'agit d'un grand nombre d'enfants. Or, le docteur Dufour était lui-même aux prises avec la difficulté, car l'Œuvre de la goutte de lait est en progression croissante.

Dans la première année (1894-1895), 33 enfants ont été élevés. Dans la deuxième année (1895-1896), 73 enfants ont reçu chaque jour leur ration de lait stérilisé.

Dans ces conditions, il fallait simplifier encore le procédé.

Voici la manipulation proposée par notre confrère :

Au lait coupé de un tiers d'eau, on ajoute pour un litre : crème fraiche, 15-20 grammes ; lactose, 35 grammes ; sel, 1 gramme.

Cette manipulation est suivie de la stérilisation habituelle.

Le succès a couronné ces efforts. Chez les enfants ainsi nourris, les courbes de poids se sont relevées ; l'allaitement pendant les chaleurs, a été mieux supporté que dans le passé.

Tels sont les résultats. Pour les grandes villes, où l'on ne possède pas de ferme à proximité et où le lait est vendu plus ou moins écrémé, il nous semble préférable de recourir, même pour les cas isolés, au procédé simplifié. Les résultats publiés par le docteur Dufour portent sur un assez grand nombre de cas pour qu'on soit encouragé à tenter l'essai, surtout chez les enfants débiles qui, ne pouvant être soumis à l'allaitement maternel, doivent subir l'allaitement artificiel. Pour les enfants de familles peu fortunées, le lait *humanisé* ou *maternisé*, suivant les indications du docteur Dufour, remplacerait le lait vendu dans le commerce sous le nom de *lait maternel*.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Métrorragies et métrite hémorragique (1), par le docteur Edmond Schmid.

Ce travail est bien conduit, et sage dans ses conclusions. Les métrorragies non puerpérales étant d'une grande fréquence et, par suite, leur connaissance étant d'une grande utilité, nous ne pouvons mieux faire que de donner le résumé suivant de cette monographie :

Il ne faut point confondre les termes métrorragie et métrite hémorragique. Le premier est un symptôme, le second une affection.

Il n'y a pas de métrorragies essentielles. La plupart des cas qu'on a signalés sont des métrorragies sous la dépendance, soit d'une maladie médicale, soit d'une affection annexielle, soit encore d'un trouble du système circulatoire utérin.

Les métrorragies, qu'on observe à la puberté et à la ménopause, sont fréquemment associées à une constitution faible ou épuisée. Elles sont sous la dépendance d'un défaut de tonus général des systèmes musculaire, vasculaire ou nerveux et sont d'ordre réflexe. Ces phénomènes sont passagers et curables, soit spontanément, soit par des moyens très simples.

Les métrorragies sont communes dans les tumeurs de l'utérus ou dans les lésions annexielles. Elles ne sont pas explicables par les altérations de la muqueuse utérine qui sont essentiellement variables, mais plutôt par des réflexes congestifs que provoque l'irritation de ces organes par le développement des lésions. Leur traitement est celui de la cause qui les détermine.

On observe dans la première phase des métrites aiguës, des hémorragies assez fréquentes dues à la destruction du tissu embryonnaire qui remplace la muqueuse. Dans les métrites chroniques, on observe plutôt des ménorragies, et s'il existe des pertes abondantes en dehors des règles, elles sont dues généralement à une végétation ou à un polype vasculaires. Les phénomènes concomitants dans le premier cas, les altérations bien différentes du reste de la muqueuse dans le second, empêchent de donner à ces formes le nom de métrites hémorragiques. Il s'agit de métrorragies dans le cours de certaines métrites.

A part la rétention du placenta ou d'un gros cotylédon, il survient après l'avortement une altération de la muqueuse s'accompagnant d'hémorragies. En l'absence de la localisation de l'altération de la muqueuse sur les vaisseaux, il est préférable de la nommer endométrite déciduale. Elle est caractérisée par la présence des grandes cellules de la caduque autour desquelles se montrent de nombreuses cellules embryonnaires. Sa guérison est constante par le curetage.

Il existe une métrite hémorragique au sens anatomique du mot. Ses lésions portent sur les vaisseaux de la muqueuse et du muscle. C'est la dégénérescence angiomateuse de M. Quénu. Les lésions peuvent être identiques sans atteindre un degré aussi marqué. L'évolution de cette affection est caractérisée par des hémorragies incoercibles et rebelles au curetage. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement, la terminaison peut être fatale. Le traitement de choix en est l'hystérectomie vaginale.

Il est possible, d'après leur marche, de présumer le diagnostic étiologique des métrorragies ; il ne pourra être confirmé que par l'examen physique, et dans quelques cas seulement, par des préparations histologiques de fragments de la muqueuse.

(1) In-8°. — Paris, Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat est actuellement composé de la façon suivante : MM. Brocq, Guyot, Charrin, Achard, Lejars, Guinard, L. Labbé, Berger, Ribemont-Dessaignes et Varnier.

MM. Brocq, Achard, Lejars, Guinard et Berger ont accepté.

La composition écrite du concours de l'internat aura lieu, le lundi 17 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

— Les médecins, dont les noms suivent, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bastion (de Lannion) ; Bordier, directeur de l'École de médecine de Grenoble ; Caradec (de Brest) ; Fournier (d'Angoulême) ; Friocourt, médecin en chef de la marine ; Langenhagen (de La Motte-des-Bains) ; Nicolas, professeur à la Faculté de Nancy ; Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson ; Ravenez, médecin-major au 60e d'infanterie ; Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Talairach, directeur du service de santé de la marine.

Officiers d'Académie. — MM. Baboin (de Grenoble), Baches (de Sos), Bretenacker (de Châlons-sur-Marne), Castéran (de La Poote), Comte (de Grenoble), Darroze (de Pontoux-sur-l'Adour), Delfau (de Bessèges), Dousset (de La Guerche), Faint (de Rennes), Galotte (de Saint-Dié), Gautier (de Bazouges-la-Pérouse), Gouguenheim (de Paris), Greuell (de Gérardmer), Laydeker (d'Avize), Lelorrain (de Longwy), Le Moyne (de Lorient), Liégeois (de Bainville-aux-Saules), Marcotte (de Soissons), Maréchal (de Brest), Marlier (de Bruyères), Mathey (de Mouthier), Morisson (de Maisons-Alfort), Pethiot (du Conquet), Quentin (de Rouen), Quettier (de Berck-sur-Mer), Romeyer (de Grenoble), Simonneau (de Montfort-sur-Mer), Stœber (de Saint-Dié), Templé (de Rennes), Verne (de Grenoble), Walmé (de Chauny), Waquet (de Lorient) et Woimant (de Soissons).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 118. — JEUDI 15 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 15 OCTOBRE 1896. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 .

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lancereaux, toujours prêt à la lutte contre l'alcoolisme, après avoir maintes fois montré l'influence néfaste des boissons alcooliques sur la santé générale de l'adulte, s'occupe aujourd'hui de l'alcoolisme chez l'enfant, et de son action particulièrement fâcheuse sur la croissance. Il relate deux observations de fillettes de treize à quatorze ans, issues de parents alcooliques, buvant elles-mêmes, depuis leur plus tendre enfance, de trop grandes quantités de vin et présentant toutes deux, outre des lésions viscérales alcooliques très accentuées, tous les caractères de l'infantilisme le plus accusé.

Il est aisé de pressentir les conclusions que M. Lancereaux va tirer de ces deux faits qu'il a, du reste, corroborés d'expériences non moins concluantes sur les animaux. La diminution de la taille chez les conscrits, le nombre toujours croissant d'enfants chétifs, malingres, arriérés physiquement et moralement, l'augmentation considérable des crimes, etc., tout cela, ainsi que le fait observer M. Lancereaux, n'est que la conséquence de l'alcoolisme. Tout le monde le sait, on l'écrit et on le crie de tous les côtés et jusqu'ici, malheureusement, le remède n'a pas encore été trouvé.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Traitement des prolapsus génitaux.

M. LE DOCTEUR BOUILLY commence par étudier les conditions qui président au développement de ces prolapsus et les lésions qui les constituent.

Il met de côté les cas exceptionnels de prolapsus *aigu*, véritable hernie de force, chez les vierges et chez les nullipares.

Les véritables prolapsus sont consécutifs à la grossesse et à l'accouchement, et reconnaissent deux ordres de causes : 1° des lésions mécaniques de déchirure et de distension; 2° des troubles de nutrition des tissus. Les phénomènes mécaniques ne sont pas tout, la dégénérescence des tissus a une influence peut-être plus marquée. Les « prolabées » présentent ou une surcharge graisseuse de l'abdomen, ou au contraire une véritable atrophie des parois abdominales avec nombreux plis à la peau, vergetures profondes, éventration, flaccidité des parois qu'on plisse entre les doigts comme un mauvais tissu, mollesse des masses musculaires des membres et surtout de la face interne des cuisses. Ce sont de véritables dystrophiques dont toutes les sangles sont relâchées, dont le périnée est mou et réduit à l'adossement des muqueuses vaginale et rectale.

A la suite d'un accouchement, les parois vaginales restent trop grandes, trop flasques, comme privées d'adhérence et de rapports avec les parties voisines; dépourvues de force et de ténacité, elles se laissent repousser et, pour ainsi dire, dérouler de dedans en dehors, sous la poussée constante de la pression abdominale. L'utérus, soit primitivement, soit secondairement, prend part à ce travail, caractérisé à la fois par un manque d'involution et par une hyperplasie chronique augmentant le volume et le poids de l'organe. Les lèvres du col s'hypertrophient, le col lui-même augmente de longueur, surtout dans sa portion sus-vaginale, quelquefois dans sa portion sous-vaginale. A mesure qu'il descend, le plus souvent il s'allonge et avec le temps se trouve constitué un état complexe dans lequel toutes les parties trop volumineuses, trop lourdes et mal soutenues, se portent de plus en plus bas et en dehors pour constituer le prolapsus à ses divers degrés. Plus haut, les ligaments de l'utérus sont distendus, et, dans la profondeur, le tissu cellulaire pelvien, véritable ciment entre les parois vaginales, l'utérus et les parties voisines, est comme atrophié et sans cohésion.

Chez ces malades les ptoses rénales, hépatiques, stomacales coexistent fréquemment.

Si l'on se place au point de vue de l'évolution des lésions ou de l'enchaînement des indications et des actes opératoires, on peut ranger les degrés du prolapsus génital de la façon suivante :

1° La *colpocèle antérieure* ou chute de la paroi vaginale antérieure suivie, dans l'immense majorité des cas, par la vessie, *cystocèle*;

2° La *colpocèle postérieure*, composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure. Le plus souvent, les

deux parois vaginales sont prolabées ensemble, en général, d'une manière inégale. Une volumineuse cystocèle ne s'accompagne guère d'une grosse colpocèle postérieure, et réciproquement les plus grosses rectocèles ne vont pas avec une cystocèle volumineuse. Dans ce cas, en effet, la paroi vaginale la plus prolabée fournit un point d'appui à la paroi opposée et la retient dans sa descente ;

3° La *chute du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal du col*, primitif ou consécutif; c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et anciennement constitué;

4° Le *prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.*

Au point de vue des indications et des actes opératoires, il est peut-être préférable de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus.

II

Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de douceur, *non sanglantes*, et en méthodes *sanglantes*, ou traitement chirurgical proprement dit.

Les *méthodes de douceur* comprennent : un traitement médical, des pessaires, une gymnastique spéciale et le massage.

Le traitement médical n'est guère qu'un ensemble de mesures préventives, recommandées immédiatement après l'accouchement : repos prolongé au lit, suppression de vêtements serrés, abstention de tout effort, de la station debout.

Les gynécologues américains recommandent la position génu-pectorale prise deux ou trois fois par jour, sur une chaise longue à inclinaison, pendant cinq à dix minutes chaque fois.

A associer à ce traitement, les injections astringentes, les piqûres d'ergotine, l'application méthodique de tampons.

Voici comment M. Bouilly apprécie l'indication du pessaire :

« Contre le prolapsus ancien et constitué, le pessaire ne peut être considéré que comme un pis-aller et ne trouve son indication que dans la contre-indication du traitement chirurgical. Du reste, il ne peut jouer un rôle utile que s'il reste un corps périnéal suffisant pour prévenir l'expulsion de l'instrument sous l'influence du moindre effort. Il s'adresse donc et de préférence au prolapsus utérin plus qu'au prolapsus vaginal.

Chez des femmes âgées, en cas de contre-indication opératoire avérée, il peut rendre les plus grands services. On ne peut s'empêcher de reconnaître par l'observation des faits que nombre de femmes, ayant refusé l'opération radicale, se contentent du soulagement apporté par un pessaire et ne sauraient se passer de cet instrument pour vaquer à leurs occupations.

L'expérience est plus forte que tous les raisonnements et l'utilité de ce moyen palliatif, en dépit de ses inconvénients et de ses imperfections, ne saurait être contestée.

Fehling conseille, chez les femmes qui peuvent encore accoucher, d'employer seulement les pessaires contre le prolapsus, car, dans 64 p. 100 des cas, on verrait survenir la récidive après un accouchement nouveau.

En tout cas, il est indispensable de se servir des pessaires les plus *simples*, pouvant être facilement retirés et mis en place par la malade pour les soins de propreté, et de n'employer que les numéros *suffisants*, les plus *petits* possible, pour ne pas exagérer la distension déjà trop grande des parois vaginales. L'application simultanée d'une ceinture abdominale, du type des ceintures appliquées contre l'entéroptose, peut être un adjuvant utile. »

Pour ce qui concerne le massage et la gymnastique spéciale, M. Bouilly se montre très réservé, ainsi qu'on peut en juger par la phrase qui termine le paragraphe qu'il consacre à ce mode de traitement pour lequel « le temps de statistique rigoureuse et comparatrice n'est pas encore venu ».

Après avoir rappelé que dans l'immense majorité des cas, le prolapsus vaginal est la lésion initiale, le rapporteur pose ainsi les *indications opératoires* :

« Restaurer et relever le périnée et du même coup rétrécir l'orifice vulvo-vaginal, rétrécir et consolider les parois vaginales, soutenir l'utérus en bonne place et l'empêcher de descendre, telles sont les données du problème à résoudre. Contre la cystocèle et le prolapsus du tiers antérieur de la paroi vaginale supérieure, premier terme ordinaire des lésions, la restauration du corps périnéal s'impose et souvent elle suffit, soit seule, soit associée à une colporraphie postérieure peu étendue. Toute opération qui refera et relèvera le corps périnéal, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales, antérieure et postérieure, remplira utilement l'indication.

Nous ne pouvons guère comprendre l'utilité d'une *colporraphie antérieure isolée*, le prolapsus vaginal antérieur ne se produisant pour ainsi dire jamais sans la défectuosité du périnée et de la paroi vaginale postérieure. »

Lorsque la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve, soit d'une façon constante, soit au moindre effort, et lorsque l'utérus a subi une certaine descente qui amène le col à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire, et en attitude de rétrodéviation, la *colpo-périnéorraphie* est l'opération de choix, souvent précédée d'une colporraphie antérieure.

Le meilleur procédé opératoire est celui qui diminue le mieux l'amplitude vaginale et reconstitue le plus solidement le corps périnéal. A ce titre, l'opération d'Hegar est l'opération princeps, l'opération de fond. On peut y apporter quelques modifications accessoires, comme Fritsch, Martin, etc., mais le procédé fondamental reste le même.

Qu'on ajoute à l'une quelconque de ces opérations la colporraphie antérieure et, en cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe, suivie de sa restauration immédiate, on sera bien près de l'opération idéale répondant à chacun des éléments de l'indication.

Le secret du succès est qu'il faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez. C'est un point que M. Bouilly met en lumière avec juste raison.

La colporraphie *antérieure*, en particulier, représente un des temps les plus délicats des manœuvres ; appliquée à une colpocèle peu considérable, elle est simple et facile et, généralement, suivie d'un bon résultat. Si la cystocèle est considérable, si la paroi vaginale antérieure prolabée présente une large étendue transversale, l'opération est difficile et le résultat aléatoire.

Avec l'avivement ovalaire étendu, les sutures rapprochent difficilement les parties, au niveau surtout de la région moyenne de l'avivement, tiraillent les tissus et peuvent même les couper. La réunion manque, les parties s'écartent et le résultat définitif est mauvais.

Dans ce cas, il paraît préférable d'employer le procédé de

Fehling et de faire, sur la paroi vaginale antérieure, une *double* colporraphie latérale en laissant entre les parties avivées une bande de tissu sain, à la place occupée par la colonne antérieure du vagin. De cette façon, les lignes de réunion ne sont pas trop tendues et l'avivement bilatéral peut représenter une somme d'avivement et de froncement des tissus plus considérable que celle obtenue par l'unique avivement ovalaire. Fehling conseille, en outre, de faire l'opération en deux temps, et de ne pratiquer la colporraphie postérieure et la périnéorraphie, que quinze à vingt jours plus tard; de cette façon, les sutures ne sont pas tiraillées et les résultats définitifs sont meilleurs.

Dans ce but, quelques auteurs ont imaginé divers procédés de transplantation des lambeaux vaginaux; on a même incorporé des morceaux d'os décalcifiés pour provoquer la formation d'un tissu fibreux.

M. Bouilly passe ensuite en revue quelques procédés spéciaux à certains auteurs : Péan, Terrillon, Dubourg (de Bordeaux); il cite les procédés non sanglants, les injections sous-muqueuses d'alcool absolu, la *colpo-desmorraphie*, de Freund, qui retient le vagin par une série de sutures circulaires au fil d'argent, la *colpo-stricture* ou *pessaires multiples*, de Jacobs (de Bruxelles), qui place circulairement et parallèlement trois crins de Florence serrant en bourse le vagin. Mais ces procédés ne donnent guère de résultats durables.

Toute opération dans laquelle l'intervention ne vise que la paroi muqueuse vaginale, ne tend pas à ramasser et à relever les éléments musculaires dissociés du vagin et du périnée, est à l'avance frappée de stérilité dans ses résultats. Elle ne s'adresse qu'à la doublure du vagin sans reconstituer toute l'épaisseur des tissus : elle néglige les éléments utiles, doués de tonicité et de contractilité, pour ne prendre que le revêtement muqueux flasque, atonique et extensible.

Dans la bonne exécution d'une colpo-périnéorraphie, le but à atteindre n'est pas seulement le rapprochement des bords de la muqueuse vaginale avivée, c'est le tassement et le froncement des tissus profonds sous-jacents par l'introduction de sutures qui chargent profondément ces tissus d'un côté à l'autre, les rapprochent de la ligne médiane dont ils sont éloignés, fassent, avec les éléments dissociés du releveur de l'anus, du fascia et du tissu cellulaire, un plan résistant et épais, et transforment la cloison recto-vaginale, devenue uniquement bi-muqueuse, en une cloison condensée et tonique.

Tout est dans la bonne exécution du procédé, et dans cette bonne exécution, M. Bouilly place au premier rang : 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement, commençant en haut à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi au-dessous du col utérin, s'étendant en travers jusqu'à l'union de la paroi vaginale postérieure avec les parois latérales ; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale; 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par-dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil; 4° la nécessité de la réunion immédiate assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération.

III

A côté de cette opération fondamentale il existe des opérations *complémentaires*, qui ne s'adressent pas seulement au *soutien inférieur* de l'utérus, mais à l'utérus ou à ses moyens de fixité supérieure.

A. La *fixation de l'utérus et de la vessie*, à l'aide des *seuls ligaments ronds*, est à l'avance frappée de stérilité, quand elle a la prétention de soutenir un utérus auquel fait défaut tout l'appareil de soutien inférieur. Cette suspension ne peut être utilisée que comme le complément d'opérations plastiques pratiquées sur le vagin; et de fait, quand l'utérus est abaissé, peu volumineux et rétroversé.

L'opération est justifiée et peut être utile, après l'exécution de la colpopérinéorraphie. Cette conduite a été préconisée dans une série d'articles, par Doléris, qui recommande l'exécution immédiate, en une seule séance, des diverses manœuvres répondant à chacune des indications.

M. Bouilly n'est guère partisan de la *colpopexie indirecte*, de Picqué, qui, par laparotomie latérale, fixe la corne utérine aux piliers inguinaux.

Il en est de même de l'hystéropexie vaginale, qui n'empêche pas le prolapsus du vagin, ni l'allongement consécutif de l'utérus, et qui ne peut être recommandée comme complement des opérations sur le vagin.

La *colpo-cystorraphie*, de Byford, la cystopexie combinée à l'hystéropexie, comme le recommande Kiriac, ne sont que des tentatives tout à fait exceptionnelles.

M. Bouilly porte le même jugement sur le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, que ce raccourcissement soit tenté par la laparotomie, suivant la méthode de Frommel, ou, comme le fait Sänger, par le cul-de-sac postérieur.

B. *Amputation partielle de l'utérus.* — L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue, dans la cure des prolapsus génitaux, une indication opératoire de premier ordre; en outre, l'hypertrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe.

L'amputation partielle du col, combinée aux opérations vaginales, représente la meilleure excitation des indications opératoires fournies par le prolapsus utéro-vaginal avancé.

Après avoir décrit la technique adoptée pour cette amputation, le rapporteur attire l'attention sur la fixité donnée à l'utérus, après un temps éloigné, à la suite de cette amputation élevée du col; il se fait tout autour, dans le tissu cellulaire péri-utérin, un travail de rétraction à la suite duquel la portion sus-vaginale de l'utérus se trouve immobilisée et fixée. Si le résultat opératoire éloigné est défectueux, la récidive est exclusivement formée par le prolapsus vaginal; l'utérus reste en place et à la longue il paraît s'atrophier.

C. L'*hystérectomie totale*, appliquée à la cure des prolapsus génitaux, a été longuement discutée à la Société de chirurgie. Après avoir été considérée comme hardie et téméraire, cette opération est aujourd'hui discutée.

On a d'abord établi que l'extirpation de l'utérus ne pouvait être proposée que pour les femmes ayant dépassé l'âge de la fécondation, ce qui, d'ailleurs, est le cas commun. On a ensuite établi qu'employée *seule*, l'hystérectomie est rapidement suivie de prolapsus vaginal. L'indication est surtout tirée de l'état avancé des lésions, lorsque les parties prola-

bées ont acquis un tel volume, que, comme dans les anciennes hernies, elles ont perdu droit de domicile, lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé ou hypertrophié, de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment : l'hystérectomie vaginale doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpo-hystérectomie*.

De même, à la clinique de Léopold (de Dresde), l'hystérectomie est pratiquée :

1° Quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué ;

2° Dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou, au contraire, dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent;

3° Dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale;

4° Dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes;

5° Quand il y a une complication de fibromes, de cancer, etc.

M. Bouilly ajoute aussi comme indication le cas où l'utérus, petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Il faut admettre alors une telle distension des ligaments utérins qu'on ne peut rien espérer de leur action ultérieure; en outre, l'hystérectomie permet une large résection vaginale qui ne serait pas possible sans l'ablation préalable de l'utérus.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause.

Les difficultés et la gravité opératoires sont en effet assez considérables : la dissection de la vessie peut être pénible; les hémorragies peuvent être abondantes et dangereuses; sur 55 cas, Hartmann et du Bouchet relèvent 5 cas de mort, 2 par péritonite, 1 par pyélo-néphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque. Le nombre aujourd'hui des décès est certainement plus considérable.

Le rapporteur attire l'attention sur différents points de technique : impossibilité de l'usage des pinces à demeure, nécessité de reconstituer un dôme vaginal ou de suturer, en échange, les pédicules des ligaments larges, large résection vaginale.

Vient ensuite la description minutieuse de la technique opératoire et les différentes modifications qu'ont fait subir certains chirurgiens. M. Bouilly termine par une étude statistique et groupe quelques chiffres pour donner une idée générale des résultats obtenus.

Nous n'avons nul besoin de rapporter le détail de ces chiffres. C'est en se basant sur eux que M. Bouilly a adopté les conclusions que nous avons développées au cours de cette analyse.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Expérience établissant la longue conservation de la virulence du venin des serpents (1).

Désireux de contribuer à résoudre la question, encore controversée, relative à la virulence du venin des serpents, j'ai profité de l'occasion favorable que m'offrait un spécimen de dimension inusitée de la vipère commune (vipera aspis Merr.), que possède le Musée zoologique de notre Faculté libre des sciences d'Angers. Cet échantillon, renfermé dans un bocal d'alcool depuis plus de vingt ans, mesure, en effet, 1m10 de long.

J'enlevai l'un des crochets à venin de la vipère, lequel n'avait pas moins de 9 millimètres de longueur, et l'enfonçai tout entier sous la peau de la cuisse d'un moineau. L'opération fut pratiquée à dix heures du matin. A onze heures trente minutes, aucun symptôme particulier, annonçant que le venin eût agi sur l'organisme de l'oiseau, ne s'était encore montré, et il semblait naturel d'en conclure que le venin, mis au contact de l'alcool depuis tant d'années, avait perdu toute activité.

Cependant je pensai que peut-être le poison, renfermé dans le canal de la dent, avait pu rester par là même soustrait à l'action du sang ou des autres liquides épanchés au niveau de la blessure faite à l'oiseau, et, par suite, n'avait pu être entraîné dans le système circulatoire. La suite de l'expérience prouvera que mon idée était juste.

Je retirai la dent des chairs de l'oiseau et, avec une fine aiguille, je détachai une faible portion de la matière concrétée dans le canal même de la dent. En avais-je 1 milligramme au bout de mon aiguille? Cela devait être tout au plus.

C'est à onze heures trente minutes que j'introduisis cette parcelle sous la peau de la cuisse de mon moineau.

A midi, l'oiseau perd de sa vivacité; il reste immobile dans un coin de sa cage. Il n'y a cependant pas encore de paralysie; quand on l'agace, il fait quelques pas.

A douze heures trente minutes, ses plumes se hérissent, l'oiseau fait le gros. Il reste complètement immobile et ferme les yeux.

A une heure trente minutes, quand on l'excite, il se redresse et peut encore se tenir perché sur le doigt de la main. Il a l'air de dormir et semble plongé dans un état de torpeur profonde, dont il est difficile de le faire sortir.

Survient un mouvement tétanique de la tête, laquelle se reporte fortement en arrière, position qu'elle garde pendant une demi-minute, après quoi elle reprend sa position première.

A une heure quarante-cinq minutes, l'oiseau s'incline du côté droit et semble devoir tomber de ce côté, malgré les tentatives que je fais pour le remettre d'aplomb.

Il est à remarquer que c'est de ce même côté que le venin a été introduit sous la peau.

A une heure cinquante-cinq minutes, l'oiseau est toujours plongé dans une profonde torpeur. Cependant, si on le lance en l'air, il étend instinctivement les ailes, mais volète avec peine pour se laisser aussitôt retomber sur le sol. Quand il est à terre, en le poussant, on le détermine difficilement à faire un ou deux pas.

A deux heures, l'oiseau vient de faire de lui-même quelques pas, comme poussé par une force invincible.

A deux heures cinq minutes, il tourne sur lui-même

(1) Communication à l'Académie des sciences.

horizontalement en se dirigeant vers le côté qui a été le siège de l'inoculation, c'est-à-dire de gauche à droite. Puis surviennent, coup sur coup, deux mouvements tétaniques de la tête en arrière, et la petite bête tombe sur le côté droit.

Un instant après, il se produit de violents mouvements de contraction des ailes, des pattes, du cou, et l'oiseau tombe sur le dos.

Un dernier frémissement des ailes et de la queue et puis tout est fini. Il est deux heures sept minutes. Il s'est, par conséquent, écoulé deux heures trente-sept minutes entre l'inoculation du venin et la mort de l'oiseau.

Ainsi, voilà un fait qui établit, d'une façon irréfutable, que le venin des serpents peut se conserver de nombreuses années sans perdre ses redoutables propriétés, puisque l'animal, sur lequel a été prise la parcelle de venin qui a servi à l'expérience, était conservé dans l'alcool depuis au moins vingt ans.

De là, il faut tirer une autre conclusion, à savoir que l'on ne doit manier qu'avec une grande prudence les têtes de serpents venimeux, qu'il s'agisse de pièces préparées à l'état sec ou d'animaux plongés dans un liquide conservateur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATION

Vaccine. — M. HERVIEUX donne lecture de la note qu'il a rédigée en réponse aux questions de la commission russe du centenaire de Jenner sur les origines de la vaccine en France.

RAPPORT

Prix Barbier. — M. KELSCH lit le rapport sur le prix Barbier.

LECTURE

L'alcoolisme chez les enfants. Son influence sur la croissance. — M. LANCEREAUX communique deux observations tendant à prouver que l'abus des boissons alcooliques peut réellement amener la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine.

Dans un premier cas, il s'agit d'une enfant de treize ans et demi, Parisienne d'origine, fille d'un père mort de cirrhose alcoolique et d'une mère alcoolique qui se présente avec des caractères d'infantilisme très accentués, car elle a l'apparence d'un enfant de huit à neuf ans. Aucune trace de puberté. Ascite, foie énorme, rate volumineuse. Albuminurie et phénomènes urémiques, etc. Or, cette enfant, depuis l'âge de trois ans, prend environ un demi-litre de vin par jour.

Le second cas a trait à une fille de quatorze ans, dont le père est mort de cirrhose et la mère présente des signes d'alcoolisme très accentués; cette fille a bu, dès l'âge de vingt-deux mois, du vin coupé d'eau; et, depuis cette époque, elle a toujours pris 500 grammes à 1 litre de vin. Souffrant de troubles digestifs à l'âge de sept ans, on lui donna des alcools. Enfin, depuis deux ans, cette enfant offre des signes manifestes de névrite alcoolique. L'infantilisme est également très accusé. Cette fille ressemble à un enfant de cinq à six ans. Sa hauteur est de 97 centimètres. Le foie est gros, la rate hypertrophiée. L'atrophie musculaire est très prononcée aux membres inférieurs. Pendant son séjour à l'hôpital, des accidents urémiques se produisent, mais le régime spécial sévère amena une amélioration notable de tous les accidents dus à l'intoxication alcoolique.

Ces deux faits constituent une démonstration très nette de l'influence néfaste que l'alcool exerce sur la santé de l'enfant et sur son développement.

D'une part, il détermine des altérations viscérales aussi graves et plus rapidement produites que chez l'adulte.

D'autre part, il arrête le développement de l'enfant qui reste petit, chétif et malingre.

C'est ainsi que cette cause a pu être invoquée avec raison comme ayant produit l'abaissement de la taille qu'on observe depuis quelques années chez les conscrits.

Pour se rendre compte de cette influence, M. Lancereaux a essayé avec son interne, M. Paulesco, d'intoxiquer expérimentalement de jeunes animaux, lapin et cobaye. Il leur a administré, chaque jour, 2 à 10 centimètres cubes de vin. Au bout d'un mois, un de ces animaux a succombé. A l'autopsie, on a trouvé la rate gorgée de sang, le foie grisâtre, les capillaires remplis de cellules provenant des parois vasculaires proliférées et de leucocytes.

Le parenchyme glandulaire se fait remarquer par le volume considérable de ces noyaux, qui sont vésiculaires et nombreux au centre des lobules; par contre, le protoplasma cellulaire paraît intact et ne présente aucune trace d'infiltration adipeuse ou autre.

D'autres jeunes lapins et poulets, soumis à l'usage du vin, de l'absinthe et de la menthe, ont fourni des résultats semblables, en sorte qu'on ne peut douter de l'influence fâcheuse des boissons alcooliques sur le développement physique de l'animal.

M. Lancereaux conclut donc de ces faits cliniques et expérimentaux, choisis comme exemples parmi nombre d'autres, que l'alcool a, sur l'enfant en voie de croissance, une action toxique particulièrement grave, qu'il agit sur les viscères et qu'il arrête le développement du sujet.

Les excès de ces boissons, d'ailleurs, ne modifient pas moins l'être moral : les crimes commis chaque jour par les buveurs et leurs descendants sont là pour témoigner de ce fait; ils produisent ainsi la dégénérescence de l'homme et trouvent à créer, pour ainsi dire, une race nouvelle, heureusement destinée à périr comme toutes les déviations d'espèces, si elles s'éloignent du type primitif. C'est donc une erreur de croire que ces boissons donnent des forces et sont nécessaires à l'accroissement de l'être humain.

Il y a plus encore, l'action stimulante des boissons alcooliques sur les éléments histologiques, pendant la période de croissance, suffit souvent à mettre en jeu les prédispositions morbides, à provoquer des désordres organiques ou tout au moins des troubles du système nerveux chez les individus qui ont ce système prédominant.

En somme, une observation sévère et rigoureuse démontre péremptoirement que, prises avec excès, les boissons alcooliques sont dangereuses chez l'enfant, parce qu'elles lèsent les organes de façon à les rendre incompatibles avec la continuation de l'existence, parce qu'elles modifient le développement physique, et parfois aussi les facultés morales au point de produire la dégénérescence de notre espèce.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat est actuellement composé de la façon suivante : MM. Brocq, Guyot, Debove, Achard, Lejars, Guinard, L. Labbé, Berger, Lucas-Championnière et Varnier.

L'acceptation de MM. Debove et Lucas-Championnière n'est pas encore connue.

— Le service anniversaire de la mort du regretté baron Larrey aura lieu le mardi 20 octobre, au Val-de-Grâce, à dix heures du matin.

— Par décret, en date du 9 octobre 1896, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Fluteau, médecin principal de deuxième classe, hors cadre, en remplacement de M. Mangenot, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; désigné pour l'hôpital militaire de Versailles.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe, hors cadre, Bischoff, en remplacement de M. Laurent, retraité ; maintenu au 8e régiment d'artillerie. — Bourdon, en remplacement de M. Roberdeau, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; maintenu à l'hôpital Saint-Martin. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Riff, en remplacement de M. Achard, retraité ; maintenu au 135e d'infanterie. — Richard, en remplacement de M. Boiland, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; maintenu au 153e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe, hors cadre, Lairac, en remplacement de M. Croux, décédé ; maintenu au 73e d'infanterie. — Bouchereau, en remplacement de M. Tournier, retraité, maintenu au 105e d'infanterie. — Pruniéras, en remplacement de M. Riff, promu ; maintenu au 143e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier, en remplacement de M. Morin, mis hors cadre ; maintenu au 60e d'infanterie. — Terrail, en remplacement de M. Leprêtre, mis hors cadre, maintenu au 40e d'infanterie. — Lenoir, en remplacement de M. Richard, promu ; désigné pour le 67e d'infanterie.

— Par décret, en date du 9 octobre 1896, ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe et, par décision ministérielle du même jour, ont été maintenus dans leur poste actuel :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Remlinger, au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis ; — Roussel, au 69e d'infanterie ; — Galley, au 7e cuirassiers ; — Lanne, au 76e d'infanterie ; — Faure, au 14e bataillon de chasseurs à pied ; — Laval, au 8e cuirassiers ; — Daussat, au 3e tirailleurs algériens ; — Sexe, au 32e d'artillerie ; — Gandar, au 132e d'infanterie ; — Viguier, au 9e d'infanterie ; — Carbonnier, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Paris, au 92e d'infanterie ; — du Roselle, au 154e d'infanterie ; — Normand, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Vigerie, au 78e d'infanterie ; — Pinot, au 14e hussards ; — Roux, au 7e bataillon de chasseurs à pied ; — Calba, au 74e d'infanterie ; — Lefebvre, au 8e d'infanterie ; — Husson, au 29e dragons ; — Vidal, au 3e d'artillerie ; — Lesterlin, au 16e chasseurs à cheval ; — Vedrines, au 14e chasseurs à cheval ; — Mathieu, au 18e d'infanterie ; — Colomb, au 105e d'infanterie ; — Haury, au 136e d'infanterie ; — Lesnes, au 15e bataillon de chasseurs à pied ; — Delon, au 134e d'infanterie ; — Guichemerre, au 14e d'infanterie ; — Cathoire, au 121e d'infanterie ; — Palet, au 106e d'infanterie ; — Drouineau, au 29e bataillon de chasseurs à pied ; — Denomme, au 17e d'artillerie ; — Zimmermann, au 18e bataillon de chasseurs à pied ; — Poret, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Jaffary, au 18e chasseurs à cheval ; — Massenet, au 3e hussards ; — Huber, au 39e d'artillerie ; — Mialaret, au 109e d'infanterie ; — Bourlange, au 110e d'infanterie ; — Breuil, au 13e hussards ; — Camson, au 21e d'infanterie ; — Lemarchand, au 25e d'infanterie ; — Jenny, au 1er chasseurs à cheval ; — Montalti, au 149e d'infanterie ; — Marlier, au 156e d'infanterie ; — Bouffandeau, au 6e bataillon de chasseurs à pied ; — Mennessier, au 8e d'artillerie ; — Delmas, au 3e bataillon de chasseurs à pied ; — Quilly, au 25e bataillon de chasseurs à pied ; — Lang, au 146e d'infanterie ; — Jirou, au 5e hussards ; — Rispal, au 17e dragons, et Leymarie, au 50e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 9 octobre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Benoît, pour l'hôpital militaire de Marseille ; — Linon, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; — Heuyer, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran.

MM. les médecins-majors de première classe Rigal, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans ; — Chevassu, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen ; — Douart, pour le 1er zouaves ; — Lambert, pour le 16e d'artillerie ; — Vuillemin, pour le 32e d'artillerie ; — Pierron, pour le 21e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vaugy, pour le 136e d'infanterie ; — Petit, pour le 1er tirailleurs algériens ; — Kaufmann, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Reboud, pour le 42e d'infanterie ; — Lévy, pour le 9e bataillon d'artillerie à pied ; — Prieur, pour le 89e d'infanterie ; — Fabre, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied ; — Krantz, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Knoll, pour le 3e spahis ; — Lalitte, pour le 8e bataillon d'artillerie à pied ; — Alvernhe, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie ; — Cambours-Mouflet, pour le 2e zouaves ; — Benoît, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Verdierre, pour le 136e d'infanterie ; — Patte, pour l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Rudler, pour le 42e d'infanterie.

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie sera ouvert à l'École annexe de médecine navale de Toulon, le 26 octobre, en vue de pourvoir au remplacement de M. le médecin de deuxième classe Plat-Flottes, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le cours de médecine opératoire, sous la direction de M. Poirier, chef des travaux anatomiques, ne peut comprendre plus de quarante-huit élèves, et est spécialement destiné aux étudiants qui doivent passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire, et à ceux que diverses circonstances ont empêchés de prendre part aux exercices du semestre d'été.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté avant le jeudi 15 octobre.

M. le docteur Guillemain, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 20 octobre, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'Ecole pratique.

— Une série de démonstrations pratiques d'histologie se fera, à partir du 20 octobre 1896, sous la direction de M. Rémy, chef des travaux, assisté de deux moniteurs. — Cette série est spécialement destinée aux élèves de deuxième année (ancien régime) et de première année (nouveau régime et ancien régime) auxquels l'inscription du quatrième semestre de l'année scolaire 1895-1896 a été refusée par suite d'absences ou de mauvaises notes aux exercices pratiques dont il s'agit.

MM. les étudiants qui désirent suivre cette série pour régulariser leur situation et recouvrer l'inscription perdue, doivent en faire la demande écrite (sur papier timbré de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté, avant le samedi 17 octobre ; ils devront acquitter le droit réglementaire, qui est de 40 francs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 119. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1896. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les amibes de l'intestin; leur valeur séméiologique et pathogénique.

Par MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT.

Les bactéries, que l'on s'accorde à considérer comme des organismes de nature végétale, ont pris dans la pathologie générale l'importance que l'on sait.

Les recherches microscopiques ont fait voir que d'autres parasites, de dimensions très minimes, de structure élémentaire, appartiennent, non plus au règne végétal, mais au règne animal : ces protozoaires sont constitués par une seule cellule douée de motilité, susceptible de se reproduire par division de sa masse. Laveran, par ses belles études sur le sang des paludéens, a démontré que certaines de ces plasmodies sont l'élément caractéristique et la cause essentielle de la fièvre intermittente. On est donc amené à admettre cette hypothèse que les maladies infectieuses dont la bactériologie n'a pas découvert l'agent pathogénique, comme la scarlatine et la variole, pourraient être dues à des amibes de structure très simple, mais de fragilité très grande, et, par conséquent, de découverte et de démonstration très difficiles.

Dans l'intestin, il existe en permanence un nombre considérable de bactéries d'espèces différentes ; certaines d'entre elles y vivent à l'état normal, restent toujours inoffensives ou n'acquièrent de propriétés morbigènes, que dans des circonstances exceptionnelles : quelques-unes sont toujours l'indice d'une invasion microbienne susceptible de devenir pathogénique.

Des êtres de structure élémentaire, appartenant au règne animal, des amibes, ont été souvent aussi rencontrés dans l'intestin de l'homme ou dans les matières fécales. La présence de ces organismes parasitaires est-elle indifférente, ou est-elle une cause possible de maladie? Ces micro-organismes caractérisent-ils certains états morbides? Telles sont les questions qu'on a été amené à se poser dans ces derniers temps. Elles sont loin d'être définitivement résolues, comme va le montrer la revue des principales publications faites à ce sujet.

I

HISTORIQUE. — La présence des amibes dans l'intestin de l'homme a été mentionnée, pour la première fois, par Lambl (1) en 1859, puis en 1870, par Lewis et Cunningham (2), qui constatèrent des organismes amiboïdes chez plusieurs malades atteints de diarrhée, et plus particulièrement de diarrhée cholériforme. Mais la description donnée par ces auteurs est confuse et tout à fait insuffisante. C'est, en réalité, à Lösh (3) que nous devons le premier travail précis sur ce sujet. En 1875, cet auteur, examinant au microscope les selles d'un homme atteint d'une affection ulcéreuse du gros intestin, accompagnée de diarrhée, y découvrit des amibes, en nombre très considérable. Il les désigna sous le nom d'*Amœba coli*, et leur attribua la création de l'affection dysentérique de son malade.

Depuis cette première description, un grand nombre d'auteurs ont fait connaître le résultat de leurs observations sur ce sujet. La plupart, inspirés par l'idée de Lösh, ont recherché les amibes dans la dysenterie, s'efforçant de déterminer l'influence pathogène de ces organismes dans cette affection. Nous devons citer ici les observations de Grassi [1879 (4)], de Sonsino [1881 (5)], de Koch [1882 (6)], les importants mémoires de Kartulis [1884, 1885, 1889 (7)], puis les travaux de Osler [1890 (8)], Hlava [1887 (9)], Lafleur et Simon, Musser et Stengel (10), Dock (11), Cahen (12), Nasse (13), Lutz (14), Kovacz (15), Pfeiffer (16), Eichenberg (17), Councilmann et Lafleur (18), Kruse et Pasquale (19), Laveran (20), Quincke et Roos (21), Withington (22), Murphy (23), West (24), Lobas (25), Preston, Vivaldi (26), Gasser (27), Peyrot et Roger (28), etc.

D'autre part, les amibes ont été retrouvées dans les affections diarrhéiques autres que la dysenterie, et même chez des personnes saines par Cunningham (2), Grassi (4), Normand (29), Bizzozero, Massiutin (30), Calmette (31), Schuberg (32), Epstein, Boas (33). Nous aurons l'occasion, dans le courant de cette Revue, de revenir en détail sur ces travaux.

Dans beaucoup des mémoires que nous venons de citer, on trouve une étude assez complexe de la morphologie et de la biologie des amibes. On consultera surtout, à ce propos, les travaux de Kartulis (7), de Councilmann et Lafleur (18), de Kruse et Pasquale (19), de Vivaldi (26). Récemment Celli et Fiocca (34) ont pu cultiver des amibes et

fournir quelques notions nouvelles sur la biologie de ces micro-organismes.

Enfin, avant de terminer cette courte notice historique, nous devons accorder une mention spéciale à l'importante Revue critique de Schuberg (32), publiée en 1893, où tous les faits connus jusqu'à cette époque sont groupés et analysés; elle constitue une véritable monographie à laquelle nous avons eu souvent recours pour la rédaction de cet article.

II

Recherche des amibes. — La recherche des amibes dans les selles est assez délicate. Ces micro-organismes sont, en effet, d'une fragilité extrême; ils meurent très rapidement après leur expulsion hors de l'intestin. Ils perdent ainsi la mobilité qui est leur principal caractère distinctif et qui, seule, permet de les distinguer avec certitude des cellules épithéliales de l'intestin avec lesquelles ils offrent plus d'un point de ressemblance. De là, le précepte d'examiner les selles récemment expulsées. A l'aide d'une pipette stérilisée, plus large que les pipettes dont on se sert d'ordinaire pour les recherches bactériologiques, on recueille un peu des matières glaireuses ou liquides des selles. Celles-ci peuvent être portées directement sur la lame porte-objet; ou bien on peut les délayer dans de l'eau distillée et stérilisée, maintenue à une température de 37 degrés, et recueillir, avec une pipette, la partie la plus dense du liquide. Pour l'examen, on recouvre simplement d'une lamelle, et on observe habituellement sans coloration. La plupart des auteurs recommandent de se servir du platine chauffant, les amibes perdant leur mobilité par le refroidissement. Si cette précaution est utile en hiver, on peut, en été, parfaitement s'en dispenser.

Observées à un grossissement de 500 diamètres, les amibes apparaissent comme des masses protoplasmiques, tantôt immobiles, tantôt mobiles. A l'état de repos, ils ont une forme arrondie ou ovoïde, rarement une forme irrégulière. Leurs dimensions varient dans des limites assez étendues; à cet égard, les chiffres donnés par les différents auteurs sont sensiblement d'accord; les amibes observées par Lösh mesuraient de 20 à 35 μ. Cunningham, Gram donnent les dimensions de 8 à 25 μ, Kartulis de 12 à 30 μ, Massiutin de 6 à 30 μ, Cahen de 15 à 25 μ, Councilmann et Lafleur 15 à 30 μ, Kruse et Pasquale 15 à 20 μ, Schuberg 12 à 26 μ, etc. Kartulis dit aussi avoir vu, dans un cas, des amibes de forte taille, mesurant de 150 à 220 μ. Hlava a retrouvé, dans un cas également, des amibes géantes. Il en injecta à un chat qui contracta la dysenterie, et dans les selles on retrouva également des amibes géantes. Celles-ci paraissent donc avoir les mêmes propriétés que les amibes de taille ordinaire.

Ces masses sont composées d'un protoplasma fortement granuleux au centre, plus clair à la périphérie, où il forme une bande hyaline qui entoure complètement l'amibe. La partie centrale est désignée par les auteurs sous le nom d'ectoplasme. Au sein de la masse cellulaire, tantôt au centre, plus souvent latéralement (Councilmann et Lafleur, Vivaldi), on peut voir un noyau assez volumineux mesurant, suivant la dimension de l'amibe, de 3 à 7 μ, arrondi, pâle incolore, qui renferme un nucléole, dont la taille et la réfringence sont assez variables. Quelques auteurs (Dock, Roger) décrivent autour du noyau une zone claire. Dans l'endoplasma, on distingue encore presque constamment des vacuoles; les descriptions des auteurs ne sont pas absolument d'accord sur leur nombre et leur dimension. Pour les uns, il n'en existe qu'une ou deux, tandis que d'autres en ont observé un assez grand nombre, six ou sept. D'après les remarques de Lösh et de Schuberg, il semble que les vacuoles se montrent d'autant plus grandes et abondantes dans les amibes, que les selles examinées sont moins fraîches. Enfin, on trouve assez souvent, inclus dans le corps de l'amibe, des particules de nature diverse, grain d'amidon, détritus cellulaires, parcelles alimentaires, fragments de globules rouges ou blancs, même, selon quelques auteurs, des bactéries et des cocci (?).

Ces particules sont des corps étrangers existant dans l'intestin, en même temps que les amibes, et qui ont été digérés par ces parasites. La démonstration en a été fournie par Lösh, qui, après avoir donné à son malade un lavement contenant du cinabre, a retrouvé des parcelles de cette substance dans le corps des amibes.

Nous l'avons déjà dit, il n'est pas d'usage de colorer les amibes pour les examiner, aussi n'avons-nous que des données insuffisantes sur les réactions colorantes qu'elles présentent, et encore les renseignements que nous avons recueillis çà et là dans les travaux des auteurs ne concordent-ils pas entre eux. Kartulis dit que le protoplasma et le noyau se colorent également par toutes les couleurs d'aniline ordinaires, seules les vacuoles restent incolores; il conseille d'employer de préférence une solution alcoolique de bleu de méthylène ou de violet de gentiane. Councilmann et Lafleur disent que le protoplasma se colore assez facilement par le bleu de méthylène, tandis que le noyau est réfractaire à cette coloration, et qu'il prend bien l'éosine, ou mieux encore la fuschine acide. Kruse et Pasquale insistent sur la difficulté de la coloration du noyau, tandis que le protoplasma se colore par l'hématoxyline, l'éosine, le bleu de méthylène. Schuberg, Laveran, Gasser disent que le noyau se colore facilement par le carmin. Roger a plus spécialement étudié à ce point de vue des amibes qu'il a rencontrées dans un abcès dysentérique du foie. Voici ce qu'il en dit: à l'aide de carmin, on colore facilement le noyau. Au moyen de l'éosine, on voit nettement les vacuoles de leur protoplasma. Les couleurs basiques d'aniline ne se fixent pas sur les amibes, mais colorent seulement les granulations siégeant à leur centre et formant une couronne à leur périphérie.

Boas a pu colorer ses amibes par la méthode de Gram.

On voit que ces renseignements sont insuffisants et souvent contradictoires. Il serait pourtant intéressant de connaître les réactions histo-chimiques des amibes : peut-être pourrait-on en déduire quelques faits intéressants au point de vue de leur biologie.

Mais nous avons hâte d'arriver à l'étude du caractère distinctif essentiel des amibes, qui est leur mobilité. Si on observe, pendant quelques secondes, une amibe vivante supposée à l'état de repos, on assiste à la formation spontanée de prolongements connus sous le nom de *pseudopodes*. La formation du pseudopode se fait tantôt avec une grande lenteur, tantôt avec brusquerie : la couche ectoplasmique, hyaline, se déforme sur un point, puis se dessine en un prolongement mousse et arrondi, plus ou moins volumineux, ayant soit l'apparence d'un simple bourgeon, soit l'aspect d'un long appendice, plus long quelquefois que le diamètre total du corps de l'amibe. Tantôt il n'existe qu'un

seul prolongement, tantôt plusieurs, côte à côte ou plus ou moins éloignés. Le pseudopode est, au début, toujours formé de substance hyaline : s'il reste petit, il reste hyalin; si, au contraire, il devient long et épais, l'endoplasme, granuleux, avance jusqu'en son milieu.

La formation de pseudopodes a pour résultat la progression de l'amibe, mais cette progression est extrêmement lente. Au bout de quelques minutes, on voit le pseudopode diminuer de longueur et de volume, et l'amibe reprendre la forme sphérique.

Quelques auteurs ont décrit des modifications dans le corps même de l'amibe, sous forme de déformation du noyau, et aussi de contractilité des vacuoles, ce qui est contesté par d'autres auteurs, notamment par Schuberg.

Les amibes ne se rencontrent pas toujours dans les selles sous la forme que nous venons d'indiquer. Dans quelques cas, notamment chez les malades traités ou chez les malades convalescents, on voit ces parasites prendre une autre apparence. Cunningham, Grassi, Calandrucao, Schuberg, Kruse et Pasquale, Celli et Fiocca, Quincke, Vivaldi les ont décrits sous le nom de *formes enkystées ou encapsulées*. Elles sont alors plus petites, plus brillantes et possèdent des contours plus nets et plus épais.

Le protoplasma est plus dense et moins abondant, le noyau plus difficile à voir. Ces organismes sont animés de mouvements d'ensemble, mais n'émettent pas de pseudopodes. La forme encapsulée paraît être une forme de défense qui permet à l'amibe de vivre dans un milieu insuffisant pour son développement complet.

On sait que les protozoaires se multiplient par scissiparité, et c'est en raisonnant par analogie, que les auteurs ont admis pour les amibes ce mode de reproduction. Cependant la preuve n'en a été donnée que récemment. Harris (35) le premier, et jusqu'ici encore le seul, a pu observer directement, dans les selles d'un dysentérique, un exemple de reproduction par scissiparité. Voici la description qu'il en donne : « Le corps de l'amibe s'allonge et forme un ruban étroit au centre, dilaté en ampoule à ses deux extrémités. Ces deux extrémités mobiles s'écartent l'une de l'autre, de sorte que, la partie centrale s'amincit progressivement jusqu'à devenir filiforme, puis quelques minutes après se rompt, et les deux extrémités ainsi séparées reprennent une forme arrondie, et rappellent en tous points l'apparence d'une amibe ordinaire, envoyant des pseudopodes en nombre variable... Ce processus débute par la formation d'un pseudopode composé uniquement d'ectoplasma. La bande de réunion apparait jusqu'au dernier moment comme uniquement formée d'ectoplasme et d'endoplasme, au sein desquels il existe un noyau. » Cette observation est, jusqu'ici, restée unique.

III

Culture des amibes. — Occupons-nous maintenant des essais de culture qui ont été faits par différents auteurs :

Cunningham tenta les premiers essais. Comme milieu de culture, il choisit d'abord le liquide alcalin des fèces des cholériques, puis, plus tard, une solution de bouse de vache. Il obtint des résultats positifs. Mais la valeur de ses expériences a été vivement critiquée par Grassi et par Schuberg. Ces auteurs ont fait remarquer que la technique de Cunningham était défectueuse, et que notamment ses milieux de culture étant mal stérilisés renfermaient nécessairement des impuretés.

Kartulis fit de nouvelles recherches sur ce sujet. Il prit de l'eau de fontaine, y ajouta de petites quantités de bouillon alcalin et fit stériliser le liquide. Puis il y sema des fèces fraîches de dysentériques. Les tubes de culture furent répartis en trois séries : les tubes de la première série furent laissés à l'air libre; ceux de la deuxième furent additionnés de gélose et fermés avec de l'ouate, et ceux de la troisième, restés sans mélange, furent simplement bouchés avec de l'ouate. Au bout de quarante-huit heures, Kartulis constata le développement de bactéries dans les tubes bouchés à l'ouate, de bactéries et d'amibes dans les tubes de la première série. Plus tard, l'auteur substitua, à son milieu de culture primitif, une infusion de paille (20 à 30 grammes pour 2 litres d'eau) stérilisée. « Sur ce milieu, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures d'étuve à 35 degrés, on voit à la surface du liquide comme une toile d'araignée formée de bactéries et de jeunes amibes. *Les vases ont toujours été laissés ouverts*, parce que la culture réussit plus facilement que s'ils étaient fermés par l'ouate...

Les amibes de cette culture apparaissent, pour la plupart, comme beaucoup plus petites que les amibes ensemencées; elles se meuvent très vivement, mais sans pousser de pseudopodes; elles sont plus réfringentes, mais le noyau et les vacuoles s'y voient encore fort bien. Il existe aussi, mais en nombre moins grand, de grosses amibes poussant des pseudopodes, qui, les jours suivants, se montrent en proportion plus forte. Vers le quatrième ou le cinquième jour, on voit apparaître et augmenter rapidement le nombre des corps ronds, ayant à peu près la dimension d'un leucocyte, très réfringents, possédant un protoplasma très finement granuleux, et enveloppés d'une membrane épaisse d'apparence jaunâtre, tandis que les formes mobiles disparaissent. Ce sont des spores capables de fournir une nouvelle génération d'amibes, si on les transporte dans un nouveau tube de culture... » On peut adresser aux cultures de Kartulis les mêmes reproches qu'à celles de Cunningham. L'auteur, en laissant ses tubes de culture à l'air libre, a permis aux micro-organismes contenus dans l'air de s'y introduire : ce sont eux qui ont germé et se sont multipliés, et la description donnée par l'auteur des différentes transformations de l'amibe du côlon, mérite d'être fortement mise en doute.

Celli et Fiocca (34) ont fait récemment de nouvelles tentatives de culture. *Sur un milieu spécial de leur composition* (milieu dont ils ne donnent pas la formule), ils ont réussi à obtenir de *splendides cultures d'amibes; quelques-unes d'entre elles ont été cultivées pendant deux ans sans interruption.*

Dans leur évolution, les amibes ainsi cultivées présentent deux phases : une phase d'enkystement, une phase amiboïde ou de développement complet. Dans les phases d'enkystement, l'amibe est faite d'un contenu plus ou moins granuleux, contenant le plus souvent un noyau, et d'une capsule qui l'enveloppe. Cette capsule épaisse offre deux contours concentriques, l'une interne, nette, régulièrement arrondie; l'autre externe, formant une ligne festonnée, de sorte que la surface du kyste apparaît comme plissée. Cette forme est animée de mouvements d'ensemble très rapides. Dans la phase amiboïde, on peut distinguer un endoplasma plus ou moins granuleux, contenant un noyau et des vacuoles, un ectoplasma hyalin. L'amibe est mobile et présente des pseudopodes. On ne retrouve plus ici la mobilité en masse comme dans les formes enkystées.

La multiplication des amibes, dans tous les cas étudiés par les auteurs, a eu lieu par scissiparité. Jamais ils n'ont

observé de sporulation. Voici ce que l'on observe très bien au microscope dans une culture en goutte pendante. Au bout de vingt-quatre heures à soixante-douze heures, les formes amiboïdes typiques commencent le processus d'enkystement. Les amibes deviennent moins mobiles, puis s'arrondissent. Les jours suivants, elles sécrètent une paroi externe épaisse, telle que nous l'avons décrite plus haut. Ensuite, le protoplasma se fait plus granuleux, et se rétracte de façon à occuper un côté seulement de la cellule, se disposant souvent en forme de demi-lune. Puis, dans un point de la paroi du kyste apparaît une fissure qui s'élargit et divise petit à petit le contenu granuleux. Les deux kystes restent quelques instants accolés, puis se séparent, formant chacun une amibe qui augmente de volume. (On remarquera que cette description diffère notablement de celle donnée par Harris, et que nous avons relatée plus haut.)

Enfin, Vivaldi (26) est aussi arrivé à cultiver des amibes. Il a parfaitement réussi en choisissant une infusion de foin alcalinisée et filtrée. Le liquide obtenu fut stérilisé par chauffage discontinu à 55 degrés pendant trois jours; puis, on y sema, avec toutes les précautions d'usage, de petits grumeaux muqueux provenant de selles dysentériques ou de selles d'individus bien portants. La culture fut maintenue à 37 degrés.

Dès le deuxième ou le troisième jour, l'auteur observa un développement considérable d'amibes, les unes dans la phase d'enkystement, les autres au stade amiboïde. La forme amiboïde resta prédominante jusqu'au troisième ou quatrième jour; plus tard, les formes cystiques devinrent plus nombreuses.

Ces amibes, transportées dans un nouveau tube de culture, repullulèrent avec une grande puissance de développement. Quant au mode de multiplication, l'auteur n'en donne aucune description.

De tout ceci, il paraît résulter que la culture des amibes est possible, et même assez facile; que la multiplication des amibes se fait par scissiparité; enfin, que dans les milieux de culture on peut distinguer deux formes d'un même parasite, la forme amiboïde et la forme enkystée; la première de celles-ci, qui est la forme parfaite, se retrouve lorsque le milieu ambiant présente les conditions favorables à sa nutrition, à sa vie; la forme enkystée se rencontre de préférence lorsque l'amibe trouve des conditions moins bonnes. C'est précisément ce qu'on observe dans l'organisme, où les formes enkystées se retrouvent chez les malades convalescents ou énergiquement traités.

Ces conclusions s'appliquent, non seulement aux amibes de l'intestin, mais à celles de toute origine, comme l'ont démontré les nombreuses expériences de Celli et Fiocca. Cependant, Vivaldi a montré que les amibes se cultivaient d'autant plus facilement et poussaient avec d'autant plus d'énergie qu'elles provenaient d'un malade plus sérieusement atteint. Il faudrait donc admettre, pour les amibes comme pour nombre de microbes, une échelle de virulence. Nous aurons à discuter plus loin cette opinion.

IV

Valeur pathogénique des amibes. — Après avoir ainsi étudié la morphologie et la biologie des amibes de l'intestin, nous devons rechercher quelle est leur valeur pathogénique. Pour en juger, nous devons étudier les données fournies par la clinique et l'expérimentation.

C'est chez un malade atteint de dysenterie, que Lösh a signalé pour la première fois la présence d'amibes dans les selles. Depuis le travail de cet auteur, ces parasites ont été souvent recherchés et trouvés dans les selles des dysentériques, et cela, avec une telle fréquence que beaucoup de médecins n'hésitent pas à considérer les amibes de l'intestin, comme étant la cause la plus probable de la dysenterie tropicale, de la dysenterie des pays chauds.

Mais des objections ont été faites à cette manière de voir: 1° dans un certain nombre de cas, il a été impossible de constater, dans les selles des dysentériques, la présence d'amibes; 2° d'autre part, ces parasites ont été retrouvés chez des malades atteints de diarrhée de diverses origines: choléra, fièvre typhoïde, tuberculose, diarrhée saisonnière, entérites de toutes sortes; 3° enfin, d'après quelques auteurs, les amibes sont faciles à constater chez beaucoup d'individus sains, en se plaçant dans certaines conditions d'observation que nous aurons à faire connaître.

En présence de ces arguments contradictoires, il est difficile d'émettre une opinion ferme. Toutefois, après avoir exposé les faits connus, nous pourrons chercher à en tirer des conclusions.

Recherche des amibes dans les selles dysentériques. — L'observation originelle de Lösh doit être citée en entier. En 1875, entrait dans la clinique du professeur Eichwald à Saint-Pétersbourg, un paysan âgé de vingt-quatre ans, atteint de diarrhée, et souffrant d'une inflammation ulcéreuse du gros intestin.

En examinant les selles, Lösh y découvrit des amibes en nombre si grand que le champ du microscope en était rempli. Pendant longtemps, les amibes persistèrent dans les selles; elles ne cédèrent qu'à des lavements répétés de quinine, et leur disparition coïncida avec la cessation de la diarrhée. Le malade resta quatre mois entiers à l'hôpital : il y succomba à une pneumonie. A l'autopsie, on trouva une violente inflammation et, par places, une ulcération du gros intestin, particulièrement dans sa portion rectale.

Sonsino constata des amibes dans les mucosités de l'intestin, chez un enfant atteint de dysenterie.

Grossi les retrouva chez plusieurs dysentériques.

Pendant le séjour que Koch (6) fit en Égypte pour étudier le choléra (1883), ce savant eut l'occasion de faire l'autopsie de cinq malades atteints de dysenterie : il constata, à côté de nombreuses bactéries, des amibes : ces organismes siégeaient au fond des abcès, tandis qu'ils n'existaient pas dans les flocons glaireux qui recouvraient la surface de ces abcès.

Kartulis (7), dans plusieurs mémoires, a fourni, sur cette question, des documents d'une importance capitale. Dans près de cinq cents cas de dysenterie non douteuse, cet auteur a toujours constaté des amibes en quantité variable, soit dans les selles, pendant la vie, soit à l'autopsie après la mort. Il affirme, de plus, qu'à l'examen des selles de nombreux malades atteints de diarrhée d'origines diverses, il n'a pu retrouver ces parasites. De plus, Kartulis, dans plusieurs cas d'abcès du foie consécutifs à la dysenterie, retrouva ces amibes dans le pus hépatique, évacué par une opération, ou dans le pus recueilli après la mort. « Dans les abcès de forme dysentérique, dit-il, on trouve de si nombreuses amibes, que non seulement l'abcès est envahi par ces animalcules, mais encore qu'ils pénètrent même dans tous les plis de l'intestin. On en trouve surtout dans les capillaires de la sous-muqueuse. De ces capillaires, ils se propagent

par les grandes branches des racines de la veine porte et dans le foie. Là, on les trouve dans les embranchements de la veine porte. »

Dans deux cas d'abcès au foie à forme dysentérique, on trouva des amibes dans de petits foyers purulents qui s'étaient formés dans le péritoine, et dont l'un était relié à l'abcès du foie par une communication fistulaire.

Dans trois autres cas compliqués d'accidents pleuro-pulmonaires, on retrouva des parasites dans le pus retiré de la plèvre et du poumon.

Enfin, pour terminer ce qui a trait aux travaux de Kartulis, disons que cet auteur a retrouvé des amibes dans les cas de dysenterie sporadique et qu'il admet que celle-ci, tout comme la dysenterie épidémique, est sous l'influence de la pullulation des amibes.

Hlava (9) examina soixante cas de dysenterie épidémique ou sporadique, et retrouva dans ces soixante cas les amibes décrites par Kartulis.

Osler (8), avec un cas de dysenterie compliquée d'abcès au foie, retrouva des amibes dans les glaires intestinales et dans le pus des abcès.

En Amérique, de nombreuses observations signalent aussi la présence des amibes dans les selles des dysentériques : Lafleur et Simon l'ont constatée dans trois cas, dont un compliqué d'abcès au foie terminé par vomique ; le parasite se retrouva également dans le pus expectoré. Musser et Stengel signalent trois cas de dysenterie amibienne, Dock (11), douze cas, dont quelques-uns compliqués d'abcès au foie.

Chez les enfants atteints de dysenterie, la présence des amibes est constatée dans plusieurs cas par Pfeiffer (16), et dans un cas par Cahen (12).

Nasse (13) a signalé un cas de dysenterie avec abcès du foie, dans le pus duquel existaient des amibes. L'abcès ayant été ouvert tardivement, il se fit des trajets fistuleux dans le pus desquels fourmillaient les amibes.

Lutz (14) décrivit trois cas de dysenterie amibienne au Brésil.

Eichenberg (17) fait la description d'un cas de dysenterie compliquée d'abcès au foie. Le pus évacué par vomique contenait des amibes qu'on retrouva, après la mort, dans un abcès du poumon.

Le travail de Councilmann et Lafleur (18) mérite une mention spéciale. Les auteurs y relatent quinze observations de dysenterie où ils ont retrouvé des amibes, soit dans les selles, soit dans le pus des abcès hépatiques. Pour eux, la dysenterie à amibes diffère absolument des maladies dysentériformes où l'examen des selles ne révèle pas la présence d'amibes ; et ils lui assignent des caractères spéciaux. Cliniquement, le début est assez brusque, l'évolution irrégulière avec rémissions et exacerbations, et la tendance à la chronicité.

Dans sa forme aiguë, la maladie se complique souvent de péritonite, et dans sa forme chronique, d'abcès du foie. La mort survient fréquemment.

Au point de vue anatomo-pathologique, on note l'épaississement des parois intestinales, épaississement portant tantôt sur toutes les tuniques, tantôt sur la sous-muqueuse seule, qui, non seulement est œdématiée dans son ensemble, mais présente des nodosités épaissies, nettement circonscrites. Ces nodosités renferment de petites cavités remplies de pus gélatineux contenant des amibes ; elles communiquent entre elles par des trajets fistuleux, produisant des décollements de la muqueuse, et aboutissent dans la cavité intestinale par un petit orifice.

On trouve souvent, en plus, d'autres ulcérations à fond libre, à bords décollés, et qui résultent de la nécrose de la muqueuse consécutive aux lésions énoncées précédemment.

Kruse et Pasquale (19) ont examiné, en Egypte, cinquante cas de dysenterie, dont quinze cas compliques d'abcés hépatiques ; ils ont fait, de plus, quatorze autopsies. Dans tous les cas où ces auteurs ont examiné les *selles récemment expulsées*, ils y ont retrouvé les amibes, tandis que ces parasites manquaient lorsqu'on les recherchait tardivement (plus de dix heures après l'expulsion). Dans le pus des abcès hépatiques. dysentériques, ils ont constamment retrouvé des amibes.

Kovacz (15) signale deux cas de dysenterie tropicale où il a trouvé les amibes de Lösh, auxquelles il attribue nettement la maladie.

Quincke et Roos (21) ont examiné deux cas à Kiel. Dans un cas, il s'agissait de dysenterie contractée en Sicile. Dans l'autre, de dysenterie bénigne, chez une femme n'ayant jamais quitté l'Allemagne. Chez les deux malades, les parasites se trouvaient, pendant la période aiguë de l'affection, sous la forme amiboïde, pendant la convalescence sous la forme enkystée.

Pour être aussi complet que possible dans cette énumération des travaux ayant trait à la dysenterie amibienne, citons encore les observations de Rhein (36), 15 cas ; de Howard (37), 2 cas ; de Wilhington (22), 1 cas ; de Murphy (23), 1 cas ; de Vivaldi (26), 10 cas de dysenterie sporadique à Padoue ; de Peyrot et Roger (28), 1 cas d'abcès dysentérique du foie.

On voit par la longue liste que nous venons de donner, combien souvent on a retrouvé les amibes dans les selles des malades atteints de dysenterie épidémique ou sporadique. Cependant, il existe un certain nombre de faits négatifs que nous devons maintenant faire connaître.

Maggiora (38) a observé, dans le nord de l'Italie, une épidémie de colite, ayant tous les caractères cliniques de la dysenterie, et nettement contagieuse. Dans vingt cas, il fit, chaque jour, l'examen microscopique des fèces, et ne trouva pas d'amibes. En revanche, on trouva des coli-bacilles et du bacille pyocianique extrêmement virulents.

Ogata (39) a observé, dans le sud du Japon, une épidemie de dysenterie. Sur treize cas, il n'a pu constater d'amibes. En revanche, il a trouvé de nombreux bacilles analogues au bacterium coli.

Laveran (20) a observé une épidémie de dysenterie nostras, sévissant sur les troupes casernées aux environs de Paris. Quelques cas ont été assez graves pour entraîner la mort. La présence des amibes dans les selles n'a été constatée qu'une fois sur dix cas parmi les plus graves. L'auteur admet qu'il existe une dysenterie amibienne, qu'on observe surtout dans les pays chauds ; mais toutes les dysenteries ne sont pas amibiennes, en particulier la dysenterie saisonnière de nos pays n'appartient pas à la forme amibienne.

Spruyt et Chaltin (40) ont observé, à Anvers, une épidémie de dysenterie nostras, qui a sévi dans les casernes : sur 325 malades, il y a 8 décès. Les examens des matières intestinales ont montré, *dans tous les cas* observés, l'absence d'amibes. Les auteurs pensent, comme M. Laveran, que la dysenterie de nos pays n'est pas d'origine amibienne. Ils incriminent l'action du bacterium coli ou du proteus vulgaris, dont la virulence est exaltée par une cause inconnue.

Arnaud (41) n'a jamais constaté la présence de l'Amæba coli dans les selles de soixante dysentériques qu'il a examinés, pas plus, d'ailleurs, que dans le pus de plusieurs abcès du foie. Pour lui, la dysenterie résulte de l'exaltation de la virulence du coli-bacille.

Le travail de Gasser (27) est particulièrement intéressant en ce sens qu'il cherche à établir une proportion entre les faits où l'amibe a été rencontrée dans les selles des dysentériques, et ceux où elle était absente. L'examen a été fait dans 153 cas. Voici les résultats obtenus: dans 45 cas de dysenterie aiguë sur 109, soit 41,3 p. 100, présence d'amibes en quantité variable, et sans qu'il y ait de relation entre la gravité de la maladie et le nombre des amibes. Dans 13 cas de dysenterie chronique sur 34, il existait des amibes, soit une proportion de 40 p. 100. Enfin, fait intéressant à noter, dans les coupes des organes minutieusement examinés après la mort, l'auteur n'a pu mettre en évidence aucune formation cellulaire ressemblant à l'amæba coli, et cela chez des malades dont les selles en étaient semées pendant la vie.

Ainsi donc, dans un certain nombre de cas de dysenterie bien caractérisée, des observateurs dignes de foi n'ont pu déceler la présence d'amibes, ce qui permet déjà d'émettre un doute sur leur valeur pathogénique dans cette affection. Mais il y a plus, ces parasites ont été retrouvés soit dans des affections diarrhéiques de nature diverse, soit chez des individus bien portants.

Dès l'année 1879, Cunningham (2) a mentionné la présence des amibes chez des malades atteints de choléra, puis chez des personnes bien portantes. Grassi, en 1882, en retrouva chez les gens bien portants. Kartulis, pour sa part, nie le fait et dit formellement qu'il n'a jamais retrouvé ces parasites dans d'autres maladies.

Mais plus tard, Massiutin, en 1889, constata lui aussi, des amibes dans différentes maladies diarrhéiques, dans du catarrhe chronique du gros intestin, dans le typhus abdominal et dans l'entérite aiguë.

Schuberg (32), en 1893, dans un intéressant mémoire, montra qu'il est facile de retrouver des amibes dans les selles des gens bien portants. Il suffit, pour cela, de leur administrer un purgatif salin, du sel de Carlsbad par exemple. Dans les gardes-robes liquides qui suivent l'administration de ce médicament, on trouve souvent (la moitié des cas pour Schuberg) des amibes en assez grande quantité. Et, pourtant, chez ces malades, on ne peut constater des amibes dans les matières solides émises régulièrement. D'après Schuberg, il est facile d'en donner l'explication: les amibes vivent à l'état de parasites dans l'intestin de l'homme, mais pour végéter il leur faut un milieu favorable, un milieu liquide et alcalin qui se trouve dans la partie ascendante du côlon, à mesure que les fèces avancent dans l'intestin, elles se solidifient et prennent une réaction acide, dès lors, les amibes, ne trouvant plus un milieu favorable, meurent ou rétrogradent. L'administration du sel de Carlsbad, au contraire, amène rapidement à l'orifice anal le contenu du cæcum où végètent les amibes, qu'il est alors fréquent d'y retrouver.

De nouvelles observations d'entérite amibienne avec diarrhée non dysentérique ont été rapportées cette année par Boas. Dans la première, il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui souffrait depuis trois ans d'un catarrhe intestinal, caractérisé par une diarrhée intense. Le début de l'affection était attribuable à l'ingestion d'une certaine quantité d'eau de puits corrompue, pendant une villégiature. Les selles étaient aqueuses, d'un jaune brunâtre; leur émission provoquait des douleurs intenses dans la région du côlon descendant. La palpation de cette partie du gros intestin était également très douloureuse. La malade avait perdu 30 livres de son poids; elle était très anémiée, très faible, incapable de quitter le lit.

Les selles étaient semblables à de la purée de pois, fortement mélangées de gaz, de réaction le plus souvent nettement alcaline. Dans les selles, on découvrit trois variétés d'amibes: 1° des amibes enkystées; 2° des amibes immobiles; 3° des amibes très mobiles en voie de division.

Des injections de 25 centimètres cubes de matières fécales furent faites, par l'anus, chez trois chats. L'un d'eux eut des convulsions; aucun ne présenta de phénomènes de catarrhe intestinal, de diarrhée, ni de dysenterie.

Une dose de 5 centigrammes de calomel, trois fois par jour, amena l'augmentation du nombre des selles, mais non la disparition des amibes. Elles reparurent dès que le calomel fut supprimé. Les grands lavements de nitrate d'argent à 1/10000, amenèrent une amélioration notable de la diarrhée. Les amibes finirent par disparaître complètement.

Dans un second cas, il s'agissait d'une femme atteinte de diarrhée du matin, depuis cinq ans. Les selles étaient d'un brun jaunâtre, le plus souvent muqueuses, jamais sanguinolentes. A l'auscultation, on trouvait des signes de tuberculose aux sommets des poumons. L'examen montra dans les selles des amibes enkystées et d'autres mobiles. Il y avait de plus une variété d'infusoires munis de filaments flagellaires. Sous l'influence du régime et du salicylate de bismuth, il se fit une amélioration sensible de la diarrhée et une diminution marquée du nombre des amibes.

Boas a recherché les amibes dans les selles de 43 individus sains; il en trouva 12 fois. Il est à remarquer que les amibes mobiles n'ont pas été observées dans ces conditions.

Citons encore une communication toute récente (mars 1896) et due à Borckardt (43). Elle concerne le cas d'un homme nerveux atteint de crises diarrhéiques intermittentes, durant en moyenne de sept à huit jours et disparaissant spontanément. Souvent la diarrhée était accompagnée de vomissements. Les selles étaient franchement liquides. Dans ces selles, on a trouvé de nombreuses amibes. Les amibes ont disparu des matières aussitôt après la cessation de la diarrhée.

Boas et Bockardt, tout en faisant des réserves, désignent les cas qu'ils rapportent sous le nom d'*entérite amibienne*. C'est dire qu'ils attribuent aux amibes une influence pathogénique certaine.

Il ne faut pas oublier que les personnes, du reste saines, que Schuberg purgeait avec du sel de Carlsbad, présentaient des amibes dans leurs selles tant qu'elles étaient liquides. Ces parasites semblaient avoir été entraînés mécaniquement à l'extérieur du point de l'intestin où elles vivaient; peut-être aussi avaient-elles abondamment pullulé dans un milieu plus favorable. Elles n'avaient évidemment rien de pathogène.

Ne peut-il en être de même dans certaines diarrhées et en particulier dans la diarrhée nerveuse? L'apparition des amibes dans les selles liquides est-elle autre chose qu'un phénomène purement mécanique, comme l'est par exemple l'apparition de la bile dans des évacuations intestinales si abondantes et si rapides que le liquide est entraîné en nature sans avoir eu le temps d'être résorbé ou modifié?

Résumons brièvement les faits qu'a permis de recueillir l'observation clinique.

1° Les amibes se rencontrent assez fréquemment chez les individus sains, ne présentant aucune manifestation intestinale, et, en particulier, pas de diarrhée.

2° Elles peuvent apparaître en grand nombre dans les selles liquides d'un homme sain à la suite d'une purgation saline.

3° Les amibes ont été rencontrées dans un grand nombre de cas de dysenterie, mais on ne les a pas toujours trouvées dans les selles dysentériques. Certains observateurs ne les ont pas vues dans des épidémies de dysenterie à manifestations du reste graves. D'autres ne les ont vues que chez un certain nombre des malades, en général sur les plus gravement atteints.

4° Les amibes ont été trouvées souvent dans des selles diarrhéiques, alors que les malades ne présentaient aucune manifestation dysentériforme. Elles sont alors beaucoup plus nombreuses que chez les individus sains.

En général, elles disparaissent lorsque la diarrhée guérit ou s'améliore, mais il arrive quelquefois qu'on cesse pendant un certain temps de les rencontrer, sans que le nombre ni la nature des selles se soient sensiblement modifiés.

5° On n'a pas établi jusqu'ici de relation certaine entre la forme clinique de la diarrhée et la forme des amibes rencontrées dans les selles. Cependant Boas a remarqué que les formes mobiles manquaient dans les selles d'individus sains.

Il faut bien reconnaître que la présence de ces parasites dans les matières fécales d'individus sains, soit spontanément, soit dans les selles liquides amenées par une purgation saline, que leur absence chez certains dysentériques, leur disparition momentanée chez des diarrhéiques, sans que la diarrhée eût disparu, constituaient de sérieuses objections à leur valeur pathogénique.

Cependant on pouvait se demander si certaines variétés n'étaient pas inoffensives et d'autres morbigènes; si une variété indifférente ne pouvait pas acquérir, dans certaines conditions de culture intra-intestinale, des propriétés virulentes parfois très accentuées.

Il était naturel de chercher par l'expérimentation la solution de questions que la clinique par elle seule paraissait impuissante à résoudre. Voyons ce qu'elle a donné jusqu'ici.

V

Expérimentation. — C'est Lösh (3) lui-même qui institua les premières expériences : il injecta trois jours de suite des selles de son malade à trois chiens normaux bien portants, et à un quatrième, à qui on avait irrité l'intestin par une injection préalable d'huile de croton. Chez un seul des trois premiers chiens, on réussit à provoquer des selles glaireuses où on trouva des amibes vivantes. L'animal ayant été sacrifié au bout de dix-huit jours, on trouva la muqueuse du gros intestin tuméfiée, ulcérée par places, et recouverte de glaires qui contenaient quantité d'amibes.

Hlava [1887 (9)] fit des injections avec des selles fraîches de malades atteints de dysenterie nostras et de dysenterie épidémique à 8 lapins, 6 poulets, 2 cobayes, 17 chiens et 6 chats. Sur ce nombre, 2 chiens et 4 chats furent seuls atteints de phénomènes dysentériformes.

Kartulis (7), en 1891, fit des expériences sur quelques chats, soit avec les cultures plus ou moins pures obtenues dans une infusion de paille; comme les matières liquides injectées sortaient immédiatement de l'anus, celui-ci fut fermé par quelques points de suture, pendant trois jours. Au bout de ce temps, on put recueillir des matières glaireuses contenant des amibes. Un chat, qui mourut dix-huit jours après l'injection, présenta à l'autopsie des hémorragies punctiformes de la muqueuse du gros intestin, et des ulcérations ayant la dimension d'une lentille; sur tous ces points, mucosités glaireuses fourmillant d'amibes.

Stengel (10), sur un cobaye, Cohen, sur plusieurs chats, ont obtenu des résultats négatifs.

Kovacz (15), dans deux cas de dysenterie tropicale, a provoqué une entérite en injectant le mucus intestinal de ses malades à des chats.

Kruse et Pasquale (19) ont montré que les amibes des fèces normales n'exercent aucune action pathogène sur le chat, tandis que les amibes des selles dysentériques, morphologiquement semblables aux précédentes, provoquent fréquemment, huit fois sur seize, la diarrhée et des ulcérations, lorsqu'on les injecte dans le rectum de cet animal, après avoir fait la suture temporaire de l'anus.

Quincke et Roos (21), d'autre part, ont injecté dans le rectum de chats les selles de deux malades, l'un atteint de dysenterie tropicale, l'autre de dysenterie nostras. Dans le premier cas, ils obtinrent six résultats positifs sur huit. Dans le second, tous les résultats furent négatifs. Les auteurs en concluent qu'il existe deux espèces d'amibes du colon, une forme virulente pour le chat, une autre non virulente. Ils proposent d'appeler l'amibe infectante « amæba felis », l'autre « amæba coli mitis ».

Jusqu'ici les auteurs n'avaient employé dans leurs injections que des selles de dysentériques ou des cultures impures d'amibes (Kartulis); récemment Vivaldi (26) a injecté des *cultures pures* et provenant d'ensemencements en séries. L'injection dans le rectum, et l'administration par la bouche du liquide de culture (10^{cc}-20^{cc}), chez les lapins, ne détermine qu'une légère élévation de température et de l'abattement. Chez les chats on a de la diarrhée, de l'amaigrissement, de la rougeur de l'anus, des selles muqueuses. Quelques-uns des animaux sont morts dix à quinze jours après, dans un état de marasme. A l'autopsie, on trouva du catarrhe du gros intestin avec des ulcérations : les mucosités, rendues pendant la vie et trouvées après la mort, contenaient de nombreuses amibes qui, cultivées, donnèrent de vigoureuses colonies.

Disons aussi que Vivaldi a nettement constaté dans ses expériences que les amibes, provenant de dysentériques convalescents ou d'individus sains, poussaient mal dans les milieux de culture, et que leur injection ne provoquait chez les chats aucune lésion. Enfin, pour terminer l'exposé des expériences faites sur la virulence des amibes, signalons que Boas (42) et Borckardt (43) n'ont pas réussi, en injectant les amibes trouvées dans les selles de leurs malades atteints d'entérite, à provoquer de lésions chez le chat.

Les expériences, faites à l'aide des matières fécales elles-mêmes, n'ont, naturellement, qu'une valeur très restreinte. Il est toujours possible d'objecter, lorsqu'elles donnent un résultat positif, que l'irritation de l'intestin est due, non aux amibes, mais à quelqu'un des nombreux microbes que renferment les selles diarrhéiques ou dysentériques.

Pour ce qui concerne la dysenterie, il est amplement démontré que les selles, à côté des amibes, renferment un

grand nombre de microbes très virulents, qui, isolés par des cultures pures, peuvent reproduire des symptômes dysentériformes. Ces mêmes microbes se retrouvent, d'ailleurs, dans des selles dysentériques même dépourvues d'amibes, et c'est là un des meilleurs arguments en faveur de leur action pathogène. Enfin, dans certains cas, les selles bien que remplies d'amibes, ne sont pas infectantes : c'est qu'alors elles ne renferment pas de microbes virulents.

Cela ne prouve pas, du reste, que, *dans certaines circonstances*, des amibes virulentes ne jouent pas un rôle actif dans la genèse des accidents dysentériformes.

Certains expérimentateurs ont suturé l'anus des chats après leur avoir injecté des matières fécales diarrhéiques ou dysentériques dans le rectum. Il y a dans cette suture même, et dans la rétention qu'elle détermine, une cause d'inflammation du gros intestin qui rend suspects les résultats obtenus. Cette objection faite par Schuberg atteint les expériences de Kartulis, de Kruse et Pasquale, de Quincke et Roos, qui tous ont pratiqué la suture de l'anus. Il faudrait tout au moins démontrer, au préalable, que cette oblitération de l'anus ne produit, par elle-même, aucun accident de colite chez le chat. Il faudrait pouvoir observer parallèlement et comparativement des chats auxquels on aurait également pratiqué la suture de l'anus, les uns ayant, les autres n'ayant pas reçu d'injection rectale de matières fécales ou de cultures d'amibes.

Y a-t-il, comme l'ont admis Quincke et Roos (21), des espèces différentes d'amibes, les unes inoffensives, les autres pathogènes? C'est possible, mais non suffisamment démontré, les expériences sur lesquelles repose cette hypothèse étant loin d'être absolument irréprochables.

Les expériences faites à l'aide de cultures pures auraient naturellement une valeur infiniment plus grande que les expériences faites avec des matières fécales ou des cultures impures.

Jusque dans ces derniers temps, on n'avait eu que des cultures impures et les amibes qu'on y rencontrait pouvaient très bien n'être pas des amibes d'origine intestinale, ou bien elles coexistaient avec des quantités considérables de microbes appartenant à des espèces différentes. Seuls les auteurs italiens auraient obtenu des cultures amibiennes pures, et nous venons de dire que Vivaldi avait provoqué, avec elles, du catarrhe et des ulcérations du gros intestin. Les cultures ensemencées avec des selles de malades en voie de guérison s'étaient, au contraire, montrées tout à fait inactives, ce qui démontrerait la réalité d'une virulence différente pour des amibes de même origine.

Si ces résultats sont confirmés par une série d'expériences scientifiquement conduites, s'il est démontré que des cultures pures d'amibes peuvent produire des accidents intestinaux semblables à ceux que provoquent le catarrhe et la dysenterie, il faudra bien se rendre à l'évidence et accepter sans réserve la valeur pathogène de ces parasites.

Les expérimentateurs devront, du reste, tenir compte d'une remarque faite par Gasser : le chat, que l'on prend comme l'animal réactif de la dysenterie, doit être considéré comme suspect, étant donné ce fait qu'on rencontre souvent chez lui des lésions ulcéreuses du gros intestin, se produisant sous des influences banales. En effet, cet auteur, ayant injecté de la terre végétale absolument stérile dans le gros intestin d'un chat, a vu se développer une diarrhée dysentériforme, qui entraîna la mort de l'animal au bout d'un mois. A l'autopsie, on trouva des ulcérations de l'intestin répandues du cæcum à l'anus.

Il serait prématuré, on le voit, de prendre dès maintenant position dans le débat et d'admettre ou de rejeter définitivement l'action pathogène des amibes. Elles se rencontrent souvent à l'état normal, souvent elles sont indifférentes, inoffensives. Peuvent-elles acquérir une virulence marquée dans certains cas, dans un milieu de culture intestinal en particulier? Leur présence en grand nombre, leur virulence accrue peut-elle aggraver certaines affections diarrhéiques ou dysentériformes de l'intestin? Nous avons personnellement tendance à le croire, mais nous ne considérons pas ce fait comme définitivement démontré.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(1) LAMBL. *Aus dem Franz-Josephs-Kinderspitale in Prag*, Teil I, Prag, 1860. — (2) CUNNINGHAM. *Quart. Journ. Microsc. Sc.*, vol. XXI, 1881 (contient ses publications précédentes de 1870). — (3) LÖSH. *Virchow's Arch. f. pathol. anat.*, Bd. LXV, 1875. — (4) GRASSI. *Gaz. med. italian. Lombard.*, I, 1879. — (5) IN LEUCKART. *Die Parasiten des Menschen*, etc., Heidelberg, 1879-1886. — (6) KOCH. *Arbeit aus d. Kais. Gesundheit. samte*, Bd. III, Berlin, 1887. — (7) KARTULIS. a. *Virchow's Arch.*, 1885; b. Ibid. 1889; c. *Centralbl. f. Bakter. und Parasit.*, 1887. — (8) W. OSLER. *John Hopkins Hospital Reports*, 1890. — (9) HLAVA (Uplavici). *Zeitschrift d. böhm Aertzte in Prag.*, 1887. — (10) STENGEL. *Philadelphia Med. News*, 1890. — (11) DOCK. *Daniel's Texas Med. Journ.*, 1891. — (12) CAHEN. *Deuts. med. Woch.*, 1891. — (13) NASSE. *Deuts. med. Woch.*, 1891. — (14) LUTZ. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.*, Bd. X, 1891. — (15) KOVACZ. *Wien. Klin. Wochens.*, 1891. — (16) PFEIFFER. *Die Protozoen als Krankheitserreger*, 2 Aufl. Jena. 1891. — (17) EICHENBERG. *Med. News*, 1891. — (18) COUNCILMANN et LAFLEUR. *John Hopkins Hospital Reports*, 1891. — (19) KRUSE et PASQUALE. *Deuts. med. Woch.*, 1893. — (20) LAVERAN. Société de biologie, 1893. — (21) QUINCKE et ROOS. *Berliner Klin. Woch.*, 1893. — (22) WITHINGTON. *Boston Med. Journ.*, 1893. — (23) MURPHY. *Journ. americ. med. Associat.*, 1893. — (24) WEST. *Americ. med. Congr.*, 1893. — (25) LOBAS. *Wratsch*, 1894. — (26) VIVALDI. *Riforma med.*, 1894. — (27) GASSER. *Arch. de méd. expérim.*, 1894. — (28) PEYROT et ROGER. Académie de médecine, 1896. — (29) NORMAND. *Arch. de méd. navale*, 1879. — (30) MASSIUTIN. *Wratsch*, 1889. — (31) CALMETTE.

. — (32) SCHUBERG. *Centralbl. f. Bakter. und Parasitenk*, 1893. — (33) BOAS. Société de médecine interne de Berlin, 1896. — (34) CELLI et FIOCCA. *Riforma med.*, 1894. — (35) HARRIS. *Med. News*, 1894. — (36) RHEIN. *Med. News*, 1892. — (37) HOWARD. *Med. News*, 1892. — (38) MAGGIORA. *Centralbl. f. Bakter. und Parasitenk.*, Bd. XI, 1892. — (39) OGATA. Ibid. — (40) SPRUYT et CHALTIN. *Arch. de méd. belge*, 1894. — (41) ARNAUD. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894. — (42) BOAS. *Verein f. innere medicin*, 20 janvier 1896. — (43) BORCKARDT. Société de médecine interne de Berlin, 1896.

PARALYSIE CUBITALE PAR L'USAGE DE LA BICYCLETTE

M. Destot a communiqué, à la Société médicale de Lyon, une observation de paralysie cubitale par l'usage de la bicyclette.

C'est sa propre observation. A la suite d'une course longue, M. Destot remarqua dans sa main gauche les troubles suivants : de la paresthésie de l'annulaire et du petit doigt, à la piqûre et au contact, en même temps que de la parésie dans les interosseux, les lombricaux et l'adducteur

du pouce. Ces muscles subirent ensuite une atrophie manifeste.

Ces symptômes s'expliquent facilement par une compression du nerf cubital au niveau du pisiforme. Ce sont, en effet, les branches palmaires superficielle et profonde du cubital qui sont pincées, comprimées entre le pisiforme et la manette du guidon.

Certaines conditions favorisent cette compression. C'est tout d'abord l'obliquité de la manette qui exerce dans cette direction une pression prédominante sur l'éminence hypothénar et sur la gouttière du pisiforme, tandis que, sur une manette transversale ou moins oblique, la pression est transversale par rapport à l'axe de la main, et atténuée dans son effet sur les nerfs profonds par l'élasticité des tendons fléchisseurs.

C'est aussi l'absence de calus chez les bicyclistes peu entraînés. C'est la trépidation sur les routes mauvaises, qui a une action toute spéciale et bien connue. C'est le surmenage qui, en affaiblissant les contractions musculaires, supprime leur rôle protecteur vis-à-vis des nerfs profonds.

Cette observation n'est pas unique, et M. Destot rapporte une observation, due à Simpson (*New-York Medical Journal*, avril 1896), de névrite du nerf cubital avec atrophie dans le domaine de ce nerf, à la suite d'une course forcée en bicyclette chez un jeune homme non entraîné.

THÉRAPEUTIQUE

Potion au bromoforme contre la coqueluche et la toux convulsive.

M. Gay, dans le *Bulletin de pharmacie du Sud-Est*, recommande les doses suivantes, par jour :

Enfants de moins de deux ans .	5 à 10 centigr.
— de deux à quatre ans .	10 à 15 —
— de quatre à huit ans. .	15 à 30 —
— plus âgés.	doses progress.
Adultes	1 gr. à 1gr50

Quant au mode d'emploi, on peut l'administrer soit en capsules, soit par gouttes dans l'eau sucrée, soit dans des potions appropriées. On peut recourir aux potions alcoolisées, l'alcool ayant la propriété de dissoudre le bromoforme ; M. Gay a établi une formule qui a été adoptée par M. le professeur Grasset (de Montpellier), et dans laquelle le bromoforme est émulsionné.

Bromoforme. . . . . (XLV gouttes, 1 gramme de bromoforme correspondant à XXXVII gouttes.)	1gr20
Huile d'amandes douces . . .	15 grammes.
Gomme arabique pulvérisée .	10 —
Sirop d'écorces d'oranges amères, ou de menthe ou de laurier-cerise.	30 —
Eau	65 —

On commence par dissoudre le bromoforme dans l'huile, et on fait ensuite l'émulsion.

Une cuillerée à café de cette potion contient 5 centigrammes de bromoforme; une cuillerée à dessert en contient 10 centigrammes, et une cuillerée à soupe en contient 15 centigrammes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1896. — Présidence de M. MONOD.

COMMUNICATION

M. DELENS donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Nicaise.

Tarsectomie. — M. FELIZET fait une réclamation de priorité à l'occasion d'un procédé de tarsectomie postérieure qu'il a décrit, à la Société de chirurgie, en 1893, et qu'il a mis en pratique, depuis cette époque, plus de 20 fois avec succès. Il rappelle en quoi consiste ce procédé qui donne des résultats fonctionnels excellents et laisse une cicatrice bonne et bien placée. Or, ce procédé vient d'être décrit par M. Landerer (de Stuttgard), qui se l'approprie.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

M. BERGER, à l'occasion de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Reclus, est heureux de voir son collègue se rallier à l'emploi de la dilatation progressive dans le traitement des rétrécissements du rectum. La dilatation était, à tort, tombée presque dans l'abandon. M. Berger estime qu'il faut s'adresser à la dilatation avant tout autre mode de traitement. Mais il faut l'appliquer avec une certaine prudence. Il ne faut pas la faire tous les jours et il faut aller très doucement. Il faut s'appliquer à bien diriger la dilatation dans l'axe du rectum modifié par le rétrécissement. Il faut tenir compte de l'élément spasmodique qui souvent fait obstacle à l'introduction du dilatateur. Il suffit alors d'attendre pour pouvoir passer. D'autres fois la contraction spasmodique se produit sous l'influence même du dilatateur et il devient alors impossible d'introduire même le numéro inférieur qu'on introduisait auparavant avec facilité.

M. Berger ajoute qu'il faut associer les lavages antiseptiques avec la dilatation; ces lavages peuvent être faits avec de faibles solutions de nitrate d'argent. Il y a eu des cas malheureux dans lesquels la dilatation était formellement contre-indiquée. La dilatation, mal appliquée ou inopportunément employée, a donné lieu, dans certains cas, à des accès de fièvre ou même à de grands accès infectieux. Il ne faut pas hésiter, dans ces cas, à interrompre immédiatement la dilatation. L'état précaire de certains malades est aussi une contre-indication à la dilatation; dans ces cas, on doit recourir à la rectotomie. Il est encore une cause d'échec pour la dilatation, c'est l'abondance de la suppuration. Enfin, le siège du rétrécissement peut être aussi un obstacle.

M. QUÉNU dit que la dilatation peut apporter du soulagement, mais elle ne guérit pas. M. Quénu cite le cas d'un malade qu'il suit depuis deux ans, chez lequel il a vu les lésions syphilitiques se développer sous ses yeux et chez lequel le traitement antisyphilitique est resté complètement inefficace. A quelle intervention faut-il recourir en pareil cas? La dilatation n'est qu'un palliatif, la rectotomie n'est pas toujours applicable et ne donne pas des résultats définitifs. L'ablation peut être tentée ou alors il ne reste plus que l'anus iliaque.

M. REYNIER rapproche de l'observation que vient de citer M. Quénu une observation de Gosselin que tous ses élèves ont bien connue. Il s'agissait d'une malade que Gosselin a soignée à Lourcine et chez laquelle il a vu se développer le chancre initial, puis la rectite consécutive, puis le rétrécissement. Or chez cette malade, malgré l'application du traitement antisyphilitique dès le début des accidents, malgré la dilatation mise en œuvre dès les premiers temps du rétrécissement, celui-ci a persisté et résisté à tous les trai-

tements et cette malade a fini par succomber après trente ans avec son rétrécissement.

M. Reynier est donc heureux d'avoir entendu M. Quénu citer une observation qui confirme de tous points celle de Gosselin.

M. SCHWARTZ partage l'opinion de ses collègues sur l'insuffisance de la dilatation progressive dans le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. Il a eu recours, dans plusieurs cas, à la rectotomie postérieure. Il cite l'exemple d'une femme à laquelle il a pratiqué cette opération, à Beaujon, en 1884, il y a douze ans, et qui était atteinte d'un rétrécissement syphilitique très étendu. Après avoir fait la rectotomie postérieure, il fit la dilatation. Le résultat fut des plus satisfaisants et il s'est maintenu depuis douze ans. Au reste, M. Schwartz estime que, dans les rétrécissements syphilitiques du rectum, le traitement varie suivant les cas et qu'on peut avoir recours soit à la dilatation, soit à la rectotomie, soit à l'anus contre nature.

M. RECLUS a été aussi l'élève de Gosselin et a pu voir de combien de difficultés était entouré le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par la dilatation. Aussi celle-ci avait-elle fini par être presque complètement abandonnée. Or, récemment, chez deux malades, M. Reclus a eu recours à la dilatation progressive et il en a obtenu d'excellents résultats, grâce à l'emploi de la cocaïne. Il introduit, avant de faire la dilatation, un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 1 p. 100, il le laisse cinq minutes et il peut ensuite introduire, avec la plus grande facilité, sans causer la moindre douleur, le dilatateur. Il a eu recours à cette méthode chez deux malades et, en une semaine, il a obtenu des résultats très satisfaisants de la dilatation progressive, résultats qui se sont maintenus.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat est définitivement composé de la façon suivante : MM. Brocq, Guyot, Achard, Merklen, Lejars, Guinard, L. Labbé, Berger, Varnier et Lucas-Championnière.

— Dans la séance du 13 octobre, M. le président de la Société de chirurgie a donné lecture du télégramme suivant qu'il venait de recevoir :

« Le Cercle des médecins de Moscou, célébrant son anniversaire, envoie, en mémoire de la semaine franco-russe, à ses confrères français, l'expression de sa plus grande sympathie.

Vive la France !

Le président, Alexandre SOLOVIEF. »

M. le président a proposé d'envoyer au Cercle des médecins de Moscou le télégramme suivant :

« La Société de chirurgie de Paris, très touchée du télégramme du Cercle des médecins de Moscou, lui envoie l'expression de sa profonde sympathie, et se réjouit de la fraternité scientifique qui unit aussi les deux peuples.

Vive la Russie !

Le président, Charles MONOD. »

Cette proposition a été acceptée par acclamation.

— Par décret, en date du 9 octobre 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Boissier, Mage, Ozanon, Lucas, Paviot, Gautrelet, Méheux, Kaminski, Gosset, Molinié, Simon, Durand, Berthaud, Chollet, Rabbe, Sortais, Baudron, Vénassier, Bonavita, Winstel, Moret, Piedvache, Bertrand, Nové-Josserand, Doucy, Gagey, Audoucet, Mari, Boujol, Vallée, Douhairet, Santenoise, Carpentier, Ringot et Minet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Iscovesco, Pollosson, Sanchez-Toledo, Dupret, Calot, Robin, Basset, Verlhac et Malapert.

— Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux aux hospices civils de Lyon aura lieu le lundi 29 mars 1897, à huit heures du matin. Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Le registre d'inscription sera clos le samedi 20 mars 1897. Pour tous renseignements, s'adresser au bureau des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu.

— Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897 devant l'École de médecine de Rennes pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Un concours, pour la nomination à quatre places d'internes en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 18 décembre 1896. Les épreuves commenceront à neuf heures du matin, à l'Hospice général, salle des séances.

Le registre d'inscription, ouvert à la Direction, enclave de l'Hospice général, sera clos le 25 novembre.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Regaud est nommé chef des travaux d'anatomie générale et d'histologie.

M. le docteur Bert est délégué dans les fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Descamps, pharmacien de première classe, est nommé préparateur, chargé de la direction des travaux pratiques de chimie.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de ladite École.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Lautier est institué chef des travaux de physiologie.

— Pour répondre au vœu qui lui en avait été si souvent exprimé et auquel il lui avait été impossible, jusqu'ici, de donner satisfaction, la section de médecine de l'Association des étudiants de Paris vient d'organiser pour Paris et la banlieue deux services d'une utilité incontestable, l'un de remplacements de médecins, l'autre de garde auprès des malades.

Ces deux services sont confiés à des étudiants en médecine pourvus du nombre d'inscriptions suffisant.

Ils fonctionnent depuis le 1er octobre sous la direction du président de la section à l'Association des étudiants, 41, rue des Écoles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chalamet (de Loriol), Gey, conseiller général de l'Oise ; Lebreton (de Pleyben), ancien député ; Lefèvre (de Zembrah) ; Voguet (de Fagnon) ; et de M. Triphon Keskineff, étudiant en médecine de la Faculté de Nancy.

— M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, reprendra à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, ses entretiens cliniques de gynécologie, le samedi 24 octobre, à 2 heures de l'après-midi, et les continuera les mardis et samedis à la même heure.

Se faire inscrire les mardis, jeudis et samedis, de deux heures à trois.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 120. — MARDI 20 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 20 OCTOBRE 1896. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 octobre 1896.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Catrin (du Val-de-Grâce) avait déclaré que la méthode de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, proposée par M. Widal, lui avait donné des résultats démontrant son excellence. Aujourd'hui (16 octobre), il communique sa statistique en l'accompagnant d'intéressants commentaires. Vingt-cinq fois il a fait cette recherche dans des cas où il ne s'agissait pas de la fièvre typhoïde et le résultat a été négatif; soixante-douze examens faits avec du sérum sanguin pris à des malades atteints réellement de fièvre typhoïde, ont, au contraire, donné des résultats positifs. La valeur clinique de la méthode lui paraît donc certaine. Toutefois, avec des fièvres typhoïdes très légères, la réaction peut manquer, ainsi qu'il l'a vu deux fois. Du reste, d'une façon générale, cette réaction est d'autant plus nette que la fièvre typhoïde est plus grave et *vice versa*, sans qu'on puisse cependant, dès maintenant, baser sûrement le pronostic sur ce fait. M. Catrin a vu la réaction se produire dès le quatrième jour de la maladie. Il insiste avec raison sur les avantages de cette méthode; il vaut beaucoup mieux, non seulement pour le pronostic, mais même pour le traitement, savoir si réellement on a affaire à une fièvre typhoïde. Des accidents graves d'hémorragie ou de perforation intestinale surviennent quelquefois parce que des cas de fièvre typhoïde légère, de typhus ambulatorius ont été méconnus, et que l'alimentation ordinaire a été maintenue ou reprise trop vite; avec le séro-diagnostic, ces erreurs de conduite ne seraient plus à craindre.

M. Thibierge présente un malade qui porte à la peau de la jambe une plaque indurée, lisse et brillante, donnant assez nettement l'idée d'une plaque de sclérodermie au début, moins bien limitée, cependant, et sans cercle violacé au pourtour. Des indurations semblables se produisent parfois chez des malades ayant eu de la phlegmatia alba dolens ou de la phlébite variqueuse; elles résulteraient peut-être d'un trouble trophique consécutif à la névrite provoquée par la lésion des veines.

A ajouter à la liste des accidents produits par l'antipyrine, qui en a déjà tant à son actif : M. Dalché a vu chez un malade des vésicules confluentes et même phlycténoïdes, se produire sur la langue et le voile du palais, après l'ingestion d'une dose assez faible de ce médicament; chez un autre, des vésicules, précédées de démangeaison, se montraient au nez, au doigt et au scrotum, après la prise d'une petite quantité du médicament. Enfin, chez une jeune fille, c'étaient des douleurs gastriques extrêmement intenses, qui rappelaient celles de l'ulcère rond.

Avis aux buveurs de cidre : ne le mettez pas à rafraîchir dans des pichets d'étain, sans vous inquiéter si cet étain ne renferme pas une quantité de plomb assez considérable. M. Rendu a vu un jeune homme et sa sœur être pris, à quelques jours d'intervalle, d'accidents graves dont la nature restait des plus obscures : fatigue, constipation, maux de tête, coliques sèches, irritabilité, insomnie, crampes d'estomac violentes, douleurs rappelant les coliques hépatiques, teinte subictérique, amaigrissement.

Chez un peintre en bâtiment, de semblables accidents feraient immédiatement penser à l'intoxication saturnine; chez des personnes vivant dans leur propriété à la campagne, on n'en arrive pas si facilement à ce diagnostic. Ce qui y a amené M. Rendu, c'est que le frère et la sœur étaient seuls à boire du cidre qu'on faisait rafraîchir pendant la nuit dans des pichets qu'on croyait en étain pur; or, ils avaient été récemment étamés avec un alliage que l'analyse a démontré renfermer près de 30 p. 100 de plomb. Le plomb se dissolvant facilement sous forme de malate ou d'acétate avait amené, en une quinzaine de jours, l'ensemble des accidents énumérés plus haut. La cause connue et supprimée, la guérison fut rapide. Semblable intoxication ne se produirait-elle pas de temps en temps dans les régions de Normandie où les pichets de ce genre sont d'un usage commun?

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BERGER.

Observation d'un corps étranger du rectum.

Par M. Albert MOUCHET,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie des hôpitaux.

Les corps étrangers du rectum ne sont point absolument rares; mais celui dont nous rapportons ici l'histoire a pré-

senté quelques particularités qui nous semblent dignes d'être mentionnées.

Le 21 septembre 1896, un homme de quarante-sept ans, marié, exerçant le métier de chiffonnier, entrait à la Pitié dans le service de notre maître, M. le professeur Berger, pour une tumeur abdominale qui l'empêchait de continuer son travail. Avant de répondre à une seule de nos questions, le malade désigne spécialement le côté droit de son abdomen à notre exploration : la palpation de cette région nous fournit immédiatement des signes physiques d'un caractère si insolite que notre interrogatoire devient plus pressant. Nous apprenons alors que cet individu s'est introduit, *il y a trois semaines*, un manche à balai dans le rectum, dans le but de « se donner la fièvre » (ce sont ses propres paroles) et de pouvoir ainsi se reposer pendant quelque temps. Nous sentons dans tout le côté droit de l'abdomen, sur le bord externe du muscle grand droit, au siège normal du côlon ascendant, une tumeur allongée, large de deux doigts, facile à mobiliser dans le sens latéral, dirigée obliquement de haut en bas, de droite à gauche et d'avant en arrière. La surface en est lisse, parfaitement régulière ; la consistance dure, vraiment « ligneuse ». L'extrémité supérieure, arrondie, mousse, s'élève à deux travers de doigt sous le rebord costal droit sur la ligne mammaire ; elle fait une saillie très nette sous les téguments à la simple inspection. La partie inférieure de la tumeur devient de plus en plus profonde et semble tout en bas se perdre dans le petit bassin.

Cette palpation de l'abdomen n'éveille aucune sensibilité ; les anses intestinales ne sont pas distendues ; la paroi ne se défend pas, elle est souple et se laisse très facilement déprimer.

En somme, l'examen du malade nous permet de croire à l'existence d'un corps étranger, mais pour un corps introduit par le rectum, son siège dans le côté droit de l'abdomen nous semble étrange. Cependant il n'y a plus à douter quand le toucher rectal nous fait arriver à 2 centimètres de l'anus sur la surface de section nette d'un cylindre de bois que les doigts contournent aisément.

Séance tenante, à l'aide de trois doigts introduits aisément par l'anus complaisant du malade, le corps étranger est extrait avec la plus grande facilité. Il s'agit bien d'un *morceau de manche à balai d'une longueur de* 31 *centimètres et d'une circonférence de* 9 *centimètres.*

Nous ne voulons retenir de ce fait que deux particularités intéressantes : l'*absence de troubles fonctionnels* et la *saillie* formée par le corps étranger dans le *côté droit de l'abdomen.*

L'individu affirme de la façon la plus formelle que l'introduction du manche à balai date du 1er septembre et bien qu'il ne nous avoue point le véritable motif de cette introduction, motif lubrique évidemment, nous n'avons pas de raison pour douter de ses renseignements, puisqu'il ne présente aucun trouble mental. Du reste, l'entourage du malade fait remonter à la même époque le début de ses malaises. Voilà donc un corps étranger, lisse, il est vrai, mais assez volumineux, de longueur très notable surtout, qui a séjourné trois semaines dans le rectum, sans causer aucun accident ! Les troubles fonctionnels étaient si peu prononcés que l'individu a pu aller et venir comme d'habitude, tout en se voyant obligé d'interrompre son travail. Il était gêné surtout par une constipation opiniâtre, malgré les nombreuses purges qu'il s'était administrées dans le but d'expulser son corps étranger. A la suite de ces purgations, il rendait des matières liquides et, dans l'intervalle, quelques petites boulettes seulement de matières fécales.

Il n'a eu, à aucun moment, d'écoulement de sang ou de mucus par l'anus, il éprouvait en revanche de la difficulté à uriner et la miction n'était possible que pendant les efforts de défécation. Enfin il avait quelque peine à rester assis sur son séant ou à marcher pendant un certain temps. En somme, pas de troubles fonctionnels notables, conservation de l'appétit, intégrité de la santé générale. Les suites de l'extraction ont été des plus simples ; le malade, soumis au repos et à la diète lactée pendant deux jours, a pu quitter l'hôpital le surlendemain.

Ce qui est plus singulier, ce qui est même anormal dans cette observation, c'est la saillie formée par le corps étranger dans le côté droit de l'abdomen. On devait s'attendre à la rencontrer plutôt à gauche, puisque le corps étranger occupait tout le rectum et une partie du côlon pelvien.

Il faut donc admettre ou bien que l'anse formée par le côlon pelvien occupait chez cet individu une situation anormale dans l'abdomen — le fait est rare, mais il est connu des anatomistes — ou bien que ce côlon pelvien, normalement situé, mais très mobile et pourvu, comme on le sait, d'un méso très long, a pu, sous l'influence du corps étranger, se redresser et remonter dans le flanc droit, au-devant du côlon ascendant.

Quoi qu'il en soit de l'une ou de l'autre hypothèse, nous n'avons trouvé dans aucune des observations de corps étrangers du rectum que nous avons lues, une saillie nettement formée par l'un d'eux dans le flanc droit, et c'est, avec sa parfaite innocuité, l'une des particularités qui nous ont engagé à publier l'histoire de ce manche à balai.

UN CAS D'ÉREUTROPHOBIE OBSÉDANTE

Par M. le docteur A. Breton (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il nous a été donné de suivre depuis deux ans un cas curieux de cette maladie étudiée par MM. Pitres et Régis.

Le sujet est une dame d'une quarantaine d'années environ. Sa phobie a de qui tenir, car son hérédité familiale est chargée.

Sa mère était une personne très nerveuse, impressionnable et surexcitable à l'excès.

Son père, au contraire, un homme très calme et très pondéré. Il y a peu à signaler du côté paternel. Il n'en est plus de même du côté maternel. Sa grand'mère maternelle était également très surexcitable. Un de ses oncles est atteint de diverses phobies. Il redoute de se faire couper les cheveux. En se mettant à table, il a peur de s'y trouver malade. D'où la conséquence de ne jamais accepter une invitation à dîner au dehors, même chez ses meilleurs amis. Si, par malheur pour lui, il lui faut déroger à cette règle de conduite, il est pris d'angoisse violente en s'asseyant à table, et ressent une vive constriction de la gorge et de l'estomac, l'obligeant à se retirer, ou le mettant dans l'impossibilité de prendre part au repas, s'il ne peut quitter la maison.

Un oncle paternel est mort fou, sans que le genre d'aliénation mentale puisse être précisé par sa nièce.

Deux tantes maternelles sont restées filles et sont mortes maniaques, passant aux yeux de tous pour des originales, et n'ayant d'autre occupation que de rester cloîtrées chez elles à regarder dans la rue, mais derrière des persiennes sans cesse closes.

Le frère de cette malade est aussi éreutrophobe, sans

qu'il ait été permis d'établir si cette phobie du frère et de la sœur a été, au moins au début, une phobie à deux.

Telle est la généalogie nerveuse de la malade dont voici l'observation détaillée.

Disons de suite qu'il n'a été relevé chez elle aucun stigmate d'hystérie, non plus qu'aucun signe physique de dégénérescence.

Avant d'arriver à cette peur de rougir, qui harcèle sans répit son existence, cette dame en a éprouvé d'autres qui se sont succédé, ou mieux se sont substituées les unes aux autres.

Elle fut prise d'abord de la peur des espaces. Jamais elle n'aurait voulu habiter l'étage quelconque d'une maison. Son appartement fut toujours situé à un rez-de-chaussée. Jamais elle n'eût consenti à se promener sur un balcon, ni à s'accouder à une fenêtre, même peu élevée. Cette peur est maintenant presque complètement passée.

Toutefois, la malade, qui a conscience de son état antérieur, évite, autant que faire se peut, les occasions qui pourraient, dit-elle, faire renaître les sensations pénibles déjà éprouvées en pareil cas. Quelle que fût la hauteur à laquelle elle se trouvait, elle se sentait attirée dans le vide et aurait pu s'y précipiter. C'est au point qu'assistant une fois à une représentation de l'Opéra-Comique, elle dut quitter sa place. Elle occupait un fauteuil de deuxième galerie. La peur de se lancer dans la salle, l'a contrainte à quitter le théâtre. Elle ne l'eût point fait, ajoute-t-elle, si une porte de sortie avait été auprès d'elle.

En 1888, elle fut obsédée par la peur de devenir folle. Cette crainte lui était venue, de ce qu'une de ses amies, demeurant dans la même ville, le devint subitement.

L'obsession dura trois ans. Elle en fut distraite, puis guérie, par les projets de mariage de sa fille, qu'elle réalisa à son grand contentement.

Depuis deux ans que cette cliente est en observation, l'éreutrophobie est devenue la torture de tous ses instants. Cette peur, bien qu'ancienne, était atténuée par d'autres phobies, ou plutôt leur cédait la place, si bien que la malade y prenait moins garde. Elle en fait remonter le début à son enfance et surtout à son adolescence, époque où déjà elle en fut fort inquiétée et préoccupée.

Le phénomène se caractérise par une rougeur congestive de la face, dont l'accentuation de la teinte varie d'un rouge vif à un rouge violacé. Elle est d'autant plus prononcée que la malade en a plus conscience, éprouve plus la peur de rougir. En même temps, elle se sent prise d'angoisse précordiale violente, de constriction épigastrique, phénomènes dont l'intensité va de pair avec celui de la rougeur. C'est ainsi que se caractérise l'accès, dont la durée est variable, mais a toujours une période minima de quelques minutes. Le retour des accès, leur fréquence, leur intensité et leur durée sont très variables, suscités par des causes infimes, comme nous allons le voir. A la suite de la crise, la rougeur disparaît insensiblement et le visage reprend son teint normal. Dans cette phobie, la malade distingue elle-même deux variétés de peur. D'abord celle de rougir ainsi sans motif et ensuite celle, qu'étant rouge, elle ne se fasse remarquer. Bien souvent cette dernière suscite la première et le phénomène se reproduit sans autre cause que l'impression purement psychique de la malade. Lorsqu'elle est seule, la malade essaye de se raisonner sur cette peur qu'elle traite de ridicule, et tout en discutant *in peto* les meilleures raisons qu'elle peut avoir de s'en distraire, elle se surprend le plus ordinairement dans une crise.

Cet état l'obsède au point qu'elle se plaint d'être fatiguée de penser, et comme elle aurait honte d'en faire part à qui que ce fût, elle se concentre en elle-même. Aussi, parlant de son état mental, se compare-t-elle volontiers « à un cheval toujours prêt à se cabrer », car, essayant de réagir et de lutter, elle se sent défaillir sans cesse et en éprouve une grande mortification morale. Depuis deux ans qu'elle se soigne pour ce cas particulier, jamais elle n'a osé avouer à son mari le motif légitime de son traitement.

La rougeur se manifeste aussi bien quand elle se trouve en présence d'étrangers, d'amis intimes, que de son mari. C'est ainsi que l'arrivée subite de ce dernier dans l'appartement, sa rencontre fortuite dans une rue, lui causent un accès. « C'est absurde, dit-elle, mais plus fort que moi. »

Cette personne, très intelligente d'ailleurs, et tenant un rang dans la société de sa résidence, cherche par tous artifices possibles à déguiser ce qu'elle appelle « sa manie ».

Elle ne fréquente que les rues désertes, les voies qu'elle sait ou croit être vides de monde, ou à peu près, à certaines heures du jour. Elle pourrait, en effet, y rencontrer des personnes de connaissance dont la vue causerait son tourment. Pour sortir, elle se poudre le visage fortement, se couvre d'une voilette très épaisse, que jamais elle ne relève. Dans un salon, elle arrive la première, afin de n'y rencontrer personne ; de même dans une soirée ou un dîner. Non seulement elle désire n'y point rencontrer d'invités avant elle, afin de se soustraire aux salutations et présentations d'usage, mais aussi elle tient à choisir elle-même sa place. Elle la prend toujours à contre-jour, tournant le dos aux fenêtres, ou se mettant dans l'ombre par rapport aux lumières. En cas contraire, elle perd toute assurance, et passe par une série de crises nombreuses suscitées par le motif le plus futile. Ceci explique pourquoi les sorties de cette malade se font de préférence à la nuit tombante ou le soir.

Souvent la peur de rougir la retient à la maison, alors même que des affaires pressantes l'appellent au dehors. C'est qu'en effet, cette dame reconnaît d'elle-même, sans se l'expliquer, qu'à certains jours, elle est plus prédisposée à ses crises, et surtout plus faible pour leur résister.

Dès qu'une personne a été le motif d'un accès, sa vue, sa rencontre causeront toujours le même phénomène. Bien plus, la crainte de rencontrer ladite personne, empêchera la malade de sortir à certaines heures, de passer en tels endroits, de se rendre chez tels amis, de peur de l'y rencontrer et de ne pouvoir se soustraire aux conséquences de sa présence.

Souvent aussi, de penser qu'en sortant elle est susceptible de rencontrer le sujet de sa crise, celle-ci se manifeste. Dans certains cas, elle se maîtrise assez pour atténuer ou empêcher le phénomène de se produire en présence de la personne qui le provoque ordinairement. Mais alors l'accès n'est que retardé. Elle rougit ensuite au seul souvenir qu'elle aurait pu le faire en sa présence. Si par hasard on lui fait l'observation de cette rougeur, ou si on lui en demande le motif, l'accès est alors très violent, l'angoisse paroxystique et désormais celui qui lui a fait ces remarques fera sans cesse éclore les mêmes désordres avec pareille intensité. S'agit-il de se promener, elle discute le plus ou moins de chance qu'elle a de rougir, interroge l'état du ciel pour savoir si elle peut porter soit un parapluie, soit une ombrelle. Ces objets à la main lui donnent de l'assu-

rance, car au moment d'une rencontre malheureuse pour elle, elle pourra, pense-t elle, se garantir des regards indiscrets, ou du moins se mettre dans l'ombre ou dans un jour favorable à l'atténuation.

De cet état découle un vrai tourment moral. Elle se demande avec appréhension comment sera interprétée cette rougeur subite et intense, et quelles pourront en être les conséquences. Ce n'est point là également la moindre de ses alarmes et c'est le plus puissant motif qui l'oblige à chercher un remède.

Le traitement suivi est de deux ordres : d'abord moral, consistant à faire bien comprendre l'inanité de ses craintes, de ses peines; l'appel constant à sa raison et à sa volonté pour surmonter ses répugnances à paraître au grand jour, à aborder les visages causant ses alarmes. Puis, médication tonique et sédative par les douches, le bromure. Cessation absolue de l'usage des excitants dans le régime alimentaire.

Revue en juillet, la malade accusait du mieux. Ses accès sont devenus moins fréquents et moins violents. Elle peut rencontrer avec plus d'aisance les personnes autrefois si redoutées. Elle se sent plus forte pour surmonter les crises, mais malheureusement elles persistent et à certains moments, ceux des règles en particulier, elles ont leur intensité primitive.

Si la malade était persuadée de l'incurabilité de son cas, elle serait capable d'attenter à ses jours, tant l'obsession lui est parfois pénible à supporter.

Des causes fortuites peuvent d'ailleurs changer le cours de la phobie. Au moment de l'accouchement récent de sa fille, elle était tourmentée, jusqu'à l'obsession, par la crainte d'une embolie mortelle chez la parturiente, ayant entendu parler de phlegmatia et de mort subite en de pareils moments, chez les femmes en couches.

Tel est l'exposé d'un fait clinique intéressant en pathologie mentale, mais désespérant au point de vue d'une guérison radicale.

SIMPLIFICATION

DANS LA CONFECTION DES CORSETS PLATRÉS

Par le docteur F. GENDRON (de Bordeaux).

La technique de l'application des appareils plâtrés destinés aux différentes affections du rachis est trop connue pour qu'il soit nécessaire de l'exposer ici. Je veux seulement mentionner un procédé facile et peu coûteux pour faire séance tenante des appareils amovibles. Et cela, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à un ouvrier quelconque pour les achever.

Un appareil étant fait par l'enroulement des bandes plâtrées et sectionné sur la ligne médiane antérieure pour en permettre l'ablation et la remise en place à volonté, il faut nécessairement, pour le fixer, munir les bords de la section de boucles et de courroies ou de crochets, d'œillets quelconques. C'est là le travail complémentaire qui ne peut pas être fait par le chirurgien et que j'évite de la manière suivante : J'ai fait faire des lamelles de zinc de 1 millimètre d'épaisseur, 3 centimètres de largeur et une longueur quelconque dans laquelle on coupe la quantité nécessaire pour correspondre à la hauteur du corset plâtré. Les lamelles présentent, à intervalles réguliers de 2 centimètres, des découpures incomplètes, faites avec un emporte-pièce spécial. Ces découpures se relèvent verticalement du plan de la surface du zinc à laquelle elles tiennent encore par une extrémité. Ainsi se trouve constituée une série d'épines mousses, desquelles il est facile de faire de véritables crochets en les rabattant en dehors.

Une lamelle centrale sert de point d'appui et de protection pour faire la section au couteau sur la ligne médiane. Les deux lames décrites plus haut sont placées pendant la confection de l'appareil et sensiblement dans le milieu de son épaisseur, à quelques centimètres à droite et à gauche de la ligne de section. Puis on continue l'enroulement des bandes dans lesquelles s'implantent les épines demeurées verticales. L'enroulement terminé, il n'y a plus qu'à rabattre en dehors ces épines pour avoir une série de crochets solidement fixés, par leur forme même, dans les deux bords libres de l'appareil. Un lacet solide servira de moyen de réunion et de fixation, en laissant toute la latitude utile pour le bien-être du malade et sa bonne immobilisation.

L'appareil achevé est orné d'une bordure en haut et en bas prise avec le jersey renversé, qu'il est d'usage d'interposer entre le sujet et l'appareil. A défaut du jersey, on peut employer une bande de toile préalablement placée sous les premiers tours de bande et rabattue sur les derniers, auxquels elle reste adhérente.

Sans que ce moyen d'attache soit supérieur à tout autre, il m'a paru devoir faciliter l'application des corsets amovibles, préférables, pour les malades soustraits à la surveillance du chirurgien, aux appareils inamovibles qui les exposent souvent à des complications consécutives.

VARIÉTÉS

Universités allemandes (1).

Le Français qui, voyageant en Allemagne, commence par parcourir cette belle terre d'Alsace, autrefois française, et sur laquelle tant d'illustrations profondément françaises ont trouvé leur berceau ou leur tombe, sent se réveiller, dans son âme, l'ardeur de son patriotisme et voit surtout dans le citoyen de l'empire allemand le favori de la force. C'est donc l'ennemi. Mais on doit la justice à ses ennemis.

On a dit que le maître d'école allemand avait été le vainqueur à Sadowa; on a eu l'occasion de le répéter. J'ignore ce que vaut l'assertion, mais j'y vois l'affirmation qu'en Allemagne le souci des choses de l'enseignement y marche de pair avec le souci des choses de la guerre.

Nulle part, peut-être, la démonstration de cette tendance d'esprit n'apparaît plus clairement qu'à Strasbourg. Dans cette ville qui, géographiquement, n'est pas faite pour les œuvres de la paix et dans laquelle on rencontre à chaque pas le soldat allemand, une ville nouvelle a été créée à côté de la ville ancienne, et l'on y voit, à l'extrémité d'une longue avenue, l'Université, occupant un palais magnifique, tandis qu'à l'autre extrémité se dresse le palais de l'empereur. Et lorsque ce souverain, qui croit à sa mission divine, même en parlant de l'épée allemande, s'en vient périodiquement sur cette terre récemment conquise, il peut voir, par les fenêtres de cette antichambre où il fait déposer tous les drapeaux des régiments de Strasbourg, le palais de l'Université, tandis que, comme pour marquer encore la signification de cet arrangement symétrique, de chaque côté de cette avenue se dressent deux palais, l'un pour les représentants de l'Alsace-Lorraine, l'autre pour la Bibliothèque.

(1) *Nouveau Montpellier médical*, 1896, p. 781.

Cette expression de palais, attribuée à des édifices universitaires, pourra paraître exagérée, elle n'étonnera pas ceux qui ont vu ces luxueux bâtiments, où n'ont été ménagés ni le marbre, ni les peintures, ni les boiseries.

Le luxe et la solidité de ces nouvelles constructions universitaires se retrouvent dans d'autres parties de l'Allemagne, même dans celles où se fait sentir le moins l'influence de l'Empire. C'est ainsi que la Bavière est en train d'abandonner le vieux bâtiment de l'Université de Wurtzbourg pour lui substituer un magnifique édifice encore inachevé. Et si l'on compare la distance qui sépare ces nouveaux palais universitaires des vieilles constructions comme celle de l'Université de Heidelberg, on ne peut manquer de faire ressortir l'avantage du présent et de penser que cette distance est la mesure du progrès accompli. Mais on aurait tort de voir les choses d'une façon si absolue, et d'oublier qu'en France, aussi bien qu'en Allemagne, les installations et les outillages scientifiques ont été profondément remaniés depuis vingt ans. D'ailleurs, en fait d'Universités allemandes, tout n'est pas à admirer en bloc, et les splendeurs de l'Aula d'Heidelberg ont quelque peine à faire oublier les couloirs humides et l'escalier modeste qui y donnent accès.

Ce que l'on appelle le palais de l'Université offre généralement peu d'intérêt pour le médecin, puisque la Bibliothèque ne s'y trouve pas, et les laboratoires non plus.

La Bibliothèque occupe d'ordinaire tout un bâtiment, dans lequel sont réunies toutes les sections. Cette réunion est moins commode que ce que nous avons en France avec notre section de médecine installée près de nos laboratoires. Elle n'a que l'avantage, un peu illusoire, de parler à l'imagination des visiteurs, auxquels on peut montrer, comme à Strasbourg, les 700,000 volumes composant la bibliothèque universitaire, parmi lesquels d'ailleurs on peut voir la collection des thèses de Montpellier et notre *Montpellier médical*. A une rapide visite de ces bibliothèques, deux choses d'importance très inégale frappent d'emblée l'attention : c'est d'abord la disposition des volumes toujours accessibles à la main, sans intermédiaire d'échelles, et, ce qui est autrement important que cette commodité d'arrangement, la disposition des manuscrits ou des livres rares placés ouverts sous des vitrines et qui, par suite, sont exposés ainsi constamment aux regards de tous, sans danger de détérioration. C'est là un exemple dont, à Montpellier plus qu'ailleurs, on devrait profiter, puisque notre bibliothèque de la Faculté de médecine est célèbre, dans le monde entier, par ses manuscrits précieux et ses livres rares.

Que dirai-je des salles de lecture des bibliothèques allemandes? A Strasbourg, c'est étincelant de marbre et d'or, à Heidelberg c'est une étroite et pauvre pièce comme n'en possède pas la plus modeste de nos Universités : il n'est que juste d'ajouter qu'on se soucie peu en Allemagne de montrer ce qui est défectueux, et que, pour voir la pauvre salle de lecture de l'Université d'Heidelberg, il faut en manifester avec insistance le désir.

Mais, ni le palais de l'Université, ni la bibliothèque ne dénotent la Faculté de médecine. Pour la voir et la comprendre, il faut se transporter dans le quartier des Instituts. Là, sont réunis, de part et d'autre d'une longue rue, une série de bâtiments affectés chacun à un enseignement : institut d'hygiène, institut d'anatomie pathologique, institut de physiologie, clinique des maladies des enfants, clinique des maladies des yeux, clinique médicale, etc., etc. Ce groupement mérite d'être remarqué, car il a pour but de placer la clinique à côté du laboratoire, et de permettre ainsi à l'étudiant d'entrer à l'institut d'anatomie ou à celui de physiologie par exemple, en sortant de la clinique; ce groupement montre aussi la parenté de la clinique et du laboratoire, que quelques esprits méconnaissent cependant encore.

D'une façon générale, ces instituts sont très spacieux et ne paraissent pas encombrés d'un matériel inutile; pour que le directeur et les assistants puissent y travailler commodément, un logement leur est d'ordinaire aménagé.

En ce qui concerne les cliniques allemandes, on s'étonne souvent, et on le fait parfois avec une complaisance admirative, que de petites villes comme Heidelberg, qui a 20000 habitants, puissent donner un nombre suffisant de malades pour les cliniques; le fait ne comporte ni l'étonnement, ni l'admiration, il est simplement le résultat d'une bonne organisation : les cliniques universitaires sont considérées, dans chaque État de l'empire, comme constituant un centre hospitalier où sont adressés tous les malades intéressants. La petite ville d'Heidelberg aurait, en effet, quelque peine à suffire à ses cliniques si elle ne recevait des malades de tout le pays de Bade.

Les musées anatomiques se font remarquer par l'abondance de pièces fraîches bien conservées, bien étiquetées, bien classées, représentant les lésions les plus banales et les plus rares. Comme en France, ces musées sont ouverts au public, et, comme chez nous, le militaire en est l'ordinaire visiteur.

Les universités allemandes apparaissent à l'étranger comme des cadres magnifiques ou des décors brillants, au milieu desquels doivent évoluer les professeurs et les élèves. Le professeur allemand occupe dans sa ville un rang élevé, il peut d'ailleurs être, dans les vieilles universités, tout au moins, honoré du titre de conseiller; il est décoré, mais ne porte pas de ruban. Son traitement élevé, joint à la rétribution des élèves, lui permet de faire bonne figure dans le monde; ses travaux trouvent une juste récompense dans l'empressement avec lequel des universités plus importantes le recherchent et se l'attachent. Lui-même est convaincu de la grandeur et de l'utilité de son rôle, il se sent quelque chose dans l'État; et dans ce pays, qu'on nous représente comme une grande monarchie militaire, il reste le vainqueur de Sadowa.

L'étudiant allemand ne fait pas toutes ses études dans la même université, il s'en va de l'une à l'autre, suivant l'attrait qu'exerce sur lui un enseignement réputé, quelquefois le charme d'une contrée, d'autres fois, les conventions du monde ou les nécessités de la vie : Heidelberg doit à sa situation sur les bords du Neckar d'être, pendant la belle saison, peuplé d'étudiants, qui s'en vont ensuite chercher les distractions de l'hiver dans quelque grande ville allemande. L'Université de Bonn se recrute dans les milieux aristocratiques, parce qu'elle a compté Guillaume II parmi ses élèves, et Berlin reçoit des étudiants pauvres cherchant la grande ville pour y vivre obscurément. La Faculté de médecine de Strasbourg est la moins favorisée au point de vue du nombre de ses élèves.

L'un des facteurs importants de la force des universités allemandes est certainement leur rivalité. Subventionnées par des États différents, rivaux les uns des autres, elles cherchent à attirer à elles la foule des étudiants par l'autorité et l'éclat de leur enseignement. Si c'est cette rivalité qui fait leur force, nous pouvons regarder ces universités sans envie, puisque notre loi française sur les universités contient en germe la rivalité des écoles, et encourage celles qui y réussissent. A ne voir les choses que par le dehors, en considérant les bâtiments universitaires allemands, il peut sembler que l'Allemagne ait sur nous une extraordinaire avance avec son merveilleux outillage universitaire, avec ses instituts spacieux, où le méthodique esprit allemand peut poursuivre ses patientes recherches, mais quoi qu'on en ait dit, le génie n'est pas toujours qu'une longue patience, et l'esprit français n'a pas encore abdiqué. D'ailleurs on ne doit pas oublier que la médecine contemporaine est dominée par les noms de Pasteur et de Virchow, et que c'est bien avant la période des vastes constructions universitaires

qu'ils ont créé par leurs travaux, l'un une science, l'autre une doctrine, qui constituent le fondement de la médecine.

DUCAMP.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert aujourd'hui lundi 19 octobre. La question écrite a été : « Origine et tronc de la veine porte. — Perforations intestinales. »

— Les jurys des concours pour la médaille d'or sont provisoirement ainsi formés :

Médecine. — MM. Fernet, Gilles de la Tourette, Gingeot, Hirtz, Tuffier.

Chirurgie. — MM. Th. Anger, Auvard, Bazy, Empis, Quénu.

— Par décret, en date du 10 octobre 1896, M. le docteur Marotte a été nommé médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Pehu, Roubion, Bonnet, Fayolle, Gondrand, Laroyenne, Prothon, Hugot, Berchou, Carle, Molin, Roget, Lépine, Carrel-Billard, Levet et Comte.

Internes provisoires : MM. Lesieur, Pinatelle, Vial, Mazerand, Viaunay, Carrez, Moyroud, Manuelidès, Termier, Bayle, Vallin, Sgourdeos, Cousin, Magnet, Bouroud, Tolot, Gautier et Mayoud.

— Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897 devant l'École de médecine de Dijon pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béranger (de Niort), Auguste Croux, médecin-major de deuxième classe, décédé, à l'âge de trente-cinq ans, à Lao-Kay (Tonkin); François, de Trémery (près Metz).

— *Faculté de médecine de Paris.* — ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897. — Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1896 :

COURS. — Chimie appliquée à la médecine : M. Gautier. Applications de la chimie générale à la médecine. Mardi, jeudi, samedi, à midi (grand amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie : M. Farabeuf. Abdomen et bassin. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Histologie : M. Mathias-Duval. Les épithéliums et les glandes; la peau et les organes des sens; les muqueuses; le foie; le rein; les éléments de la génération. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Physiologie : M. Richet. Fonctions de nutrition, de respiration et de circulation. Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue (M. Ricard, agrégé, suppléant). Bassin et organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie médicale : M. Debove. Maladies de l'appareil digestif. Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée : M. Straus. La bactériologie dans ses applications à la médecine; technique bactériologique; principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale à l'École pratique).

Anatomie pathologique : M. Cornil. Anatomie pathologique des organes de la circulation et de la respiration. Lundi, vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté); mercredi à deux heures (École pratique).

Thérapeutique : M. Landouzy. Des indications thérapeutiques et des médications au cours des affections de l'appareil respiratoire (phtisie pulmonaire). Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Pharmacologie et matière médicale : M. Pouchet. Étude des modificateurs du système nerveux : I. Antispasmodiques; II. Modificateurs du système nerveux périphérique; III. Modificateurs névro-musculaires; IV. Sédatifs et stimulants de l'action nerveuse : excitateurs et modérateurs réflexes; V. Modificateurs intellectuels. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie. Bibliographie et biographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Conférences de médecine légale : M. Brouardel. Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures (à la Morgue).

CLINIQUES. — Cliniques médicales : M. Potain. Mardi, samedi, à dix heures (à la Charité). — M. Jaccoud. Mardi, samedi, à neuf heures et demie (à la Pitié). — M. Hayem. Mardi, jeudi, samedi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy. Mercredi, à neuf heures et demie; samedi à dix heures (à l'Hôtel-Dieu).

Cliniques chirurgicales : M. Duplay. Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Le Dentu. Mardi, vendredi (à l'hôpital Necker). — M. Tillaux. Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Charité). — M. Berger. Lundi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Joffroy. Mercredi, samedi, à neuf heures et demie (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé de cours). Mardi, samedi, à quatre heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Fournier. Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux : M. Raymond. Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique : M. Panas. Lundi, vendredi, à neuf heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires : M. Guyon. Mercredi, samedi, à neuf heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements : M. Tarnier. Mardi, samedi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, rue d'Assas). — M. Pinard. Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

TRAVAUX PRATIQUES. — Chimie biologique : M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Manipulations de chimie biologique; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi, samedi, de huit heures à dix heures et demie (École pratique).

Anatomie : M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Dissection; démonstrations par les prosecteurs et aides d'anatomie. — Tous les jours, de une heure à quatre heures (École pratique).

Anatomie pathologique : M. Brault, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique; conférences et démonstrations. Tous les jours, à deux heures (laboratoire des travaux d'anatomie pathologique). — Des affiches spéciales feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

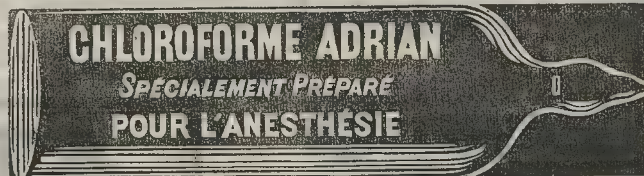
— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



V.N.I.O



CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : c'est d'abord un rapport de M. Debove sur un travail de MM. Gilbert et Fournier relatif à la maladie des perruches et à la psittacose humaine. On se rappelle tout le bruit qui s'est fait il y a quelques années, en 1892, au sujet de cette maladie, transmissible à l'homme et ayant fait, en quelques semaines, plusieurs victimes. A cette époque, bien que cette transmissibilité parût démontrée cliniquement, il manquait la sanction bactériologique. L'année suivante, en 1893, M. Nocard trouva, dans la moelle osseuse des perruches mortes de cette affection, une bactérie courte, spéciale. Mais jusqu'ici, chez les victimes humaines, on n'avait rien trouvé de semblable. Une nouvelle épidémie de cette affection vient d'être observée par MM. Debove et Gilbert; sur cinq personnes atteintes, deux sont mortes, et, sur l'une d'elles, MM. Gilbert et Fournier ont trouvé, dans le sang du cœur, un microbe présentant tous les caractères du microbe de Nocard.

Il n'y a qu'un fait, mais il semble bien positif et il paraît bien démontré aujourd'hui que la psittacose présente, cliniquement et bactériologiquement, les caractères d'une maladie typhique à allures spéciales (1).

En terminant son intéressant rapport, M. Debove indique quelques mesures prophylactiques propres à prévenir cette redoutable contagiosité de la perruche à l'homme.

A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lancereaux sur l'alcoolisme chez l'enfant, M. Vallin a fait une enquête sur les effets que produisent, chez les enfants au sein, les excès alcooliques des nourrices. Il est d'usage, dans les familles riches, de donner une grande quantité de bière et de vin aux nourrices. Dans plusieurs cas, M. Vallin a pu saisir une relation bien évidente entre ces excès alcooliques des nourrices et certains accidents observés sur leurs nourrissons.

Signalons un rapport de M. Laveran sur un travail de MM. Vincent et Durand sur le paludisme à Madagascar.

M. Reboul (de Nîmes) a communiqué plusieurs faits d'actinomycose observés dans le département du Gard.

M. Queirel (de Marseille) reconnaît, avec M. Hervieux, que la variole règne à l'état épidémique à Marseille. Mais, selon lui, cela ne dépend pas tant de négligences administratives que de la population essentiellement flottante du port de Marseille. Un seul remède : la loi sur la vaccination obligatoire ou, en attendant cette loi, l'obligation pour les étrangers de se faire revacciner.

Passons aux communications d'ordre chirurgical : M. Poncet (de Lyon) a décrit un procédé opératoire des goitres, auquel il donne le nom d'énucléation massive.

Enfin, M. Bazy a décrit une nouvelle opération pour le traitement de l'hydronéphrose, qu'il appelle uretéro-pyélonéostomie ou nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet. Cette opération paraît devoir rendre des services et permettre peut-être, dans une certaine mesure, de restreindre les indications de la néphrectomie.

(1) Voir, sur ce sujet, *Gaz. des hôpit.*, 1896, pp. 925, 937 et 1093.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Dixième Congrès.

Lundi a eu lieu, à deux heures, sous la présidence du professeur Terrier, l'ouverture du dixième Congrès de chirurgie. Sur l'estrade, somptueusement décorée, avaient pris place, de chaque côté du président, M. Bouchard, inspecteur général des Facultés de médecine; M. Brouardel, doyen de la Faculté. Près d'eux, on remarquait MM. Hervieux, président de l'Académie; Bergeron, secrétaire général; Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine; M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz et M. Dieu, médecin-inspecteur de l'armée; le lieutenant-colonel Pratt, délégué du gouvernement britannique; le professeur Kocher (de Berne).

La Russie nous avait envoyé un de ses plus distingués chirurgiens, le professeur de Levchine, conseiller d'État, directeur de la Clinique chirurgicale de Moscou. On remarquait parmi les chirurgiens français MM. Bœckel, Championnière, Defontaine, Delorme (du Val-de-Grâce), Demons, Duplay, Gross, Heydenreich, Monod, Montprofit (d'Angers), Ollier, Peyrot, Poncet, Quénu, Reclus, Ricard, Walther, et beaucoup d'autres notabilités chirurgicales.

Assistaient à cette séance, MM. Monod, directeur de l'As-

sistance publique au ministère de l'Intérieur, et Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris. Au milieu d'un profond silence, M. Terrier prend la parole.

Après avoir rappelé les noms de ceux qui l'ont précédé au fauteuil présidentiel, il fait l'éloge de trois d'entre eux qui ont disparu, Trélat, Verneuil et H. Larrey, puis il entre de suite dans le sujet qu'il s'est choisi : *Des conditions dans lesquelles il faut se placer pour faire de la chirurgie vraiment scientifique*.

La méthode chirurgicale actuelle, celle de l'avenir, c'est l'*asepsie*. M. Terrier rappelle l'origine essentiellement française de cette méthode, née tout entière dans le laboratoire de Pasteur. Asepsier, c'est stériliser tout ce qui sert à opérer ou à panser les blessés. Cette formule, d'une rigueur toute mathématique, doit malheureusement en pratique subir des modifications, car comment stériliser le chirurgien et son malade?

Le chirurgien aseptique est obligé d'abandonner la rigueur de sa méthode; il doit lui substituer, pour une certaine part, une manière de faire moins parfaite, mais pratique; à l'asepsie, il ajoute l'antisepsie.

Mais combien cette antisepsie est difficile à faire!

« Que de manières de se laver les mains! Combien d'antiseptiques n'a-t-on pas conseillé d'utiliser soit seuls, soit successivement, pour antiseptiser la peau des opérés! Parfois j'ai été étonné de la résistance des téguments traités de si dure façon; il est vrai que nombre de fois aussi j'ai pu constater qu'ils étaient en partie dénudés de leur épiderme, ce qui m'a toujours semblé excessif.

Mais si je fais ici cette remarque, c'est non par esprit de critique, mais pour vous bien démontrer que le but à atteindre, la stérilisation des téguments, étant impossible à obtenir, on fait tout ce qu'on peut pour s'en approcher, et quelquefois même on va trop loin.

Pour mon compte, je pense qu'on peut atteindre assez facilement la moyenne de probabilités sur laquelle on peut compter, soit pour antiseptiser le blessé ou le malade, soit pour antiseptiser les mains du chirurgien. Mais encore faut-il que les téguments qu'on antiseptise soient intacts.

Cela va de soi, me direz-vous, pour les mains du chirurgien, et vous avez entièrement raison; toute lésion de ce côté doit interdire l'action chirurgicale; elle devient presque fatalement dangereuse.

Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit du blessé ou du malade, qui peut présenter une lésion septique intéressant ou non les téguments, avec ou sans retentissement général. »

M. Terrier nous montre les chirurgiens recourant aux antiseptiques toutes les fois qu'ils se trouvent en présence de lésions septiques et réservant l'asepsie lorsque les lésions à combattre ne sont pas septiques.

L'orateur rappelle ses communications et ses leçons sur l'organisation des services chirurgicaux. Il demandait la division des services en deux parties, l'une réservée aux blessés non infectés, l'autre aux suppurants.

Pour ceux-ci, on a recours à l'antisepsie. Or, les agents antiseptiques ont une influence bien moindre que celle qu'on se plaisait à leur accorder. Leur action est nulle sur les spores. Pasteur l'a démontré; de plus, elle est très superficielle. Or les foyers septiques présentent autour d'eux une zone assez étendue où les éléments anatomiques sont imprégnés soit de microbes, soit de spores.

Mais non seulement les antiseptiques sont peu efficaces, ils sont également dangereux :

« On constata, en outre, que, lorsque les antiseptiques sont assez énergiques pour détruire ou même simplement modifier la vitalité des microbes, ils agissaient aussi sur les tissus sains et pouvaient même les compromettre d'une façon sérieuse. D'ailleurs, tout le monde sait quel est le peu de résistance d'un certain nombre d'éléments anatomiques et combien de recherches il a fallu faire pour que les liquides salés, des injections dites à tort de sérum artificiel, n'altèrent en rien les éléments anatomiques, c'est-à-dire ne soient pas nuisibles.

Mais les substances antiseptiques ont encore d'autres actions, presque toutes nocives : absorbées par les réseaux sanguin ou lymphatique, elles déterminent des intoxications qui, malheureusement, ne sont plus à démontrer, depuis la remarquable thèse d'agrégation de mon ami, le docteur Félix Brun.

Enfin, leur élimination par l'appareil rénal peut déterminer dans les reins des lésions temporaires ou persistantes d'une gravité absolument exceptionnelle. La fréquence si grande des urines noires, au temps de l'antisepsie listérienne, en était une preuve indubitable sur laquelle il nous paraît inutile d'insister plus longtemps.

Trop souvent, alors que nous utilisions la méthode antiseptique pure, nous constations, après les grandes et graves opérations, des accidents généraux se traduisant par des symptômes d'anurie ou de diminution des urines, avec apparition de l'albumine. Ces accidents qui compromettaient, et à bref délai, la vie de nos opérés, étaient dus évidemment à des causes multiples, mais, parmi ces causes, l'intoxication produite par les antiseptiques et les lésions rénales développées sous leur influence tenaient souvent le premier rang.

Que de fois n'avons-nous pas vu rattacher ces accidents au fameux choc opératoire, que l'on écrivait du reste avec l'orthographe anglaise, *shock*, ce qui, je m'empresse d'ajouter, n'augmentait en rien l'intelligence des faits que nous observions.

En somme, les accidents dus à l'usage et souvent à l'abus des antiseptiques étaient fréquents et étaient dangereux. On s'est donc efforcé de les amoindrir, et pour cela on a d'abord diminué la dose des substances utilisées, puis, peu à peu, et on peut dire tout naturellement, des chirurgiens ont été conduits à les abandonner en grande partie et à utiliser presque exclusivement l'asepsie, qui, elle au moins, ne présente aucun danger. »

M. Terrier nous cite alors le cas de chirurgiens étrangers n'appliquant plus que l'asepsie pure et très exceptionnellement l'antisepsie jadis classique. Il a organisé dans ce but son service hospitalier, bien que, comme dans la plupart des services français, « il y ait une promiscuité parfaite entre les malades ou blessés septiques et les malades ou blessés aseptiques. Du reste, je l'ai dit déjà et m'empresse de le répéter ici, la plupart des administrations hospitalières, même celles qui devraient être les plus éclairées, semblent ignorer absolument les notions les plus élémentaires de l'hygiène hospitalière chirurgicale.

Et cependant, il y a déjà longtemps que cette division des services s'impose; elle est acceptée au moins à Paris pour les services d'accouchement; elle devrait donc exister aussi pour les services de chirurgie : tous ou presque tous les

chirurgiens sont d'accord sur ce point, qui permet d'éviter a moindre contamination, le plus petit accident provenant de la présence d'un malade infecté au milieu d'autres non infectés. »

Après l'exposé de la doctrine, M. Terrier envisage comment peut en être faite l'application.

« Jetons donc ensemble un coup d'œil sur ce que pourrait être l'installation de nos services de chirurgie, quel devrait être leur fonctionnement, quel service pourrait rendre leur personnel. Et surtout, n'insistons pas ou peu sur ce qu'ils sont actuellement, voire même dans les grandes villes.

Un des membres les plus autorisés du Conseil municipal de Paris, M. Paul Strauss, dans un récent article *sur le budget et les grands travaux de Paris*, se charge de vous l'exposer en quelques mots assez topiques : *La plupart de nos hôpitaux*, dit-il, *sont dans un état déplorable, à peine différents de ce qu'ils étaient il y a un demi-siècle*. Ce n'est certes pas moi qui contesterai cette assertion, bien au contraire.

Les services de chirurgie devraient être absolument isolés des autres services hospitaliers; c'est chose courante dans bien des pays, c'est exceptionnel en France. Fait étrange, sur lequel j'insiste encore, *cet isolement est absolument accepté pour les services d'accouchement au moins à Paris ; l'administration n'hésite pas à faire pour eux des sacrifices extraordinaires*, mais elle ne paraît pas se douter que les mêmes sacrifices s'imposent pour les services chirurgicaux et les chirurgiens qui demandent cette séparation complète sont qualifiés de doctrinaires.

Or, j'ai vu des salles affectées à un service de clinique chirurgicale qui servent de lieu de passage, et cela dans un vieil hôpital. Du reste, étant donné ce que j'ai pu constater récemment et *de visu*, les cliniques chirurgicales de nos Facultés ne sont guère mieux partagées que les services qui ressortissent aux diverses administrations hospitalières; peut-être même ces derniers sont-ils mieux installés. »

L'orateur passe ensuite en revue l'organisation d'un service de chirurgie tel qu'il le comprend, il insiste sur la nécessité de l'examen préalable des malades par un assistant autorisé, qui indique de suite dans quelle catégorie le blessé doit être placé.

Il constate les efforts considérables faits par les chirurgiens français pour modifier leurs installations hospitalières encore si défectueuses, et décrit, en quelques lignes, ce que peut être l'amphithéâtre tel qu'on le comprend aujourd'hui : « La salle où l'on opère doit être aussi simple, j'allais dire aussi nue que possible, et il faut y éviter la présence de ces appareils coûteux et complexes, de ces tables plus ou moins machinées, le plus fréquemment inutiles.

C'est à côté de cette salle que doivent être installés tous les appareils utilisés pour la stérilisation de l'eau, des instruments et des pansements; tous les flacons pour contenir les solutions antiseptiques employées pour le lavage des mains et des téguments, enfin les produits pharmaceutiques comme les anesthésiques, les solutions titrées de morphine, de caféine, etc.

En un mot, à côté de la salle d'opérations doit être un *véritable laboratoire*, dont l'organisation et la tenue sont des plus complexes et duquel dépend la sûreté dans les résultats opératoires. On ne saurait donc trop le soigner, le surveiller et en confier la direction à un préparateur en qui le chirurgien ait toute confiance.

Faut-il avoir deux amphithéâtres d'opérations? Je répondrai très nettement oui pour les grands services chirurgicaux : l'un annexé au département des malades ou blessés infectés, l'autre au département des malades ou blessés aseptiques. Lorsque les services ne sont pas considérables, on peut à la rigueur n'utiliser qu'un seul amphithéâtre, ce qu'on fait d'ailleurs dans nombre de maisons de santé chirurgicales.

Mais nos services chirurgicaux ont encore besoin d'autres annexes, surtout si vous considérez absolument la chirurgie qui s'y fait comme scientifique. Il leur faut des laboratoires, et des laboratoires bien organisés, bien que cela semble parfaitement inutile à certains membres du corps enseignant, qui l'ont malheureusement soutenu dans une des dernières séances de la Chambre des députés. Nier la valeur des laboratoires, surtout dans un pays où les laboratoires ont permis à Pasteur des découvertes si extraordinaires et si utiles pour nous, me paraît scientifiquement inexplicable; aussi je m'empresse de ne pas insister sur ce pénible sujet.

Il faut donc des laboratoires, car le chirurgien a besoin de recherches chimiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques; souvent même il faut expérimenter sur les animaux à l'instar des physiologistes, car nombre de questions chirurgicales sont encore à l'étude, et quoi qu'on puisse penser de nos progrès, il nous reste énormément à faire.

Quand ces nombreuses modifications seront obtenues, quand la plupart d'entre nous seront en possession de moyens d'action perfectionnés, alors nous pourrons faire, grâce aux notions scientifiques qui nous ont été révélées par notre illustre Pasteur, tout ce qui est possible pour sauver nos malades et guérir nos opérés.

L'opération en elle-même sera, je le répète, la résolution d'une véritable équation dont la plupart des termes nous seront absolument connus. Certes jamais nous ne posséderons tous ces termes, mais nous irons aussi loin que possible dans cette recherche.

Si j'affecte une sorte d'exposé mathématique dans ces conclusions, c'est que, nous autres chirurgiens, nous sommes trop facilement en butte aux critiques de certaines classes dites dirigeantes de notre pays. Il ne semble pas pour elles que le chirurgien soit autre qu'un homme habile à manier le couteau ou ses dérivés; elles ne se doutent pas de la somme de connaissances qu'il est obligé d'acquérir, et cela à cause de sa spécialisation.

Des faits tout récents nous ont trop montré que le siècle prochain ne verrait pas se modifier cette singulière manière de juger la chirurgie et les chirurgiens; après plus de cent ans, Beaumarchais a toujours raison. »

M. LE DENTU prend la parole et revient sur une communication qu'il fit déjà au Congrès de Lyon et présente de **nouvelles considérations sur la leucokératose**. Il conclut ainsi :

1° Qu'il faut considérer l'épithélioma non comme un accident dans le cours de la leucoplasie, mais comme une phase ultérieure de la maladie.

2° Que si cette terminaison n'est pas fatale, elle est fréquente, mais dans une proportion qui n'a pas encore été démontrée.

3° Que ces épithéliomas ont moins de tendance à s'infiltrer dans les couches sous-jacentes à la muqueuse et à gagner les ganglions lymphatiques.

4° Qu'ils se reproduisent plutôt par une extension graduelle à des points non encore transformés, que par une véritable récidive sur place.

5° Que leur évolution semble plus lente et qu'ils sont peut-être réellement, d'une façon générale, doués d'une moindre bénignité.

6° Qu'il faut, néanmoins, s'en méfier comme s'ils devaient toujours se comporter comme des néoplasmes de la pire espèce.

7° Que l'ablation précoce est prudente pour toute plaque simple, isolée ou associée à d'autres, qui se montre réfractaire à l'action des émollients, des alcalins, des topiques modificateurs de diverses sortes, des caustiques faibles et du feu employés superficiellement.

8° Que l'ablation radicale s'impose pour toute plaque isolée ou associée, qui s'écarte du type le plus simple par sa fissuration, son ulcération ou son développement papillomateux.

M. JACQUES REVERDIN (de Genève) a utilisé plusieurs fois, avec succès, le **sulfate de soude contre les hémorragies.** Il l'emploie à faibles doses (10 centigrammes toutes les heures) dans des hémorragies capillaires graves, spontanées ou traumatiques; en particulier, dans un cas où l'hémorragie, consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée, avait résisté à tous les moyens depuis huit semaines, et où l'arrêt de l'hémorragie fut immédiat, dans un autre cas d'hémorragie traumatique, dans des ménorragies, etc.

Cette médication, employée par le professeur Kussmaul et conseillée par lui, est, paraît-il, populaire dans le nord de l'Allemagne, dans l'hémophilie.

M. Revilliod a cherché à déterminer le mode d'action du sulfate de soude expérimentalement; administré aux animaux (lapins, cobayes) par ingestion avec la nourriture, ou par injection intra-veineuse; ce médicament paraît avoir pour effet de rendre plus rapide la coagulation du sang; administré par injection sous-cutanée, il n'a pas donné les mêmes résultats.

En clinique, on ne devra pas employer les injections sous-cutanées, mais administrer le sulfate de soude par la bouche.

M. BERGER parle sur les **hernies vaginales et vagino-labiales :**

I. Une femme de trente-quatre ans porte à la vulve une tumeur qui sort dès qu'elle se lève, qui est recouverte par la muqueuse de la paroi vaginale postérieure, qui présente de l'expansion dans la toux, qui est réductible avec gargouillement. Cette tumeur s'accompagne d'un prolapsus réductible de la matrice. Ce n'est ni une rectocèle (car le doigt introduit dans le rectum ne pénètre pas dans la tumeur), ni un prolapsus simple du cul-de-sac de Douglas entraîné dans la matrice, car quand l'utérus est remis en place, on sent l'intestin qui descend encore entre le vagin et le rectum, jusqu'au périnée. C'est bien une hernie vaginale. Considérant que les inconvénients qu'elle détermine sont tous dus au prolapsus génital qui l'accompagne, M. Berger se borne à traiter celui-ci par l'hystéropexie abdominale et la colporraphie. La malade est ainsi débarrassée des troubles fonctionnels dont elle se plaignait.

Au cours de l'opération, M. Berger a pu constater que le cul-de-sac inter-vagino-rectal présentait des dimensions énormes, une très grande laxité, mais qu'aucun resserrement ne séparait la cavité qu'occupait la hernie du cul-de-sac de Douglas. C'est la première variété non pédiculée de la hernie vaginale à laquelle se rattachent les observations de Astley Cooper, Reid, Zuckerkandl. Il est une seconde sorte de hernie vaginale pédiculée, qui a pu être prise pour un polype de la matrice et du vagin : tels sont les cas de Sandifort, de Michelson, de Gaillard-Thomas. Cette forme, qui dérive de la première, tient à ce que la paroi vaginale s'est laissé forcer en un point.

La hernie vaginale peut prêter à des complications au cours de l'accouchement; Smellie, Fordyce Baker, Peter Young en ont cité des exemples, mais elle ne paraît guère pouvoir s'étrangler et ne déterminer de gêne que par l'accroissement de son volume et le prolapsus utérin qu'elle finit par entraîner.

La cure radicale n'est guère possible, quand la hernie n'est pas pédiculée, car il n'y a là ni sac à extirper, ni orifice fibreux à fermer; la hernie pédiculée seule peut être traitée par l'extirpation du sac. Celle-ci n'a jamais été pratiquée : Gaillard-Thomas a invaginé le sac, l'a retourné dans le ventre et a fixé son fond à la face profonde de la paroi abdominale antérieure. L'opération pratiquée par M. Berger est toute palliative, mais elle a donné un bon résultat fonctionnel.

II. Hernie occupant la partie postérieure de la grande lèvre chez une jeune fille ; mais l'orifice inguinal est libre; la hernie n'est ni une hernie obturatrice, ni une hernie périnéale : de plus, on sent qu'un orifice, situé à la face interne de l'ischion, lui donne passage, et le doigt, introduit dans le rectum et appuyé sur ce point, empêche la hernie de descendre.

C'est bien une hernie postérieure de la grande lèvre, hernie vagino-labiale, « pudental hernia » d'Astley Cooper. Malgré l'assertion contraire de Zweifel, celle-ci est très rare : les seuls cas connus sont ceux de Hager, de Scarpa. On n'en connaît pas l'observation anatomique.

Cette hernie paraît être un degré plus avancé de la hernie vaginale, qui, arrivée au périnée, franchit un interstice du releveur de l'anus et forme ainsi la hernie postérieure de la grande lèvre ou la hernie périnéale. Comme la hernie vaginale d'où elle procède, elle est probablement d'origine congénitale (Ebner, Breisky, Zuckerkandl); une observation de M. Massé semble indiquer néanmoins que ces hernies peuvent être dues à la traction d'un lipome sous-péritonéal.

Cette hernie est facile à distinguer des hernies antérieures de la grande lèvre (inguinales), des hernies crurales et obturatrices.

Elle doit être traitée par l'ouverture, la dissection, l'excision du sac et la suture de l'orifice. Dans le cas présent, l'opération, proposée par M. Berger, ne fut pas acceptée.

M. A. HEYDENREICH, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, après avoir rapporté quatre observations personnelles, dans lesquelles il a employé le **bouton de Murphy,** examine, d'après les cas publiés, les accidents qu'a provoqués cet instrument.

Dans une première série de faits, le bouton n'a pas réalisé l'affrontement exact des surfaces mises en contact, soit que le bouton n'ait pas été suffisamment serré, soit qu'étant trop petit il ait laissé glisser au dehors la paroi stomacale. Ces accidents peuvent être évités grâce à une bonne technique et à l'emploi d'un bouton de dimensions appropriées. Au besoin, on a la ressource d'appliquer sur tout le pourtour de la zone d'affrontement une série de points de suture de Lembert.

Un second groupe comprend les cas dans lesquels la présence du bouton a empêché le cours des matières intestinales. Cet accident ne s'observe que lorsqu'on opère sur le gros intestin, où les matières fécales sont solides. Il est indiqué alors de se servir d'un bouton à lumière très large et d'administrer à l'opéré de légers laxatifs. Il serait même prudent de n'avoir pas recours au bouton dans les opérations portant sur le gros intestin.

Dans une troisième série d'accidents, on a observé une perforation viscérale, soit par échec de la réunion, soit par gangrène due à la compression exercée latéralement par un bouton trop gros. L'échec de la réunion semble avoir eu le plus souvent pour cause une défectuosité dans la construction de l'instrument. Ainsi les tuniques de l'estomac ou de l'intestin doivent être comprimées entre deux surfaces convexes et non pas entre deux bords minces qui coupent les tissus. Il faut éviter que les trous latéraux, dont est percé l'instrument, aient un bord coupant, ou que la pièce mâle, après avoir été emboîtée dans la pièce femelle, dépasse par son bord tranchant la lumière de cette dernière pièce.

Un dernier reproche a été adressé au bouton de Murphy, c'est que, parfois, il n'est pas expulsé. En effet, à la suite d'une gastro-entérostomie, il n'est pas rare que le bouton de Murphy tombe dans l'estomac et y reste. Il peut alors produire quelques accidents. Le remède à cet inconvénient serait l'invention d'un bouton résorbable.

En dépit des reproches qui peuvent lui être adressés, le bouton de Murphy ne saurait être rejeté. Il a l'inappréciable avantage de permettre une opération rapide chez des malades le plus souvent très affaiblis, incapables de supporter une intervention d'une certaine durée. Les efforts doivent tendre à perfectionner la construction du bouton, à le rendre plus léger, moins volumineux, résorbable.

M. JONNESCO propose une modification technique sur laquelle nous reviendrons.

M. DEMONS (de Bordeaux) étudie le **stercorome infantile.** La coprostase peut amener à produire, chez les enfants, de véritables tumeurs sur la nature desquelles on n'est pas toujours fixé d'emblée. Le cas suivant est une preuve de la difficulté du diagnostic auquel ces pseudo-tumeurs peuvent donner naissance en même temps qu'il nous en montre la très lente et insidieuse formation.

Il s'agit d'un enfant de huit ans, qui n'allait à la selle qu'avec difficulté et auquel on administrait régulièrement des lavements tous les jours. Malgré tous les soins dont on l'entourait, l'enfant avait une sorte d'incontinence de ses matières et souillait presque continuellement ses linges de matières. L'état général restait bon, et l'on ne s'inquiétait pas autrement dans son entourage, lorsque enfin l'appétit devint plus faible et qu'il survint un peu d'amaigrissement. En même temps, la difficulté d'évacuer devient plus grande : les purgations restèrent sans effet, ne provoquant ni débâcle, ni vomissement. Un médecin examina alors l'enfant et trouva un abdomen un peu distendu et contenant une tumeur médiane, allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et laissant les flancs libres : il pensa à un néoplasme. M. Demons fut appelé et constata, en effet, l'existence de cette tumeur, mais il remarqua que la pression la déprimait et que la dépression était persistante; d'autre part, le toucher rectal lui permit de sentir une accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale. Les commémoratifs aidant, le diagnostic de tumeur stercorale fut porté.

Comme traitement, on attaqua directement la tumeur par l'anus, avec les doigts.

En dix jours, après cinq séances d'un quart d'heure chacune, on put fragmenter la pseudo-tumeur et amener son expulsion complète.

Après avoir signalé les particularités les plus intéressantes de ce fait, l'orateur insiste seulement sur la longue durée de la formation de cette tumeur stercorale, qui n'avait pas mis moins de dix-huit mois à évoluer.

M. PONCET (de Lyon), bien connu par ses études sur l'actinomycose (1), vient décrire aujourd'hui **certaines mycoses cervico-faciales** (**pseudo-actinomycoses**). Il s'exprime ainsi :

« J'ai eu l'occasion d'observer trois malades atteints de phlegmons subaigus de la région cervico-faciale et qui cliniquement m'avaient paru être de l'actinomycose. L'intervention que j'avais été amené à pratiquer semblait même justifier mon diagnostic, car elle permit d'évacuer du pus chargé de grains jaunes semblables à ceux de l'actinomycose. Or, l'examen microscopique de ces cultures a démontré qu'il s'agissait, non de l'actinomyces, mais d'un autre champignon voisin sans doute, mais s'en différenciant par l'examen direct et les cultures, ainsi d'ailleurs que par l'examen plus attentif du pus, comme le montre le tableau suivant, établi par M. Dor :

Actinomycoses.	*Pseudo-actinomycose.*
Streptothrix oospora ou Nocardia actinomyces.	Nouvelle mycose à grains jaunes.
Aspect dans le pus.	
Grains atteignant au maximum les dimensions d'un grain de mil; mais dans ce cas, il s'agit toujours de l'agglomération de plusieurs actinomyces, très nombreux.	Grains dépassant souvent les dimensions d'un grain de mil et de structure homogène. Rares dans le pus, 3 à 4 par centimètre cube.
Consistance.	
Le poids d'une lamelle de verre couvre-objet n'écrase les grains que partiellement.	Le poids d'une lamelle de verre couvre-objet écrase les grains complètement.
Examen microscopique.	
A l'examen microscopique, mycélium central enchevêtré et rayonné, à filaments déchotomisés, très nombreux à la périphérie. Spores terminales contenues dans des massues. Les spores se colorent aussi bien que les mycéliums, mais les massues se colorent avec des réactifs spéciaux.	Mycéliums plus enchevêtrés et moins rayonnés; filaments plus longs, plus gros. Déchotomie beaucoup plus rare. Spores non contenues dans des massues et paraissant mélangées au hasard avec les filaments, lorsque les grains ont été écrasés. Les spores se colorent aussi bien que les massues, de sorte qu'il semble que l'on ait affaire à un enchevêtrement de filaments de leptothrix avec des staphylocoques. On croit volontiers au leptothrix, parce que les déchotomies sont très rares.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 253 et 289.

Culture.

Les premières cultures poussent mal en présence de l'air et assez bien dans des œufs ou dans le vide. Plus tard, on obtient des cultures aérobies sur l'agar et sur le sérum.

Dans le bouillon on voit des grains et le bouillon n'est jamais troublé.

D'emblée les cultures dans le bouillon sont fertiles et le bouillon se trouble.

En vingt-quatre heures, il se développe sur sérum une culture assez abondante.

L'aspect microscopique est celui de bacilles ressemblant à ceux de la diphtérie, et on ne voit plus ni grains, ni longs filaments.

Quelques recherches bibliographiques m'ont permis de croire que ce champignon a déjà été rencontré par Israël (1885), Chiari, Jacobson, Mositig-Mourof, Sabrazès et Rivière. Un travail très important sur ces champignons a été publié par Rudge qui l'a rencontré dans les amygdales. Enfin, je crois que le cas de phlegmons ligneux du cou, décrit par Reclus et attribué au bacille diphtéritique, pourrait bien n'être qu'un cas de pseudo-actinomycose.

Le traitement de cette pseudo-actinomycose est le même que celui de l'actinomycose vraie : incision, drainage et iodure de potassium.

Relativement à l'iodure, je crois que son pouvoir curatif a été très exagéré : j'ai vu, en effet, des malades en absorber 300 à 400 grammes, sans en retirer le moindre effet. »

M. REBOUL (de Marseille) a observé 2 cas analogues à ceux de M. Poncet et qu'il a d'ailleurs déjà publiés. Le traitement de ces cas est celui qu'indiquait M. Poncet, mais il ne croit pas à l'inefficacité de l'iodure qu'il regarde, au contraire, comme un adjuvant utile.

Au cours de la séance, M. Picqué, secrétaire général, a fait le compte rendu financier et scientifique de l'Association, et ont été nommés présidents des séances : MM. Pratt, de Levchine, Berger, Delens, Championnière, J. Bœckel, Ehrmann, Pozzi, Chauvel, Heydenreich, Poncet et Tédenat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat s'est dédoublé de la manière suivante : 1° *Anatomie*. MM. Guyot, Brocq, Berger, Lejars et Championnière ; 2° *Pathologie*. MM. Merklen, Achard, Labbé, Guinard et Varnier.

Le jury d'anatomie entendra, les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, la lecture des copies du n° 1 au n° 306. — Le jury de pathologie entendra les mêmes jours, à la même heure, et le dimanche matin, la lecture des copies du n° 154 au n° 306, puis du n° 1 au n° 153. — Toutes ces lectures auront lieu à l'hôpital de la Charité.

Aujourd'hui a eu lieu, à la Charité, la lecture des copies des candidats militaires ; l'épreuve orale de ces candidats aura lieu vendredi à cinq heures, à la Charité.

— Le concours de l'externat s'est ouvert mardi, à quatre heures, à l'administration de l'Assistance publique. Le jury d'anatomie, formé de MM. de Gennes, Jacquet, Rieffel et Villemain, siège les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures, avenue Victoria, n° 3. — Le jury de pathologie, formé de MM. Lesage, Courtois-Suffit, Potocki et Arrou, siège les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, avenue Victoria, n° 3. — Les candidats sont divisés en dix séries dont deux séries militaires.

— Par décision ministérielle, en date du 18 octobre 1896, M. Strauss, médecin principal de première classe, adjoint au directeur du service de santé, est inscrit d'office, à la suite du tableau de concours de 1895, pour le grade d'officier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897. — Les conférences du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1896 :

Anatomie : M. Poirier, agrégé. Système nerveux central. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Pathologie générale élémentaire : M. Ménétrier, agrégé. Lundi, mercredi, vendredi, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie interne : M. Widal, agrégé. Maladies du cœur et des vaisseaux. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Pathologie externe : M. Lejars, agrégé. Chirurgie des membres. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale : M. Thoinot, agrégé. Attentats à la pudeur; viol ; infanticide. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène : M. Netter, agrégé. Étiologie et prophylaxie des maladies transmissibles. Tuberculose ; lèpre ; maladies communes à l'homme et aux animaux. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Obstétrique : M. Bonnaire, agrégé. La grossesse ; accouchement normal; suites de couches normales et pathologiques; soins à donner aux nouveau-nés; pathologie de la grossesse. Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Maladies de la peau : M. Gaucher, agrégé. Difformités cutanées; dermatoses pigmentaires; dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau. Dimanche, à dix heures et demie (à l'hôpital Saint-Louis).

— Un cours pratique de bactériologie médicale commencera le mardi 2 novembre 1896, à deux heures, au laboratoire de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le docteur Chantemesse. — Se faire inscrire au laboratoire (École pratique) près de M. le docteur Bezançon.

— M. le docteur Verrier, directeur de l'Institut hydrothérapique de Passy, commencera son cours clinique d'hydrothérapie appliquée aux maladies chroniques et nerveuses, le jeudi 19 novembre, à deux heures, à l'Ecole française d'orthopédie et de massage, 21, rue Cujas. Il le continuera les jeudis suivants à la même heure. MM. les élèves seront exercés aux différentes formes de douches, 15, rue Méchain (derrière l'hôpital Cochin), de neuf à dix heures du matin. — On s'inscrit, 21, rue Cujas, les mardis, jeudis et samedis, de deux à quatre heures. Les leçons théoriques sont gratuites.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 122. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 24 OCTOBRE 1896. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Dixième Congrès.

Séance de mardi 20 octobre. — Présidence de M. PRATT.

DISCUSSION SUR LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES PIEDS-BOTS

La séance a été consacrée à la lecture du rapport de M. Forgue sur la thérapeutique chirurgicale des pieds-bots. Nous avons déjà analysé ce travail (1) et avons fait remarquer qu'il était uniquement consacré à une seule espèce de pied-bot : le *varus équin congénital*.

Nous ne pensions pas qu'un point aussi limité de la pathologie chirurgicale pût amener à la tribune autant d'orateurs et que la discussion (si toutefois on peut donner, à ces communications successives, le nom de discussion) se fût prolongée aussi tard. Nous avions pensé que la question ayant été posée dans son ensemble, les différents orateurs devaient borner leur communications à approuver ou critiquer certaines opinions exprimées par le rapporteur. Au lieu de cela, nombre de chirurgiens ont en quelque sorte recommencé le rapport. Ces séances se trouvent ainsi inutilement allongées, au grand détriment de l'intérêt qu'elles auraient pu avoir.

Enfin, certains orateurs se croient obligés de lire la totalité de leur mémoire, et comme le temps leur est très mesuré, la rapidité de leur lecture rend leur communication presque inintelligible. De temps à autre l'oreille perçoit les mots d'astragale, de calcanéum, de tarsectomie, d'opération de Phelps, sans que les auditeurs puissent trouver le fil conducteur qui sert de guide à l'orateur. Mieux vaudrait, pour le présentateur, résumer nettement et brièvement ce qui fait l'objet de la communication et laisser aux bulletins du Congrès le soin de publier son travail *in extenso*.

Certains membres ont le grand tort de croire que leur communication a une importance proportionnelle au temps pendant lequel ils ont occupé la tribune. Netteté et brièveté, telle devrait être la devise des orateurs de congrès scientifiques. Nous avons le regret de constater que cette formule n'a pas été adoptée par tous, et c'est grand dommage, car la question des pieds-bots est suffisamment ingrate et difficile pour que la clarté y soit plus indispensable que dans toute autre.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1152.

M. KIRMISSON prend le premier la parole et le fait en termes nets et précis, en homme qui connaît bien la question. Pour lui, il faut recourir à un traitement précoce, à des manipulations méthodiques dirigées d'abord contre le varus, puis contre l'équinisme, à l'usage d'appareils appropriés : voilà ce qui convient pour les pieds-bots récents. Pour les déviations invétérées, à lésions osseuses, les tarsoclastes sont des instruments aveugles et brutaux que M. Kirmisson n'emploie guère. Pour lui, et son expérience s'appuie sur un nombre considérable de cas, l'opération de Phelps, tel qu'il l'a modifiée, ainsi que cela est d'ailleurs décrit dans le rapport de M. Forgue, peut remédier à presque tous les cas.

Après avoir donné sa technique et fait connaître ses résultats, M. Kirmisson déclare que les résultats définitifs ont été en général très satisfaisants.

« Dans deux cas, pour arriver au redressement complet, nous avons, dit-il, dû faire une incision cunéiforme sur le bord externe du pied. Dans quelques cas, nous avons vu persister un léger degré d'équinisme.

Il est bien certain que, même dans les cas les plus favorables, les malades ont besoin d'être surveillés. Il est utile de faire pendant longtemps du massage, de l'électrisation des muscles, pour maintenir le résultat obtenu. En tous cas, contrairement à l'opinion émise par M. Farabeuf, nous ne faisons jamais porter d'appareils orthopédiques à la suite de l'opération de Phelps

En terminant, je dirai, sous forme de conclusion : Dans le pied-bot invétéré, l'opération de Phelps, telle que je l'ai décrite (section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médio-tarsienne), me paraît être l'opération de choix. Que beaucoup de mes collègues aient obtenu des résultats avantageux à l'aide de la tarsoclasie instrumentale, je ne cherche nullement à le nier; mais ce que je tiens avant tout à bien préciser, c'est que les opérations sur le squelette, les différentes tarsotomies, ne devront jamais être mises en parallèle avec les méthodes précédentes dans la cure du pied-bot varus équin congénital; elles ne devront jamais constituer des opérations de choix, mais seulement des méthodes d'exception et de nécessité appli-

cables seulement quand toutes les autres méthodes conservatrices se seront montrées insuffisantes. »

M. **PAUL BERGER** adopte la plupart des conclusions du rapport. Les varus équins peuvent être traités, dans les premiers mois, par les manipulations (déroulement du pied) et l'orthopédie seulement, mais, le plus souvent, dès la première enfance, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie. M. Berger fait par la ténotomie sous-cutanée la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, pour éviter les cicatrices, mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long et même plus de vingt ans; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave, les orteils s'écartaient en éventail; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel il était parfait, la démarche ne différait en rien de celle d'une personne normale.

Dans le pied-bot invétéré, M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme) : l'astragalectomie seule ne remédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable, elle corrige merveilleusement la difformité. Les résultats que M. Berger a pu revoir au bout de quelques années étaient très satisfaisants.

M. **DESCHAMPS** (de Liège) donne les conclusions suivantes :

1° Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas encore de porter un jugement définitif sur la pathogénie du pied-bot; on peut cependant admettre que le pied-bot varus équin congénital est le résultat d'une paralysie, pendant la vie intra-utérine, des muscles abducteurs du pied (théorie de Soyn), les lésions osseuses en sont la conséquence.

2° Le traitement chirurgical dépend autant de la lésion elle-même que des aptitudes et de l'expérience personnelles du chirurgien opérateur.

3° L'opération de Phelps ou de Reeves a donné d'excellents résultats; elle est applicable dans bien des cas. La tarsectomie est parfois préférable.

4° Dans tous les cas, la valeur du traitement chirurgical peut être nulle, si on néglige les soins consécutifs de massage, redressement et autres manœuvres orthopédiques.

5° On peut parfaitement guérir un pied-bot par le massage patient et le redressement forcé, si le traitement a commencé dès le jeune âge.

Pour M. **MARTIN** (de Genève), le traitement orthopédique longtemps et patiemment prolongé donne d'excellents résultats. Pour lui, le sabot de Venel, avec sa tige servant de levier, constituerait, malgré son antiquité, le meilleur appareil.

Le traitement doit être commencé au troisième mois, mais non avant. Sur 130 cas traités de la sorte, l'orateur n'a guère eu à enregistrer que des succès.

Un jeune malade est présenté au Congrès porteur de l'appareil. Son pied est dans une attitude presque normale, malgré un peu d'équinisme et de valgus. Mais bien que, à en juger par le moule présenté au Congrès, la déviation initiale eût été considérable, il faut remarquer qu'il s'agit là d'un pied-bot paralytique, variété dont la correction est le plus souvent facile.

M. **JALAGUIER** (de Paris) est un spécialiste écouté, il déclare avoir longtemps été partisan actif, et presque exclusif, du traitement des pieds-bots, par la réduction manuelle et le massage forcé, après ténotomie du tendon d'Achille, et quelquefois de l'aponévrose plantaire. Il a ainsi obtenu de très bons résultats, mais, trop souvent, il a eu des récidives; il faut, en effet, un travail complémentaire très prolongé et douloureux; et le port d'un appareil est presque toujours nécessaire. Aussi, en était-il arrivé à cette conviction que, pour être pratique, le traitement du pied-bot devait être *simple*; l'idéal étant d'obtenir, en une seule fois, au moyen d'une opération sans gravité, un redressement durable par *suppression de l'obstacle osseux*, ce qui permettrait de réduire au minimum les soins consécutifs.

Aussi, quand son ami Ch. Nélaton eut établi qu'il était possible de corriger à peu de frais, par une opération sanglante, les déformations du pied-bot invétéré des enfants, se trouva-t-il tout naturellement porté à soumettre au même traitement les pieds-bots *graves* des tout jeunes enfants.

Par pieds-bots *graves*, il entend ceux dans lesquels la coudure en varus atteint ou dépasse l'angle droit. Depuis trois ans, il a appliqué cette méthode 31 fois (10 fois sur des enfants de *moins d'un an;* 20 fois sur des enfants de dix-huit mois à cinq ans; *une* fois sur un enfant de quatorze ans). Il n'a pas eu à déplorer un seul accident opératoire. L'opération consiste dans la décapitation de l'astragale et du calcanéum, après ténotomie du tendon d'Achille, et, s'il y a lieu, de l'aponévrose plantaire. Il avive le scaphoïde et le cuboïde qu'il suture au tarse postérieur avec un gros catgut passé profondément, de manière à établir une arthodèse médio-tarsienne. Il pratique ensuite le raccourcissement du pédieux avec quelques points de catgut; ce raccourcissement relève sensiblement les orteils.

Pour les petits enfants *au-dessous d'un an*, cette opération est suffisante ; pour les sujets plus âgés, il est quelquefois nécessaire d'enlever une tranche de cuboïde et de scaphoïde, ou même ces os dans leur entier. Mais M. Jalaguier ne s'y décide qu'après avoir constaté l'insuffisance de la large excision astragalo-calcanéenne. En outre, sur les sujets de cette catégorie, on a souvent à abattre la cale pré-péronière de Nélaton. Ce n'est qu'en désespoir de cause qu'il extirpe l'astragale.

Après l'excision astragalo-calcanéenne, il faut réduire au maximum l'équinisme et le varus, et appliquer un appareil plâtré *qui sera relâché aussitôt après la solidification* et minutieusement surveillé; il importe que les orteils laissés à découvert, ne soient ni pâles ni violacés.

Après *douze jours*, on enlève l'appareil, l'enfant étant endormi, et on en applique un autre, en exagérant encore la correction. Au vingt-cinquième jour, la correction est solide, et on n'a plus qu'à s'occuper de maintenir le résultat au moyen d'une chaussure appropriée. On ne négligera pas, bien entendu, les manœuvres d'assouplissement et de massage. La marche dans une attitude correcte est le meilleur agent d'accommodation des parties et de restauration de la fonction. Telle est la conduite que M. Jalaguier tient à l'heure actuelle vis-à-vis des pieds-bots congénitaux *graves* des tout jeunes enfants, et aussi, presque exclusivement, pour les pieds-bots du second âge. La durée du traitement en est singulièrement abrégée; il évite aux enfants de

cruelles souffrances, et ne croit pas leur faire courir plus de risques que par les réductions forcées manuelles ou instrumentales.

Comme M. Jalaguier, **M. CHAMPIONNIÈRE** décrit avec netteté et clarté sa pratique, à laquelle M. Forgue, d'ailleurs, a déjà fait allusion dans son rapport. M. Championnière est exclusif, tout en considérant que le massage violent est une méthode intéressante qu'il ne convient pas de rejeter *a priori*. Il ne veut pas s'y arrêter, il repousse les procédés purement orthopédiques nécessitant une hospitalisation ou une surveillance de plusieurs années et puisque, dit-il, il faut en venir à une intervention osseuse, il faut faire cette intervention aussi large que possible; plus on enlève d'os, plus le résultat est parfait et rapide. M. Championnière est arrivé à cette doctrine par la force des choses. Au début de ses interventions, il ne pratiquait que des exérèses modestes, avec timidité.

Mais il a vu, en s'enhardissant, que le résultat était plus durable, plus rapide lorsqu'il réséquait presque tout le tarse, obtenant un pied ballant et malléable, dont le squelette se reconstitue rapidement et en bonne forme. Jamais d'appareil inamovible, un simple bandage roulé et en quelques semaines le malade marche. Enlever beaucoup d'os, mobiliser de bonne heure, c'est par cette formule simple que termine M. Championnière, qui a obtenu un vif et légitime succès.

M. GROSS (de Nancy), futur président du prochain Congrès, lit un assez long mémoire. Son opinion est déjà connue, car elle a fait l'objet de communications antérieures. Sa méthode d'astragalectomie, suivie de résection de la petite extrémité du calcanéum, a été exposée dans le rapport dont nous avons rendu compte. M. Gross y revient à propos de 23 cas qu'il a pu traiter de la sorte. Il termine en disant que la méthode d'exérèse qu'il préconise est de gravité nulle, qu'elle ne s'oppose nullement à l'accroissement du pied qu'elle place dans une attitude normale, avec un bon fonctionnement.

M. DOYEN (de Reims) est pour la méthode large et précoce, préconisée par Championnière. Il base son opinion sur trois cas personnels.

M. LEJARS donne les résultats éloignés de la tarsectomie cunéiforme inverse, dans le pied plat valgus douloureux invétéré. Quatre malades étaient âgés de dix-neuf, vingt, vingt-trois et vingt-quatre ans : chez tous les quatre, l'affection remontait à plusieurs années et avait été l'objet de plusieurs traitements; le squelette du pied était notablement déformé et, en particulier, le scaphoïde subluxé, sur la tête du calcanéum. Chez tous les quatre, l'incision osseuse fut très large et la guérison opératoire eut lieu sans incident.

Il y a lieu de distinguer les résultats plastiques, orthomorphiques, autrement dit le rétablissement et le maintien de la cambrure du pied, et les résultats fonctionnels. Bien qu'ils soient connexes le plus souvent, il arrive que l'affaissement secondaire de la plante, au bout de quelques mois de marche, ne réveille pas de nouveaux accidents. Dans un organe tel que le pied, on ne saurait, en effet, juger d'une opération d'après ses effets mécaniques, surtout dans le jeune âge : par le fait du développement et des mouvements, il se produit un travail d'accommodation qui entre pour une grande part dans le résultat fonctionnel définitif.

M. BROCA a opéré 83 pieds-bots sur 59 sujets, et ses opérations sont : 35 sections du tendon d'Achille sur 23 sujets, dont 1 a dû subir plus tard des deux côtés le massage forcé, dont 1 a dû subir une double incision de Phelps; 9 incisions de Phelps sur 6 sujets, dont 2 (1 unilatéral, 1 bilatéral) ont dû subir plus tard la tarsectomie; 15 massages forcés avec ténotomie sous le chloroforme à 11 sujets, dont 1 a subi plus tard la tarsectomie; 34 tarsectomies sur 22 sujets. D'une manière générale, M. Broca confirme, avec cette expérience personnelle, les conclusions du rapport de M. Forgue. On doit entreprendre le traitement aussitôt que possible, même dès la naissance, et dans ces conditions, sur l'enfant n'ayant pas encore marché, on réussira presque toujours par le massage et la ténotomie; comme tous les auteurs, depuis Adams surtout, M. Broca insiste sur la nécessité de corriger le varus avant de couper le tendon d'Achille. Cette correction peut s'obtenir en quelques semaines, par des séances quotidiennes de massage; mais on peut la réaliser en une séance de redressement brusque, modelant, pratiqué sous le chloroforme. Cette méthode, dont le principe est incontestablement déjà ancien, due à Delore en particulier, a été récemment réglée par Lorenz (de Vienne), dont le manuel opératoire, pour attaquer successivement chacun des éléments de la difformité, a été adopté par M. Broca.

Sur les sujets un peu âgés, ayant déjà marché, la force manuelle paraît d'ordinaire insuffisante, et, pour redresser brusquement le pied, on a inventé divers tarsoclastes. M. Broca n'est pas partisan de ces violences instrumentales, aisément aveugles et trop brutales, et quand le redressement manuel échoue, il préfère l'intervention sanglante. Il croit qu'alors la tarsectomie doit être préférée à l'opération de Phelps, car elle n'est pas plus grave, déprime très peu le pied et donne un résultat à la fois plus rapide et plus sûr. La tarsectomie ne doit pas être bornée à l'astragalectomie, remède contre l'équinisme seulement, mais elle doit porter aussi sur la grande apophyse du calcanéum et, selon les besoins, sur les divers os du tarse jusqu'à ce que la correction soit parfaite, selon les préceptes énoncés par Lucas-Championnière.

M. REDARD, s'appuyant sur les résultats de sa pratique, défend dans sa communication les méthodes conservatrices de traitement des pieds-bots. Il signale l'engouement exagéré pour les interventions chirurgicales, qui ne sont pas exemptes d'inconvénients. Il démontre qu'un grand nombre de ces interventions peuvent être très souvent avantageusement remplacées par des méthodes conservatrices.

Après avoir signalé les inconvénients et les accidents de la méthode sanglante, il décrit et recommande la méthode de redressement forcé manuel et instrumental.

D'après M. Redard, le redressement forcé manuel est indiqué, non seulement pour les pieds-bots graves des nouveau-nés et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de six ans, mais encore pour les pieds-bots prononcés, invétérés, des enfants plus âgés et des adolescents. Le redressement forcé agit efficacement sur les pieds-bots graves à la fois tendineux et osseux.

La tarsoclasie instrumentale, pratiquée avec des machines spéciales de redressement, est, d'après l'orateur, absolument indiquée dans les pieds-bots varus équins graves, invétérés, des enfants et des jeunes adolescents. Le redressement forcé, manuel ou instrumental, réussit d'autant mieux que les sujets sont plus jeunes, que les os sont moins résistants et plus malléables. Il agit très efficacement à la fois sur l'enroulement du pied-bot et sur les déformations

osseuses des pieds-bots graves et invétérés. Chez les enfants âgés et chez les adolescents, la tarsoclasie instrumentale est encore presque toujours efficace.

La grande majorité des pieds-bots graves, invétérés, de l'enfance peuvent être guéris par les redressements forcés. Les interventions sanglantes ne sont que très exceptionnellement indiquées. Presque tous les pieds-bots qui, pour quelques auteurs, sont justiciables de l'opération de Phelps, ceux chez lesquels les obstacles du redressement tiennent aux rétractions des parties molles, peuvent être guéris par le redressement forcé ou la tarsoclasie.

L'opération de Phelps, sans adjonction d'ostéotomie ou de redressement forcé, ne peut agir, en effet, que sur les obstacles dépendant des parties molles rétractées.

Le redressement forcé, manuel ou instrumental, a, sur l'opération de Phelps, la supériorité d'agir à la fois sur les parties molles rétractées et aussi sur les déformations et les déplacements osseux.

M. MÉTAXAS (de Marseille) s'exprime ainsi, à propos de quelques cas de pieds-bots varus équins, congénitaux et paralytiques, chez l'enfant : Vingt-deux interventions, guérison avec restitution de la forme et de la fonction : les enfants étaient âgés de trois à onze ans, sauf un cas de dix-huit mois.

Après deux opérations de Phelps, dont je n'ai pas été satisfait, je préfère l'ablation, quelquefois partielle, le plus souvent totale de l'astragale, avec une résection cunéiforme du tarse plus ou moins large, mais toujours suffisante pour obtenir un bon redressement immédiat — la ténotomie du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, s'il le faut.

Chez le nouveau-né, traitement classique des manipulations, massage et petits appareils plâtrés.

Vers trois mois, ténotomies et essayer le redressement manuel forcé; continuer de petits appareils. Mais si, vers l'âge de deux ans, et même un peu plus tôt, comme je l'ai fait une fois avec succès, on n'obtient pas un redressement parfait ou à peu près, je n'hésite pas à faire la tarsectomie cunéiforme avec ablation partielle ou totale de l'astragale. J'ai vu des résultats se perfectionner avec l'âge. L'importance, l'indication et l'étendue de la tarsectomie augmentent avec l'âge.

Quatre cas de pied-bot paralytique grave. Bons résultats obtenus par des résections osseuses analogues, combinées à l'abrasion des cartilages articulaires et fixation du pied dans une bonne attitude (arthrodèse).

D'après M. BILHAUT, le pied-bot congénital, quelle qu'en soit la direction, doit être soumis au redressement, dès la naissance, et l'on obtient ainsi une guérison totale.

Dans le pied-bot non traité dès la naissance, les ténotomies, variant suivant la direction de la déviation, doivent être pratiquées au plus tôt. Elles devront être suivies de l'application d'un appareil de maintien parfaitement exact. Les soins consécutifs seront de longue durée : le massage sera pratiqué avec méthode, dès que la solidité des tendons réparés permettra d'y recourir.

Dans les cas graves, on donnera le choix, lorsque les sujets ne seront pas trop avancés en âge, au procédé de Phelps. L'incision portera au maximum sur le ligament en Y. Il est nécessaire que la correction soit d'emblée complète.

Dans les cas de pied-bot extrême, et plus particulièrement chez les adultes, quand il est impossible d'atteindre une correction sans faire une brèche osseuse, on recourra, autant que possible, à la tarsectomie antérieure.

L'astragale réintègre suffisamment la mortaise tibio-tarsienne, dans la pluralité des cas, aussi le résultat fonctionnel est-il excellent, par suite du retour normal de la flexion. Si les dimensions de l'astragale s'opposent à la rentrée de cet os dans la mortaise articulaire, il faut modifier la poulie, détruire les exubérances osseuses ou cartilagineuses faisant obstacle. Ce procédé donne de meilleurs résultats définitifs que l'astragalectomie.

Dans le pied-bot acquis et consécutif à la paralysie spinale infantile, à la paralysie diphtéritique, etc., si la déformation de l'astragale est considérable, l'astragalectomie est l'opération de choix.

Quand la correction est ainsi obtenue, s'il existe un relâchement de l'appareil ligamenteux de l'avant-pied, le traitement devra comprendre, en outre, l'arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne. Le pied-bot ballant est justiciable de l'arthrodèse de la tibio-tarsienne et de la médio-tarsienne.

M. CALOT (de Berck-sur-Mer). Ici comme ailleurs, l'orthopédiste doit être aussi sobre que possible d'interventions osseuses.

Pour les pieds-bots du premier degré, chez les enfants jeunes, les manœuvres manuelles de redressement suffisent.

Pour les pieds-bots du deuxième degré, les sections des parties molles, faites à la manière de Phelps, amènent la correction.

Mais les résections osseuses sont nécessaires, ou plutôt, sans être précisément indispensables, doivent être préférées, s'il s'agit de pieds-bots à difformité très avancée, ou existant chez des sujets d'un certain âge.

M. REBOUL (de Nîmes) a opéré un enfant de trois ans atteint de déformation du pied, observée à la naissance, qui s'est accentuée, depuis la marche, en un pied-bot valgus type, sans équinisme, ni talus. Le pied repose sur tout le bord interne. Les tendons des péroniers qui, dans la position normale du pied sont situés sur la face externe de la malléole externe, se réduisent ainsi, dans leur gouttière, en produisant un claquement, lorsqu'on cherche à redresser le pied, mouvement qui tend le tendon d'Achille. Le valgus se réduit assez facilement, mais il se produit alors un léger équinisme.

Pendant une quinzaine de jours, M. Reboul immobilisa le pied en bonne position, dans un appareil plâtré, puis il fit la ténotomie du tendon d'Achille, ce qui donna une réduction complète de la déformation. Il insiste sur la rareté de ce cas, les bons résultats obtenus grâce à la ténotomie du tendon d'Achille.

M. ADENOT (de Lyon) donne le résultat éloigné d'une tarsectomie pour pied-bot invétéré. La marche prolongée est actuellement facile.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans auquel, il y a trois ans passés, M. Adenot a enlevé l'astragale, le cuboïde, une partie du calcaneum, et la tête postérieure du cinquième métatarsien. Actuellement, et depuis plus de deux ans, la marche est facile, non douloureuse. Le malade fait plus de 10 kilomètres à pied, facilement, en s'aidant d'une simple canne qui ne lui est pas indispensable.

M. PAUL REYNIER traite de la pathogénie du pied plat; il croit que, dans la tarsalgie, la déformation en valgus est non point primitive, mais consécutive à la contracture des

muscles du pied, car la contraction cédant, la déformation disparaît; on comprend ainsi qu'avec le valgus le pied puisse être, suivant le muscle atteint, plat ou creux. Mais quelle est la cause de cette contraction? Pour M. Reynier, on peut admettre qu'elle peut être primitive (Duchenne) aussi bien que secondaire (Gosselin) ; il y a donc des tarsalgies et non pas une tarsalgie. Il pense que, pour les tarsalgies de cause légère, il faut faire intervenir, d'une façon importante, l'élément nerveux. Il montre par ses observations qu'on retrouve cette cause dans les antécédents du malade et dans les symptômes ; il cite, par exemple, un cas qu'il interprète comme tarsalgie hystérique.

Il termine en disant que les douleurs du tarse, les tarsalgies, qui produisent les déviations du pied en valgus, pendant l'adolescence, tantôt avec affaissement de la voûte, tantôt avec conservation de celle-ci, sont dues à des causes multiples.

Il y a donc lieu de distinguer plusieurs variétés de tarsalgies : 1° celles où des lésions osseuses, bien nettement déterminées, sont la cause de la maladie, par exemple les tarsalgies tuberculeuses des articulations ; 2° celles où un léger degré d'inflammation, ou mieux de simples phénomènes congestifs des os amenés par les troubles de la croissance, une entorse, une attaque de rhumatisme, amènent une contracture des muscles. Dans ces cas, il faut tenir compte, pour expliquer cette contracture, si facile, si rebelle, de troubles du système nerveux qui, dans quelques cas, peuvent être nettement rattachés à l'hystérie. Ces troubles du système nerveux peuvent faire penser, enfin, que les altérations osseuses mal définies qu'ont signalées presque tous les auteurs, les lésions du cartilage sont dues à de véritables troubles trophiques osseux, que confirmeraient les troubles de même nature dont la peau est le siège dans les tarsalgies.

— Au cours de cette séance ont été lus différents mémoires, notamment ceux de MM. PÉAN et PHOCAS. Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement.

Séance du 21 octobre (matin). — Présidence de M. TERRIER.

AFFECTIONS DU CRANE ET DU RACHIS

Le docteur SCHWARTZ communique **un cas de suture du sinus latéral**, déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé par un coup de pied de cheval et nécrosé en partie. Après avoir rapidement mentionné les quelques cas rares de sutures des gros troncs veineux, et rappelé la communication de M. Ricard au dernier Congrès (suture du tronc brachio-céphalique veineux), M. Schwartz rapporte une observation fort intéressante, que nous publierons ultérieurement.

M. BROCA relate un cas d'**abcès du cerveau d'origine otique**, guéri après trépanation. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'otorrhée depuis plusieurs années. Dans les premiers jours de juin 1896, elle fut prise d'accidents aigus, peu à peu aggravés, qui permirent à M. le docteur Péron de diagnostiquer un abcès cérébral. M. Broca confirma ce diagnostic, le 13 juin, et fit immédiatement la trépanation de l'apophyse et de la caisse, puis, selon le procédé qu'il préconise depuis plusieurs années, il ouvrit la fosse temporale au-dessus du plafond de l'*aditus ad antrum*, et draina de la sorte un abcès du cerveau. Dès le lendemain matin, l'enfant sortit du coma et elle guérit rapidement. Actuellement, elle est guérie à la fois de l'abcès cérébral et de l'otite moyenne chronique, et cette simultanéité de traitement des deux lésions, par une seule opération, plaide vivement en faveur de la trépanation par voie mastoïdienne.

Avec M. RIVIÈRE (de Lyon) nous restons dans le même chapitre de pathologie. Notre confrère étudie quatre cas de **phlébite des sinus et de septico-pyohémie consécutive à des anciennes suppurations de l'oreille.**

Un cas dans lequel l'infection du sinus se produisit, malgré les précautions antiseptiques, consécutivement à l'ouverture opératoire d'un sinus latéral (dénudé et érodé par un séquestre osseux) ; 2 cas où la mort survint peu après l'opération (ouverture de l'antre et nettoyage de la caisse), avec des phénomènes d'infection purulente sans signes locaux de phlébite. Un quatrième cas de M. Maurice Pollosson, où chez un tuberculeux avéré, souffrant d'une vieille otorrhée avec fistules mastoïdiennes, on fut conduit, au cours de l'intervention intra-mastoïdienne, à cureter le sinus plein de fongosités tuberculeuses. Drainage sans ligature de la jugulaire. Guérison opératoire. Le malade, perdu de vue au bout de quelques mois, a dû mourir de sa lésion pulmonaire.

M. Rivière ne peut qu'apporter l'appui de quelques observations à la thèse soutenue par Broca dans ses articles et traités (*Traité de chirurgie cérébrale* : Traitement des suppurations de l'apophyse mastoïde, etc.).

1° Grande fréquence des complications cérébrales ou infectieuses des vieilles suppurations de l'oreille : méningite chez l'enfant, et, plus souvent, chez l'adulte, abcès, phlébite des sinus, pyohémie.

A propos de la pyohémie, M. Rivière ne croit pas à la bénignité des infections purulentes d'origine otique (contrairement à l'opinion de Chauvel).

2° Les ouvrages classiques, les publications de Broca mises à part, ne permettent que difficilement de poser le diagnostic précis de ces complications cérébrales. Parmi les cas rapportés, dans un seul le diagnostic (complications cérébrales, abcès ou phlébite) fut posé, sans plus de précision, par M. Jaboulay, avant l'apparition des phénomènes pyohémiques ; dans un cas personnel à l'auteur, le diagnostic fut très hésitant : alors qu'il n'existait aucun phénomène cérébral, le malade fut pris, pendant la toilette pré-opératoire de la région mastoïdienne, d'un point de côté et d'une hémorragie par le conduit auditif (à caractère nettement artériel). Comme il n'y avait rien du côté de la jugulaire, qu'il y eut après l'opération un frisson, et la continuation du point de côté, l'auteur pensa à de la pyohémie sans phlébite ; mais le malade mourut trop vite (trente-six heures) pour qu'on pût songer à reintervenir.

A propos des difficultés du diagnostic, l'auteur rapporte un cas (non mentionné plus haut) où il lui fut impossible de savoir, au cours d'une dothiénentérie, s'il s'agissait d'une phlébite du sinus. (La mort survenue sans intervention parut justifier cette opinion.)

3° Nécessité de faire le traitement préventif des complications cérébrales par le traitement énergique et « chirurgical » au besoin des suppurations de l'oreille.

4° Importance de l'ouverture de l'antre et de la caisse, alors même qu'elle devrait rester exploratrice. C'est la seule voie logique pour aborder toutes les lésions cérébrales ; et de plus, le nettoyage de la mastoïde et de la caisse est le

premier traitement absolument nécessaire et quelquefois suffisant de ces complications (lorsqu'elles sont seulement à leur début).

5° Pour la phlébite du sinus et la pyohémie, l'ouverture et drainage du sinus, avec ligature de la jugulaire (résection suivant les cas), est le traitement de choix.

M. DOYEN fait surtout une communication de **technique opératoire de la trépanation cranienne**, à peu près identique à celle qu'il fit l'année dernière, et présente ses instruments — ceux avec lesquels il opère en ville, et ceux qu'il utilise quand il a à sa disposition une force motrice empruntée à un moteur à vapeur ou à l'électricité.

Le titre de sa communication faisait espérer l'analyse des résultats opératoires, mais le temps a sans doute manqué à l'orateur pour les faire connaître.

M. CHIPAULT, qui lui succède à la tribune, dit avoir expérimenté bien des instruments en vue de la trépanation cranienne, et, après bien des recherches, malgré l'avis de M. Demons qui se prononce nettement en faveur des instruments de M. Doyen, il déclare que le vieil appareil instrumental, complété par le trépan de Farabeuf, est encore le meilleur et le plus simple et celui qui offre le plus de sécurité.

La communication de M. Chipault vise deux points : 1° **les interventions décompressives dans les affections non traumatiques de l'encéphale**; 2° **l'orthopédie vertébrale opératoire : les ligatures apophysaires dans les cyphoses pottiques et rachitiques et dans la scoliose**.

1° Sur vingt-quatre interventions décompressives pour affections non traumatiques et non microcéphaliques de l'encéphale, il a eu une mort post-opératoire dans une résection cranienne pour tumeur du cervelet, et, sur les vingt-trois cas restants : d'une part, quatorze résultats fonctionnels nuls ou tout à fait médiocres : un dans une tumeur cérébelleuse avec hydrocéphalie, trois dans des hydrocéphalies congénitales, cinq dans les méningites subaiguës ou chroniques probablement tuberculeuses, quatre dans des paralysies générales, une dans une épilepsie essentielle ; d'autre part, neuf succès : un dans une tumeur cérébrale, deux dans des tumeurs cérébelleuses, un dans une hydrocéphalie congénitale avec poussées aiguës d'hypersécrétion céphalo-rachidienne, deux dans des méningites spécifiques, deux dans des épilepsies essentielles avec crises extrêmement fréquentes.

Il lui semble que, sans permettre encore de délimiter d'une façon précise le domaine général des interventions palliatives en chirurgie encéphalique, ni surtout le domaine propre de chacune d'elles, ces faits prouvent leur réelle valeur. A côté des interventions curatrices fort brillantes, mais dont l'occasion se présente bien rarement, ces interventions, beaucoup moins dangereuses lorsqu'on les fait de parti pris, paraissent, en effet, susceptibles de donner de bons résultats définitifs ou durables, dans un nombre beaucoup plus considérable de cas.

2° M. Chipault revient, devant le Congrès, sur les **ligatures apophysaires** qu'il a récemment préconisées dans ses publications.

Ce serait là une opération d'une simplicité absolue, et sans aucun danger.

Le nombre des interventions qu'il a pratiquées jusqu'à présent par cette méthode s'élève à treize.

Laissant de côté sur ce nombre quatre affections traumatiques, il s'en tient aux affections orthopédiques du rachis.

Ses neuf observations de ce genre se décomposent de la manière suivante :

a. Six ligatures apophysaires pour mal de Pott, une pour tuberculose cervico-dorsale avec paralysie radiculaire totale des deux membres supérieurs, chez un homme de soixante ans ; une pour tuberculose dorsale inférieure avec paraplégie, chez un garçon de sept ans et demi ; quatre pour des tuberculoses dorsale supérieure ou dorso-lombaire, sans paraplégie, chez des enfants de cinq, huit, dix et douze ans.

b. Une ligature apophysaire pour arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales moyennes avec torticolis, cette affection si parfaitement et définitivement décrite par le professeur Lannelongue, dans un cas passé à l'état subaigu et dont la déviation s'était plusieurs fois reproduite après l'ablation des minerves le mieux et le plus longtemps appliquées.

c. Une ligature apophysaire pour cyphose lombaire rachitique, chez un garçon de cinq ans.

d. Une ligature apophysaire pour scoliose rachitique infantile de forme grave.

Sur ces neuf interventions, dont la plus ancienne remonte à trois ans et la plus récente à un mois seulement, il n'a eu ni un accident, ni un incident opératoire. Un seul de ses opérés a succombé quatre mois après l'intervention, et sans que sa mort ait eu le moindre rapport avec elle : c'est un vieillard atteint de tuberculose cervico-dorsale avec diplégie brachiale ; sa plaie était depuis longtemps guérie et il était entre les mains de M. Huet, qui l'électrisait régulièrement, lorsqu'il prit froid et succomba, en quelques jours, à une fluxion de poitrine. Tous les autres opérés sont vivants, et l'orateur se croit en droit d'ajouter que ceux qu'il a opérés récemment sont en bonne voie de guérison, ceux qu'il a opérés depuis suffisamment longtemps (trois maux de Pott, le sont depuis plus d'un an, et une cyphose rachitique depuis dix mois) sont guéris : ils sont sortis de leur affection cérébrale sans en garder la moindre trace, sans la moindre apparence de gibbosité, et pour les maux de Pott, avec seulement un peu de raideur vertébrale.

Ce sont là des faits intéressants, nos lecteurs savent avec quelle opiniâtreté M. Chipault s'est adonné aux études de chirurgie cranio-vertébrale. L'avenir nous renseignera sur la valeur de ces opérations aussi nouvelles qu'ingénieuses.

AFFECTIONS DE LA FACE

M. CASTEX apporte quelques documents pour la chirurgie du nez. Nous reviendrons ultérieurement sur sa communication qui a trait principalement à la **rhinotomie transversale inférieure.**

Après lui, M. DUBOIS (de Cambrai) relate un cas de **névralgie rebelle du nerf maxillaire inférieur**, qu'il a traité avec succès par la résection nerveuse, d'après le procédé de Horsley.

Avec M. COMBE (de Paris), nous ne quittons pas la chirurgie des nerfs de la face : notre confrère étudie les **sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux, traitées et guéries par la trépanation et la résection de la paroi externe du sinus.**

Voici les conclusions de son travail :

Lorsque le catarrhe du sinus maxillaire est compliqué d'une violente névralgie qui peut s'étendre à toute la région

d'innervation du trijumeau et prend le caractère du tic douloureux, il faut pratiquer la trépanation.

Cette trépanation se fera par la voie alvéolaire, au niveau de la dent qui sera extraite, ou à ce même niveau, à travers l'épaisseur de l'os maxillaire lorsque la dent qui a provoqué les accidents de sinusite aura été extraite précédemment.

La trépanation ne suffit pas, il faut réséquer assez largement tout le pourtour de la voie de pénétration tout en ruginant dans l'épaisseur des bords.

Si, quarante-huit heures après cette intervention, les douleurs n'ont pas disparu, il y a lieu d'élargir le champ opératoire et de faire une résection plus étendue.

Les soins consécutifs sont les mêmes que dans les sinusites ordinaires : larges lavages antiseptiques, injection de glycérine phéniquée, et insufflations de poudre d'iodol, pansement obturateur.

L'opération devra se faire sous le chloroforme, et non pas seulement après une injection de cocaïne comme pour une simple trépanation.

La guérison définitive a toujours suivi, dans les six observations rapportées.

M. LERICHE (de Nice) présente des photographies montrant les **résultats d'une résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur**, depuis la deuxième petite molaire jusqu'au condyle désarticulé, résection pratiquée pour lymphosarcome. Ayant eu soin de conserver la portion mentonnière du maxillaire inférieur, il n'a pas eu besoin d'appliquer un appareil prothétique dispendieux, et non toujours bien supporté. La déviation transversale classique a été presque insignifiante, grâce peut-être à la réunion hative de la muqueuse labio-ginginale par suture. La mobilité verticale de la mâchoire s'est conservée suffisante jusqu'à une période avancée de la récidive (aujourd'hui quinze mois après la résection).

M. LARGER (de Maisons-Laffitte) vient faire connaître **les résultats obtenus par la nouvelle méthode de cheiloplastie**, qu'il a déjà présentée à la Société de chirurgie (3 octobre 1894).

Il s'agit de la méthode de cheiloplastie par emprunt à la lèvre saine, méthode dont la première idée ne lui appartient pas, mais qu'il a rendue pratique par un procédé nouveau, aussi simple que facile.

Il a répété son procédé à deux reprises différentes. De son côté, M. Guinard l'a pratiqué deux fois, avec un plein succès, en lui faisant subir une légère modification. Enfin M. Audoucet en a fait, sous l'inspiration de M. Guinard, l'objet de sa thèse inaugurale (thèse de Paris, 1895).

Le premier opéré était porteur d'un épithélioma volumineux occupant les deux tiers gauches de la lèvre inférieure dont M. Larger a excisé les trois quarts. L'orateur met sous les yeux des membres du Congrès la photographie prise avant l'opération, et celle qui l'a été sept jours après. Au point de vue morphologique, l'on constate déjà l'absence complète d'œdème des lèvres, la régularité, la symétrie parfaites de la nouvelle bouche, la saillie normale et régulière des deux lèvres, la reconstitution du rebord muqueux de la lèvre restaurée.

Au point de vue fonctionnel, la nouvelle lèvre jouit d'un certain degré de contractilité et de sensibilité, au point de permettre au malade de souffler. Outre que la salive est absolument retenue, la mastication s'opère normalement et la phonation n'est pas sensiblement altérée.

Le deuxième opéré dont le tiers droit de la lèvre inférieure a été seulement restauré présente à un degré supérieur encore les avantages obtenus sur le premier et la contractilité de sa lèvre est telle que, non seulement il peut souffler, mais même siffler, ainsi que les membres du Congrès en peuvent faire la constatation.

L'observation présentée par M. LANCIAL (d'Arras) est originale, elle peut être intitulée : **Phlébite faciale et phlébite opthalmique guéries par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des tissus sous-orbitaires.**

Dans une communication faite au Congrès de Berlin de 1890, l'auteur a proposé le curage complet de l'orbite comme traitement radical de cette complication pour obvier à une autre complication plus redoutable encore, toujours consécutive à la première : la thrombophlébite du sinus caverneux correspondant. Malheureusement, il est bien difficile de poser les indications de ce curage orbitaire ; de plus, quand on peut agir à temps, il est bien plus logique de s'opposer aux progrès de la phlébite ophtalmique, d'enrayer cette maladie, au lieu de vouloir atteindre le mal à un degré plus avancé lorsque la phlébite des sinus caverneux est déjà formée ou sur le point de l'être.

M. Lancial a eu l'an dernier la bonne fortune de suivre un cas d'anthrax de la lèvre supérieure chez un jeune homme de dix-neuf ans, dès les premiers jours, c'est-à-dire avant toute complication, et il a pu agir à temps pour s'opposer à l'envahissement complet de la veine ophtalmique. Dès les premiers symptômes morbides observés du côté de l'orbite, c'est-à-dire l'apparition d'un léger œdème des paupières, d'un peu de chémosis, il a de suite pratiqué un vrai barrage des vaisseaux veineux et lymphatiques qui vont de la face à l'orbite, a sectionné au thermocautère de propos délibéré et la veine faciale à l'angle interne de l'œil et toutes les parties molles jusqu'à la région osseuse sous-orbitaire. Il a ainsi réussi à arrêter l'affection. La veine ophtalmique était envahie, il est vrai, mais l'affection était à ses premières heures, il a isolé immédiatement l'orbite et ses vaisseaux de la source d'infection. La phlébite ophtalmique a été réduite à son minimum de virulence. C'est ce qui explique le succès.

M. Bouchard, dans ses cours de 1888, a prouvé, en effet, que, dans toute infection, le nombre des microbes importe. C'est pourquoi, en supprimant de bonne heure la circulation veineuse qui servait de voie aux micro-organismes, il a arrêté l'envahissement de la veine ophtalmique et mis obstacle à celui du sinus caverneux.

En présence d'une guérison inespérée dans un cas d'une gravité extrême, guérison obtenue par un procédé qui ne paraît pas encore signalé, l'auteur a cru intéressant d'en faire la relation.

AFFECTIONS DU COU : LARYNX, CORPS THYROIDE

M. ABADIE (de Paris) a pratiqué la **section du nerf grand sympathique cervical dans certaines formes graves du goitre exopthalmique.** Voici le résumé de sa communication :

Le goitre exophtalmique est produit par un état permanent d'excitation des fibres vaso-dilatatrices du sympathique cervical. M. Abadie donne une démonstration clinique de cette affirmation et réfute les autres théories, en particulier celle de l'hyperthyroïdisation. Comme conséquence de cette nouvelle théorie, la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen doit guérir et faire disparaître tout au

moins l'exophtalmie. C'est ce qui a lieu en réalité. Pratiquée pour la première fois par le docteur Jaboulay (de Lyon), cette opération a réussi. Elle permettra à l'avenir de sauver les yeux, fatalement compromis par une projection en avant excessive.

M. JONNESCO (de Bucarest) prend la parole pour dire que, dans trois cas, il a pratiqué la **résection de tout le grand sympathique cervical**, et cela avec les **meilleurs résultats**. Nous publierons ses observations.

Puis M. PONCET (de Lyon) fait une communication sur **l'énucléation hâtive des goitres**. Nos lecteurs en trouveront le résumé au compte rendu de la séance du 20 octobre de l'Académie de médecine.

M. ADENOT (de Lyon) relate une observation de **libération longitudinale de la trachée comme traitement de la suffocation dans le cancer du corps thyroïde.**

Il s'agit d'une malade atteinte d'un cancer du corps thyroïde avec accidents graves de suffocation pour lesquels elle venait demander une trachéotomie. M. Adenot pratiqua une section de la tumeur sur une hauteur de 8 centimètres environ et disséqua une partie de la face antérieure de la trachée. Les accidents de suffocation cessèrent, la malade mourut environ huit mois après sans suffocation, après avoir repris ses occupations de vendeuse de fleurs à la campagne.

On peut compléter cette intervention, dans certains cas, par la thyroïdectomie partielle.

Avec M. TAILHFER (de Toulouse) nous ne quittons pas le corps thyroïde.

Il s'agit d'une **thyroïdite chronique** qui avait été prise pour un cancer thyroïdien. La thyroïdectomie partielle a été faite. L'examen histologique a été pratiqué. Treize jours après la thyroïdectomie partielle, hémorragie de l'artère carotide primitive gauche : tout le paquet vasculo-nerveux gauche du cou est saisi dans un clamp à défaut d'autre instrument. Vingt heures après la ligature du paquet vasculo-nerveux, aphémie et hémiplégie droite. Douze jours après la ligature du paquet vasculo-nerveux, panophtalmie septique de l'œil gauche. Quatre mois après la thyroïdectomie partielle, disparition totale de l'hémiplégie droite, tendance à la disparition de l'aphémie. Guérison des plaies cervicale et oculaire (la plaie consécutive à la thyroïdectomie partielle n'avait pas été suturée et l'œil gauche rempli de pus s'était ouvert spontanément).

M. PAUL RAUGÉ (de Challes) résume ainsi la relation de **dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale.**

Cette série de faits cliniques réunit, étiologiquement, presque toutes les variétés de tumeurs cervicales capables de déterminer la compression du récurrent et les troubles laryngo-moteurs, qui en sont la conséquence mécanique.

Au point de vue pathogénique, voici comment se décomposent les 10 observations personnelles que l'auteur a réunies dans son mémoire : 5 cas de tumeurs thyroïdiennes; 2 cas d'adénopathie cervicale; 1 cas de cancer de l'œsophage; 1 cas de mal de Pott cervical; 1 cas d'anévrysme de l'aorte.

Dans 9 cas, la paralysie du larynx ne portait que sur un seul côté (cinq fois à gauche, quatre fois à droite). Dans une seule des observations (cancer de l'œsophage), elle atteignait les deux cordes vocales.

Dans le plus grand nombre des faits (6), la corde vocale paralysée était fixée en position cadavérique (paralysie complète); plus rarement (quatre fois) en adduction permanente. Dans l'unique observation où la paralysie était bilatérale, l'une des deux cordes vocales se trouvait en abduction extrême.

Les symptômes fonctionnels étaient généralement en rapport avec le mode de déformation glottique observée au laryngoscope : dans les cas où la corde vocale se trouvait en position cadavérique, on constatait, le plus souvent, des désordres vocaux très marqués; il n'existait, en général, que des troubles respiratoires dans les cas d'adduction permanente. L'auteur observe, en terminant, que l'absence de dysphonie dans cette dernière catégorie de faits, est peu propre à attirer l'attention du côté de l'appareil vocal, et qu'à moins de pratiquer par hasard un examen laryngoscopique, que rien ne semble motiver, on est facilement exposé à laisser passer inaperçue cette forme de trouble moteur, qui ne s'exprime, le plus souvent, que par des phénomènes dyspnéiques, dont on ne songe pas toujours à accuser le larynx.

M. HAMON DU FOUGERAY (du Mans) étudie les **abcès du cou consécutifs aux suppurations aiguës de l'oreille moyenne.**

Les observations cliniques démontrent que certains abcès ou phlegmons du cou reconnaissent pour origine l'inflammation aiguë ou chronique de la caisse du tympan. Ces abcès ou phlegmons se manifestent dans les diverses régions latérales du cou. Au point de vue pathogénique, on doit les diviser en deux classes : 1° abcès directs; 2° abcès indirects.

La première comprend les abcès du cou qui dérivent du foyer purulent tympanique sans intermédiaires. Dans ce cas, l'infection suit la voie lymphatique directe. On peut en admettre deux variétés : 1° abcès du cou se manifestant alors que la caisse seule est enflammée; 2° abcès du cou se manifestant alors que la caisse et l'apophyse sont enflammées.

La seconde classe comprend les abcès qui sont le résultat de la propagation de l'inflammation primitive de la caisse à d'autres organes. Ils peuvent être divisés en deux variétés : 1° abcès du cou par pénétration directe du pus sortant des cavités de l'apophyse par une perforation osseuse; 2° abcès du cou consécutifs à une thrombose du sinus et de la jugulaire interne.

Au point de vue du mécanisme de ces abcès, on voit qu'ils peuvent se produire de trois manières : 1° par irruption du pus sortant de l'apophyse perforée et se répandant dans les tissus du cou sous-jacents; 2° par la voie veineuse; 3° par la voie lymphatique.

Il en résulte que le siège de ces abcès varie suivant leur mode de formation, et l'on comprend ainsi que, dans certains cas, ils puissent à eux seuls amener la mort.

La séance se termine par l'étude de certaines affections chirurgicales de la région thoracique. Deux communications importantes ont eu lieu. Celle de M. DELORME sur la **décortication du poumon dans la pleurésie purulente** et celle de M. TUFFIER sur les kystes hydatiques du poumon. Nous les publierons ultérieurement.

Séance du 21 octobre (soir). — Présidence de M. TERRIER.

AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC

La séance s'ouvre par une communication du DOCTEUR GIRARD (de Berne), sur le **traitement des diverticules de l'œsophage**. Après avoir parlé des différents modes de trai-

tement médical, le décubitus latéral pendant la déglutition, la faradisation qui combat l'œsophagisme, l'usage des médicaments antispamodiques, l'orateur arrive au traitement opératoire. Les gastrostomies ont donné peu de succès; cette intervention n'est qu'un pis aller qui ne doit guère s'adresser qu'aux diverticules inaccessibles, c'est-à-dire à ceux qui siègent dans la portion thoracique de l'œsophage. Cependant M. Girard cite le cas d'un malade qui guérit après s'être alimenté pendant deux ans par sa fistule gastrique. Mais, l'ayant laissée se refermer, deux ans après il fut pris des mêmes symptômes occasionnés précédemment par son diverticule et succomba.

Les seules interventions logiques sont celles qui s'adressent directement à la lésion, quand celle-ci est accessible, c'est-à-dire siège dans la région cervicale. L'extirpation du diverticule a été tentée nombre de fois, mais avec de nombreux insuccès, et sauf un cas de guérison immédiate due à M. Kocher (de Berne), les cas qui ont guéri (60 p. 100) se sont compliqués de phlegmons, de fistules cervicales, ou d'hémorragies graves.

M. Girard, se basant sur ce fait que l'œsophage peut contenir des polypes assez volumineux, sans être gêné dans son fonctionnement, a eu l'idée d'envaginer le diverticule dans l'œsophage et de le suturer ainsi. De la sorte, on évite les complications opératoires résultant de l'ouverture de l'œsophage. Il a opéré deux fois de cette façon des diverticules qui avaient la forme et le volume d'un doigt et à pu enregistrer deux succès.

M. PÉAN prend la parole sur la **chirurgie de l'estomac**, il donne les résultats de sa pratique et conseille aux jeunes chirurgiens de ne pas se laisser aller à un excès d'opérations sur cet organe. Nous publierons sa communication.

M. FONTAN (de Toulon), frappé, comme tous les chirurgiens, des nombreux inconvénients que présentait, pour le malade gastrostomisé, l'écoulement au dehors du suc gastrique, et désireux d'éviter l'affaiblissement dû à la perte de ce liquide, l'érosion et l'ulcération si douloureuse des bords de la fistule, a eu recours à un **nouveau procédé de gastrostomie**.

Voici, en quelques mots, la technique fort ingénieuse qu'il préconise.

Après avoir fait, au lieu d'élection, la ligne d'incision et trouvé l'estomac, il recherche un point non déclive de la face antérieure du viscère, près de la petite courbure; il saisit avec une pince l'endroit choisi et lui fait faire hernie au dehors. Cette hernie a la forme d'un cône dont il tire le sommet par une pince. La base de ce cône est fixée au pourtour de l'incision par une collerette de 12 à 15 points de suture, puis le cône hernié étant invaginé par la pince qui le repousse en dedans, les lèvres du cône renversé sont suturées, de façon à maintenir l'invagination, la pince est retirée et un long bistouri étroit fait une petite ponction, là ou elle était implantée. Une sonde de Nélaton est introduite à frottement et fixée au bord de la plaie cutanée. Toute l'incision de la paroi est alors réunie. Au bout de quelques jours la sonde est retirée et il reste un canal qui ne laisse échapper aucune goutte de liquide.

M. Fontan a ainsi opéré un sous-officier de la marine qui avait un rétrécissement infranchissable de l'œsophage à la suite d'ingestion de potasse caustique; depuis dix-huit mois, ce malade a engraissé de 14 kilogs et se livre aux durs exercices du métier militaire, marche, manœuvres, etc.

Ce procédé « valvulaire » de gastrostomie paraît donc recommandable à tous égards.

Avec M. Chaput commence une série de communications sur la chirurgie de l'estomac, qui ont eu le don de susciter une discussion des plus vives et de donner à cette séance du Congrès une allure des plus intéressantes. Exposons d'abord les communications :

M. CHAPUT relate un **cas de pylorectomie pour cancer de l'estomac au début.**

« J'ai opéré, dit-il, le 18 juillet dernier, un malade, envoyé par MM. Mathieu et Toupet. Ce malade, âgé de cinquante et un ans, présentait des signes évidents de sténose gastrique : vomissements abondants, fétides, survenant toutes les nuits; en outre, évacuation, par la sonde gastrique, d'une grande quantité de liquide fétide le matin à jeun. L'état général était bon, pas de signes de cancer.

La laparotomie médiane révèle un anneau néoplasique au pylore; après résection de cette masse, fermeture en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum par une suture à deux étages.

J'établis ensuite une gastro-entérostomie entre la première anse du jéjunum et la face antérieure de l'estomac.

Je fais un grand pli à l'estomac au moyen de deux grandes pinces courbes; j'incise ce pli, je borde cet orifice d'un surjet à la soie.

J'introduis mon bouton dans l'incision, et je noue le surjet au fond de la gouttière du bouton. Même manœuvre sur l'intestin.

A travers les parois stomacales et intestinales, je rapproche les bords de la gouttière du bouton, ce qui me dispense d'un second étage de sutures.

Guérison très simple. Le malade va très bien, il a complètement cessé de vomir et a augmenté de 19 livres depuis l'opération.

L'examen hystologique a montré une hypertrophie musculaire du pylore, avec une petite ulcération de la muqueuse. Sur un des bords de cette ulcération, on constate un petit îlot microscopique de tubes d'épithélium pavimenteux, métatypique, lésion caractéristique du cancer d'après M. Toupet.

Il y a lieu d'insister sur les points suivants : bénignité d'une opération précoce; simplicité et rapidité extrêmes de la gastro-entérostomie avec mon bouton; probabilités en faveur de la non-récidive d'un noyau cancéreux, non encore visible à l'œil nu. »

M. DOYEN refait, à peu de choses près, la communication qu'il avait faite l'année dernière au Congrès, et vante les résultats de sa méthode; il est l'ennemi de tous les boutons anastomotiques, et croit qu'avec les sutures en surjet, on peut aller aussi rapidement qu'avec n'importe quel bouton, même des plus perfectionnés.

M. HARTMANN relate une **observation de rétrécissement du pylore**, rétrécissement à marche rapide, consécutif à une ingestion de liquides caustiques.

« Chez un homme de cinquante ans, ayant avalé un demi-verre d'acide chlorhydrique, le 2 août 1894, ayant eu une hématémèse abondante le 18 août, puis, au bout de trois semaines, des phénomènes de sténose pylorique à marche rapide j'ai, le 3 janvier 1895, pratiqué une gastro-entérostomie antérieure, avec double surjet à la soie. L'estomac était rigide, piqueté de rouge, mais ne se laissait néanmoins pas couper par les fils.

La guérison se fit sans incident et aujourd'hui, vingt-deux mois après l'opération, les digestions se font normalement.

En pareil cas, quelques chirurgiens ont eu recours à la pyloroplastie. Tel Kadiane, qui l'a pratiquée trois fois. Une de ses malades est morte; l'opération avait été pénible, et, pour franchir le pylore, il avait dû faire le cathétérisme rétrograde par une incision du duodénum.

Le plus grand nombre a pratiqué avec succès la gastro-entérostomie. Celle-ci nous semble devoir être faite avec le simple surjet à la soie. Les divers boutons préconisés, les procédés en deux temps préconisés par Pentsnikow, par Bastinelli et réédités avec quelques modifications, dans ces derniers temps, n'ont rien pour nous satisfaire. »

A la suite de cette communication, M. KOCHER (de Berne) fait connaître les résultats de ses cas de **gastrectomie** pour cancer. Il peut réunir 24 cas, ayant donné 4 cas de mort immédiate. Des 20 restant 3 seulement ont pu être suivis. L'un, ayant les attributs de la plus parfaite santé, s'est noyé accidentellement deux ans après l'opération. Un autre est déjà opéré depuis huit ans et demi; un troisième depuis trois ans et demi. Ces trois cas constituent sans doute une faible proportion de survie, mais tel qu'il est ce résultat est encourageant, étant donné la gravité du mal et de l'opération pour y remédier.

M. ROUX (de Lausanne) se lève ensuite pour défendre les procédés de gastro-entérostomie qu'il a déjà fait connaître pour éviter les accidents que M. Doyen cherche à éviter par ses procédés trop complexes. Il abouche directement l'intestin dans l'estomac, sans recourir à l'anastomose latérale.

Quant aux boutons anastomotiques, en voyant la série d'accidents qu'ils déterminent, la difficulté de leur élimination, il demande à ceux qui l'emploient s'ils seraient bien rassurés s'ils se connaissaient porteurs, quelque part, sur leur tube digestif, d'un corps étranger aussi menaçant.

A la suite de cette déclaration, M. MONTPROFIT (d'Angers) relate une observation de pylorectomie, suite de rétrécissement cicatriciel. Son malade a bien guéri. Il se range manifestement du côté des « suturistes » contre les « boutonnistes ». M. DELAGENIÈRE (du Mans) vient appuyer les assertions de M. Montprofit; il a malheureusement eu recours aux boutons anastomotiques et il leur doit manifestement plusieurs accidents mortels. Aussi en terminant déclare-t-il bien haut que jamais plus il n'aura recours à eux.

M. GUELLIOT (de Reims) apporte au Congrès la relation de deux cas de **symphyse stomacale**. Après avoir reconnu la rareté de ces **périgastrites adhésives totales**, constituant une véritable soudure de l'estomac aux organes voisins, il rappelle les deux communications faites en 1894 à la Société de chirurgie, par M. Terrier, et vient apporter aujourd'hui deux faits nouveaux :

« Dans un premier cas, la cause de la symphyse est un ulcère de l'estomac, et l'opération dut être faite sept ans après le début des accidents; dans la seconde observation, c'est un traumatisme qui a produit une simple bride péritonéale, rétrécissant le côlon transverse. Une laparotomie, absolument normale quant à ses suites apparentes, est suivie d'une production d'adhérences qui accolent l'estomac au foie et la paroi abdominale; et cette symphyse se reproduit encore après une seconde intervention.

L'ulcère de l'estomac est de beaucoup la cause la plus fréquente de ces adhérences diffuses; on signale des cas nouveaux à la suite de fièvre typhoïde, d'abcès du foie, de calculs biliaires. Quant à l'intervalle qui sépare l'accident primitif de l'époque ou l'opération est jugée nécessaire, il varie depuis cinq mois (Terrier) à plusieurs années : cinq ans (Loreta), six ans (Mayo Robson), huit ans (Terrier), douze ans (Championnière), quinze ans (Bouveret et Jaboulay).

Chez nos deux opérées, la soudure stomacale se traduit par des douleurs survenant pendant la digestion, lorsque les adhérences contrarient les mouvements péristaltiques de l'estomac; les aliments les plus légers ne sont plus supportés; des vomissements surviennent qui empêchent l'alimentation, et l'amaigrissement s'accentue de plus en plus.

L'estomac se dilate (Obs. I), comme Mayo Robson et Roberts l'avaient déjà signalé, comme le cœur se dilate dans la symphyse cardiaque; ou bien il s'abaisse, entraîné par les adhérences, ainsi que le côlon transverse (Obs. II).

Les adhérences sont intimes, épaisses, en nappe; elles soudent réellement l'estomac à la face inférieure du foie et leur dissection est longue et difficile. M. Championnière les trouve « épaisses comme le pouce et dures comme du bois »; Hofmeister croit d'abord à une tumeur maligne; la même erreur est commise par M. Terrier, chez sa première malade, et il faut un examen histologique pour montrer qu'il ne s'agit que d'un néoplasme inflammatoire.

Il est évident que le seul traitement rationnel est la libération de l'estomac; elle a toujours été suivie d'une rapide amélioration. Malheureusement, la récidive est toujours à craindre. Certes, elle n'est pas fatale. Eiselberg a constaté qu'un malade de Billroth se portait bien six ans après l'opération; une des opérées de M. Terrier et une des nôtres continuaient à bien digérer un an après l'intervention; M. Championnière dit aussi que son malade a guéri d'une façon définitive. L'observation d'autres opérés a été publiée trop tôt pour qu'on puisse parler de guérison certaine.

Quant aux moyens proposés pour éviter cette récidive, ils sont bien précaires.

Mayo Robson pense qu'on peut empêcher la reproduction des adhérences « si l'on a soin d'arrêter toute hémorragie post-opératoire, d'écarter un peu l'estomac et le foie, et de bien nettoyer et sécher leurs surfaces ».

Kelterborn, cité par M. B. de Jolinière, conseille de toucher toutes les surfaces cruentées avec le thermocautère; Condonsis propose de les recouvrir d'une collerette péritonéale : deux moyens qui ne sont de mise que pour des adhérences partielles et limitées.

Dans un cas, l'onction avec la vaseline iodoformée ne nous a donné aucun résultat, par contre, l'hépatopexie, éloignant le foie de l'estomac, a paru éviter, chez une de nos opérées, le retour de la convalescence. C'est un procédé qui pourra sans doute rendre service dans des cas analogues.

On devra aussi, par des opérations appropriées, remédier aux lésions secondaires. Loreta a fait une fois la dilatation digitale d'un pylore bridé par des adhérences; chez nos opérées, la dilatation de l'estomac, la ptose de cet organe et du côlon ont été traitées par la gastroplication, la gastropexie et la colopexie. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 123. — MARDI 27 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 27 OCTOBRE 1896. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 26 octobre 1896.

M. Achard présente, à la Société médicale des hôpitaux (23 octobre), une femme chez laquelle il a diagnostiqué l'**oblitération de la veine cave supérieure**. Cela se traduit naturellement par une gêne marquée de la circulation dans la partie supérieure du corps, qui est œdématié ; la dérivation veineuse se fait par un réseau sous-cutané très apparent. La cause de l'oblitération de la veine cave est restée indéterminée. Cette lésion peut très bien se compenser, ainsi que le démontre l'histoire d'un malade présenté à la Société, par M. Comby, il y a trois ans, dans des conditions tout à fait analogues ; il est toujours vivant, il a même repris ses occupations ordinaires. Il ne semble pas que la perméabilité de la veine cave supérieure se soit rétablie.

D'après M. Comby, la **vulvo-vaginite** des petites filles peut donner lieu à des hémorragies assez abondantes; elles font croire souvent aux parents à l'établissement prématuré des règles. Le sang est fourni par de petites végétations qui siègent à l'orifice de l'urèthre.

M. Hayem continue l'intéressante série de ses communications sur l'**anatomie pathologique des gastrites**. Il étudie cette fois les lésions dégénératives des cellules glandulaires.

Il n'a jamais rencontré la dégénérescence graisseuse que les ouvrages classiques signalent, cependant, comme fréquente. Par contre, il a vu souvent l'infiltration séreuse ou albumineuse des cellules bordantes et des cellules principales, produire un état vacuolaire de ces éléments anatomiques. Il signale encore la désintégration granuleuse avec multiplication des noyaux; il l'a rencontrée dans un cas d'ictère infectieux.

Dans un autre cas, chez un tuberculeux, il a vu les cellules glandulaires tassées, aplaties et comme laminées; c'est ce qu'il dénomme l'état épidermoïde.

Il est intéressant de mettre les lésions en regard des causes qui leur donnent naissance. L'influence nocive de l'alcool se traduirait souvent par un état grenu des cellules principales et des cellules bordantes; le noyau disparaît, de telle sorte que la cellule nécrobiosée ne représente plus qu'un corpuscule grenu dépourvu de noyau. Parfois les cellules deviennent translucides, puis vacuolaires, et il est impossible, souvent, de distinguer les cellules principales des cellules bordantes.

Comme lésion d'origine alcoolique, M. Hayem décrit encore des érosions de la muqueuse, dues à une véritable eschare superficielle ; on les rencontre aussi sous l'influence de l'absinthisme et de diverses infections.

M. Chauffard avait fait voir, à la Société, une malade hémophilique, qui présentait une série de petits **angiomes cutanés**, et chez laquelle des **hémorragies purpuriques** se produisaient au niveau de ces angiomes. Récemment, M. Rendu a observé une femme qui, ayant également des angiomes cutanés, a eu des épistaxis rebelles et des taches de purpura. Il est toutefois à remarquer qu'ici M. Rendu ne signale ni l'hémophilie, ni les hémorragies au niveau des angiomes de la peau.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Dixième Congrès.

Séance du 21 octobre (soir), — Présidence de M. TERRIER.

AFFECTIONS DES INTESTINS

M. SOULIGOUX (de Paris) finit la série des communications sur la chirurgie de l'estomac. Le jeune chirurgien parle avec netteté et conviction; il expose clairement son procédé d'anastomose que nos lecteurs connaissent (1) et qui a déjà fait le sujet d'une communication à la Société de chirurgie. Rapidité extrême d'exécution, facilité grande, efficacité certaine : telles seraient les qualités de la **nouvelle méthode d'anastomose** proposée. A l'appui de son dire, M. Souligoux cite la relation des cas qu'il a vu opérer dans les différents services chirurgicaux de Paris.

Ce procédé toutefois a le don de déplaire vivement à M. Doyen qui, de sa place, proteste énergiquement contre une pareille méthode « puérile et rétrograde », dit-il, et qui n'est pas digne de l'époque actuelle, où un véritable chirurgien ouvre directement l'estomac et l'intestin. Mais l'opinion de M. Doyen n'est pas celle de M. Chaput, qui qualifie le procédé de M. Souligoux de « merveilleux », et

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 829.

« pour l'apprécier, dit-il, j'ai au moins, sur M. Doyen, l'avantage de l'avoir expérimenté ».

M. Picqué, dans le service duquel ce procédé a été appliqué six fois déjà, déclare en être un partisan convaincu, étant donné l'excellence des résultats obtenus et la simplicité de la technique opératoire.

Comment convient-il de traiter **les contusions et les plaies de l'abdomen?** Ce problème nous vaut une intéressante dissertation, lue par M. DEMONS et que nous serons heureux de reproduire. M. RECLUS profite de cette discussion, pour faire abandon de ses opinions passées et dire que, sauf réserve pour les coups de couteau, il n'est plus, quand il s'agit de traumatisme de l'abdomen, partisan de la pure abstention, mais bien au contraire de la laparotomie large et précoce.

M. AIMÉ GUINARD (de Paris) traite de la **laparotomie précoce dans les contusions de l'abdomen.** Voici le résumé de sa communication :

« Lorsque l'intestin est perforé par la suite d'un traumatisme de l'abdomen, on aura d'autant plus de chances de guérir le malade qu'on aura pu faire une opération plus précoce. Le succès en pareil cas est surtout réservé aux interventions hâtives. Deux fois j'ai été appelé, le 5 et le 7 mai 1896, dans le service de M. Quénu à Cochin pour des blessés qui avaient reçu, l'un un lourd madrier sur le ventre, l'autre un violent coup de pied de cheval sur l'abdomen; j'ai fait ainsi deux fois la laparotomie et deux fois j'ai trouvé une rupture de l'intestin avec issue des gaz et des matières dans la cavité péritonéale. Malheureusement, au moment de mon intervention, l'accident datait déjà de trente-six heures et mes deux malades ont succombé, l'un quarante-deux heures, l'autre vingt-six heures après l'opération, malgré des injections à doses élevées de sérum artificiel dans les veines (6 litres en vingt-quatre heures). Dans un troisième cas, au contraire, j'ai obtenu un succès éclatant dans le service de M. Nélaton à Saint-Louis. Une jeune fille de vingt ans avait reçu dans une rixe, devant l'hôpital même, un coup de couteau dans l'aine gauche. Je me trouvais à Saint-Louis à opérer une hernie étranglée au milieu de la nuit, quand la blessée fut apportée. J'ai donc pu intervenir immédiatement : j'ai suturé deux perforations de l'intestin grêle, et une large déchirure du mésentère par où une volumineuse artère donnait beaucoup de sang. Mon opérée a guéri en quelques jours sans la moindre complication péritonéale, bien que je n'aie pas fait de drainage. Je suis convaincu que ce succès est dû en partie à la précocité de l'opération. Et si mes deux autres opérés ont succombé, c'est qu'on n'est pas intervenu assez hâtivement. J'appelle l'attention sur deux symptômes qui me paraissent des plus importants pour diagnostiquer la perforation de l'intestin en cas de contusion de l'abdomen. C'est d'abord la sonorité tympanique pré-hépatique et, en second lieu, une contraction des muscles abdominaux qui empêche complètement toute exploration manuelle profonde. Les malades, en pareil cas, ont « le ventre en bois » et plutôt rétracté que ballonné. Malheureusement en dehors de ces deux signes que je regarde comme pathognomoniques de la perforation traumatique de l'intestin, il y a le plus souvent une véritable impossibilité à affirmer le diagnostic. C'est pour ces cas douteux que je conseille une boutonnière exploratrice précoce. Au lieu de temporiser et d'attendre que quelque phénomène grave permette de poser le diagnostic et force la main au chirurgien, pourquoi ne pas intervenir immédiatement dans tous les traumatismes graves de la paroi abdominale? En pareil cas, voici la règle que je conseille. Il faut pratiquer au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, une boutonnière de 2 centimètres. Si, comme cela m'est arrivé dans mes trois observations, on trouve dans la cavité péritonéale des gaz, des matières fécales ou du sang, on agrandit rapidement l'incision et on cherche la lésion viscérale; si, au contraire, la cavité péritonéale est intacte, on referme la boutonnière étroite qu'on avait pratiquée. Dans ce dernier cas, on peut affirmer qu'on n'a aggravé en rien l'état du blessé; c'est vraiment une opération absolument innocente que celle qui consiste à ponctionner ainsi le péritoine et on ne saurait parler de choc consécutif. Si cette pratique se généralise, on ne laissera plus jamais passer inaperçues pendant trente-six ou quarante-huit heures des lésions intestinales qu'il est si facile de déceler par une intervention simple et facile. Je conclus donc en disant que la boutonnière exploratrice immédiate doit toujours être pratiquée en cas de contusion grave de l'abdomen; si la cavité péritonéale contient des gaz, des liquides fétides ou du sang, l'opération deviendra curative; sinon on refermera la boutonnière qui n'aura causé assurément aucun dommage. On est assuré par cette pratique de ne pas méconnaître des lésions fatalement mortelles qui peuvent, pendant vingt-quatre et même trente-six heures, ne se manifester par aucun symptôme caractéristique. »

M. MICHAUX n'est guère partisan de la petite incision exploratrice préconisée par M. Guinard, elle est insuffisante pour reconnaître une lésion traumatique de l'intestin, lésion qui peut même échapper à l'investigation attentive faite au cours d'une large laparotomie. M. Michaux reste de plus en plus fidèle aux doctrines qu'il a préconisées depuis longtemps déjà, c'est-à-dire à la laparotomie large, aussi précoce que possible.

M. DEMOULIN relate une observation de **plaie incomplète du cæcum avec issue de l'épiploon,** qu'il a pu guérir par la laparotomie pratiquée d'urgence.

M. DEPAGE (de Bruxelles) donne une meilleure technique de l'**extirpation du rectum.** Il recommande la position gynécologique forcée, l'incision rectiligne avec résection presque toujours limitée au coccyx, et il attire surtout l'attention sur la nécessité de laisser, autour du bout supérieur du rectum, le plus de tissu cellulaire possible, afin de respecter les artères nourricières et d'éviter le sphacèle.

Plaie pénétrante de l'abdomen par tesson de bouteille. Hernie d'une grande partie de l'intestin grêle, de l'épiploon, du côlon et de l'estomac : tel est le titre de l'observation lue par M. J. REBOUL (de Nîmes).

Une enfant de quatre ans, en tombant sur un tesson de bouteille, se fait une large plaie du flanc gauche, il se produit immédiatement une hernie de la plus grande partie de l'intestin grêle. Je vois l'enfant trois quarts d'heure après l'accident. Ne pouvant réduire l'intestin hernié, je recouvre le paquet intestinal d'un pansement antiseptique, et fais transporter l'enfant à l'Hôtel-Dieu, où j'interviens une heure et demie après l'accident. Pendant le transport, la hernie des viscères a augmenté; en outre des anses intestinales, l'épiploon, une partie du côlon et de l'estomac font hernie à travers la plaie. Anesthésie légère au chloroforme. A cause du volume de l'éventration et de l'étranglement des

organes herniés, je suis obligé d'augmenter l'étendue de la plaie. La réduction, impossible auparavant, devient alors facile. Pas de lésions profondes, pas de perforations intestinales. Après toilette des organes herniés, qui sont fortement injectés et agglutinés par des adhérences filamenteuses blanchâtres (début de péritonite), je les réduis en ayant soin de les disposer régulièrement dans la cavité abdominale; sutures de la paroi par trois plans de suture; pansement ouato-collodionné; glace sur le ventre; suites normales; guérison parfaite.

Le docteur Reboul insiste sur la rareté de ce cas, sa gravité, l'importance d'une intervention rapide et la guérison que l'on peut obtenir, même lorsqu'il y a déjà péritonite.

M. DELORME fait une communication sur le **traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead.** Nous y reviendrons.

Après lui, M. JULLIEN (de Paris) lit quelques considérations sur la **blennorragie ano-rectale.**

L'auteur soutient que la blennorragie ano-rectale est d'une grande fréquence dans les services spéciaux, et expose les signes caractéristiques : goutte, condylome, fissure, qui permettent d'arriver au diagnostic.

La goutte contient le gonocoque, parfois associé à nombre d'autres microbes du rectum, mais souvent isolé, si bien qu'il est difficile de distinguer ce pus du pus uréthral; les observations cliniques et microscopiques l'ont fait reconnaître aussi bien sur le rectum que sur l'anus.

Le condylome est on ne peut plus caractéristique, mou, flasque, rosé, et pour ainsi dire sans consistance.

La fissure, peu étendue, ne dépasse que rarement la région sphinctérienne.

Cette affection est interminable, et extrêmement rebelle. Il n'est pas douteux que cette longue suppuration ne puisse devenir l'origine de rétrécissements, comme l'urèthre en souffre après les chaudepisses invétérées. L'auteur a pu observer le début d'une angustie de ce genre par une colonne fibreuse le long de la paroi recto-vaginale.

Parmi les complications, il faut signaler la production d'ulcères mixtes, blenno-chancrelleux ou blenno-syphilitiques primitifs, secondaires ou tertiaires, sur lesquels l'auteur a été le premier à appeler l'attention.

Voici comment le PROFESSEUR HEYDENREICH (de Nancy) résume sa communication **sur une modification à l'opération de la hernie crurale étranglée.**

Il est aujourd'hui admis assez généralement que l'agent de l'étranglement, dans la hernie crurale, est d'ordinaire extérieur au sac. Ainsi s'expliquent, du reste, les succès fournis dans le traitement de la hernie crurale étranglée, par l'opération de J.-L. Petit, ou kélotomie sans ouverture du sac. Si cette opération a été abandonnée, c'est à cause de l'incertitude dans laquelle elle laisse le chirurgien sur l'état de l'intestin.

Cependant, la kélotomie suivant le procédé habituel est passible de sérieuses objections. En faisant le débridement par l'intérieur du sac, on est exposé à blesser l'intestin. D'autre part, en cas de lésion d'un vaisseau, le sang s'écoule dans le péritoine, et l'hémorragie est difficile à arrêter. Enfin, si l'on achève l'opération par la cure radicale, on risque de déchirer davantage le péritoine incisé au niveau du collet du sac.

Pour éviter ces inconvénients, je propose le procédé suivant : on commence l'opération suivant la méthode habituelle, et on ouvre le sac herniaire, pour examiner son contenu. On pratique alors le débridement extérieurement au sac. Puis on attire l'intestin au dehors, et on achève l'opération comme d'ordinaire.

Ce procédé donne toutes garanties contre la blessure de l'intestin. Si un vaisseau est lésé lors du débridement, le sang ne s'écoule pas dans le péritoine, et l'hémorragie, qui est extérieure, est facile à arrêter. Enfin, si l'on achève l'opération par l'extirpation du sac herniaire, on agit sur un collet du sac intact, et la manœuvre est facile.

Le plus souvent, ce débridement extérieur suffit : l'intestin se laisse attirer au dehors. S'il reste un obstable, il n'y a qu'à introduire le doigt dans le collet du sac et à élargir l'ouverture, ou bien à déchirer quelques brides, à détruire quelques adhérences. Ce n'est que dans les cas exceptionnels, lorsque le collet lui-même est l'agent de l'étranglement, qu'il sera nécessaire de faire, en plus, un débridement à l'intérieur du sac.

M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) communique **deux observations rares de hernie.** La première a trait à une femme de trente et un ans, enceinte pour la cinquième fois. Vers le sixième mois, cette femme fut prise de vomissements incoercibles de la grossesse que rien ne parvenait à calmer. Après examen, M. Bousquet pensa que ces vomissements étaient dus à une ancienne hernie ombilicale disparue, mais qui avait laissé des adhérences épiploïques sur lesquelles tiraillait l'utérus développé. L'intervention justifia cette manière de voir. La laparotomie permit de constater la présence des adhérences présumées, et leur résection amena la cure radicale des vomissements.

La patiente accoucha à terme d'un enfant bien portant.

La deuxième observation, présentée par M. le docteur Bousquet, se rapporte à un cas de hernie inguino-labiale de l'ovaire droit, devenue kystique après son issue hors de l'abdomen. Des phénomènes d'étranglement s'étant produits, cette hernie fut opérée à la façon ordinaire et l'intervention permit de reconnaître l'existence du kyste ovarien dont le pédicule fut lié et réséqué de la manière ordinaire.

M. Bousquet a retrouvé, dans la littérature, huit cas semblables qui tous n'ont été reconnus qu'à l'opération.

M. CH. MONOD appelle l'attention sur **certains cas d'hydrorrhée consécutive aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin chez la femme,** pouvant en imposer pour une fistule urinaire.

A la suite de certaines interventions sur les organes du petit bassin chez la femme (ovariotomie, hystérectomie abdominale ou vaginale, voire même simple incision de cul-de-sac), il peut se produire par une ouverture abdominale ou vaginale qui devient fistuleuse, un écoulement liquide d'une abondance telle qu'il semble ne pouvoir être autrement expliqué que par une lésion des voies d'excrétion de l'urine, uretère ou vessie.

Mais ce liquide n'a ni la couleur, ni l'odeur si caractéristique de l'urine; il en diffère aussi par sa composition chimique, en ce sens qu'il ne contient pas trace d'acide urique et que l'urée qu'il renferme est toujours en faible proportion ; de plus, les substances qui filtrent facilement à travers le rein (iodure de potassium, salicylate de soude, etc.) font toujours défaut dans ce liquide, tandis qu'elles sont facilement retrouvées dans l'urine de miction.

Enfin, dans trois cas, l'écoulement, après avoir duré pen-

dant longtemps, a fini par se tarir, terminaison favorable qni ne s'observe guère dans les fistules urinaires.

M. Monod rapporte en détail l'observation personnelle qui a été le point de départ de ses recherches sur ce point.

Il en rapproche des cas analogues qui lui ont été communiqués par ses collègues MM. Bouilly, Pozzi, Segond. Il énumère les arguments sur lesquels on peut s'appuyer pour établir qu'il ne s'agit probablement pas en pareil cas d'une fistule urinaire.

Sans se prononcer sur l'origine de ce singulier écoulement, il fait remarquer que, du moins, il ne faut pas, chez ces malades, se hâter d'intervenir par une opération radicale, puisque la guérison spontanée peut survenir, bien qu'à très longue échéance.

M. JONNESCO fait une intéressante communication sur la **splénectomie**, ce qui suggère à M. HARTMANN les réflexions suivantes, au sujet de deux opérées de splénectomie :

« Chez la première de mes malades, porteuse d'une rate paludique, la rénovation globulaire a commencé dès la première semaine et en quinze jours le chiffre des hématies est passé de 1420000 à 2150000. Un an après, il était redevenu normal à 4200000, avec augmentation parallèle de la valeur en hémoglobine. Après deux ans, l'examen montrait une composition du sang normale.

Chez la deuxième malade, il s'agissait d'une ablation de rate hypertrophique. La veille de l'opération, le chiffre des hématies était de 4850000, avec valeur hémoglobinique normale. Les leucocytes atteignaient le chiffre de 30 à 35000. Il y avait donc une leucocytose marquée avant l'opération. Pendant les premiers jours qui suivirent, le nombre des hématies diminua dans de faibles proportions, celui des leucocytes augmenta, mais ces modifications furent transitoires. Deux ans après l'opération, le sang présentait une composition identique à celle antérieure à l'opération, soit une leucocytose légère.

En somme, dans les deux cas, diminution du nombre des hématies et augmentation des leucocytes après l'opération, puis retour à l'état antérieur. La modification passagère observée est-elle une conséquence de la splénectomie? Les examens de M. Vaquez tendent à établir le contraire en montrant des modifications identiques du sang après les laparotomies pour des lésions toutes différentes. »

M. POULLET (de Lyon) fait, sur la **guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse**, une communication que nous publierons ultérieurement.

Une communication de M. RÉMY sur un **cas d'angiocolite colibacillaire avec abcès multiples**, opéré et suivi de mort, termine la séance.

Séance du 23 octobre (matin). — Présidence de M. TERRIER.

AFFECTIONS DES VOIES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

I

REIN. — URETÈRE

La séance débute par une communication de M. PÉAN sur un cas de **néphropexie et hépatopexie simultanées**. Après avoir étudié la pathogénie de ces ptoses viscérales, M. Péan donne les conclusions suivantes :

1° La luxation du foie est une affection plus fréquente qu'on n'est tenté de le croire.

2° On peut lui décrire trois degrés : dans un premier degré, le foie dépasse notablement les fausses côtes ; dans un deuxième, il arrive à l'ombilic, et, dans un dernier, il le dépasse pour tomber dans la fosse iliaque et le bassin.

3° Les signes physiques fournis par la percussion et la palpation permettent rarement de reconnaître l'existence de l'affection, ce qui en rend le diagnostic très difficile.

4° Elle a été constamment confondue avec des néoplasmes du rein, du mésentère, etc., et surtout avec les kystes et les tumeurs solides développés dans le parenchyme hépatique.

5° Elle est très souvent associée à une chute du rein, de la rate et des intestins.

6° L'incision exploratrice est indispensable pour permettre de donner au diagnostic la précision nécessaire ; elle sera assez longue pour que le chirurgien puisse examiner le foie dans toute son étendue, reconnaître s'il est sain ou non et faire sans trop de difficulté l'hépatopexie.

7° L'incision transversale nous semble la meilleure, parce qu'elle est bien placée pour l'examen du foie, du rein droit et pour la recherche de ce dernier s'il est luxé ; de plus, elle a l'avantage de laisser en haut, au-dessous du foie, une surface de péritoine assez vaste pour permettre de faire l'hépatopexie, telle que nous la pratiquons.

8° Au lieu d'immobiliser le foie avec des fils qui le traversent, quand il a été réduit, nous avons coutume de créer immédiatement au-dessous de lui, aux dépens du péritoine pariétal antérieur et postérieur, un cloisonnement suffisant pour l'empêcher de retomber ; ce cloisonnement est fait à l'aide de fils de soie à anses séparées qui comprennent les séreuses et le plus possible de tissu fibro-celluleux ou fibreux ; un surjet de catgut renforce le premier plan de suture à la soie.

9° Cette hépatopexie sera faite toutes les fois que, à la suite de l'incision exploratrice, la glande hépatique aura été reconnue assez saine et assez mobile pour pouvoir être reportée et maintenue à sa place.

10° Quand le foie aura été reconnu trop hypertrophié ou malade, ou bien quand d'autres organes avoisinants sont gravement altérés (rate), il sera inutile de songer à le replacer dans sa situation normale.

11° S'il existe un déplacement concomitant du rein, on peut tenter, dans une seule et même séance, de faire à la fois l'hépatopexie et la néphropexie chez les malades qui semblent assez robustes ; dans le cas contraire, il faut remettre la fixation du rein à une époque ultérieure.

12° Le procédé de néphropexie que nous avons imaginé diffère de ceux qui ont été proposés jusqu'ici en ce que, au lieu de suturer la glande à la paroi thoraco-abdominale à l'aide de fils qui le traversent, nous créons au-dessous de lui, dans l'épaisseur de la couche musculaire, une sorte de loge artificielle, en reliant par des sutures à la soie, à anses séparées, et par des fils de catgut, la face profonde du péritoine pariétal aux bords sectionnés de l'aponévrose profonde du muscle transverse ; quant à la face antérieure de l'organe, elle est maintenue dans sa nouvelle position par une nouvelle suture à étages comprenant le reste de la plaie musculocutanée.

Ces conclusions sont suivies de l'observation de la malade, observation que nous aurons l'occasion de publier.

M. POUSSON (de Bordeaux) commence la série des communications sur les maladies spéciales aux voies urinaires proprement dites. Son mémoire a pour titre : **De la néphrectomie et de l'hydronéphrose compliquée d'oligurie avec accidents urémiques.**

L'exposé que fait M. ALBARRAN des résultats obtenus par une **série de 66 opérations pratiquées sur le rein**, est des plus intéressants, car l'orateur a ainsi l'occasion de passer en revue les lésions les plus importantes de l'appareil rénal; il en a tiré des conclusions intéressantes :

Rein mobile. — Il est utile de réséquer la capsule adipeuse du rein; cette précaution étant prise, il suffit de faire trois points parenchymateux, sans décortiquer la capsule propre. Les 23 opérés ont conservé leur rein bien fixé. Tous, sauf 2 névropathes, étaient guéris de leurs douleurs après l'opération.

La congestion du rein mobile, déterminant l'augmentation de volume de l'organe et la polyurie après la crise, peuvent faire croire à une hydronéphrose intermittente qui n'existe pas. On a vu d'abondantes hématuries dues à la congestion. Depuis un an, sur 9 opérés de rein mobile, M. Albarran a trouvé 3 reins lobulés, constatation qui vient à l'appui de sa conception du rein mobile, qu'il considère comme un stigmate de dégénérescence.

Hydronéphroses. — Sept malades ont été traités par la néphrorraphie simple; 2 par la néphrotomie. Ces malades ont guéri.

Pyonéphroses simples. — Sur 9 opérés, il y a eu 1 mort. Le diagnostic différentiel entre la pyonéphrose peu développée et la pyélonéphrite n'est certain que si l'on peut observer les décharges intermittentes de pus dans l'urine; mais ce symptôme peut manquer dans les pyonéphroses. Si, en pratiquant la néphrotomie, on trouve de la pyélonéphrite sans aucune rétention de pus, la meilleure conduite à tenir est de drainer le bassinet à travers le rein : si on ferme la plaie rénale, on pourra avoir des succès immédiats et être obligé plus tard d'intervenir à nouveau et de laisser alors le rein ouvert.

Tuberculose rénale. — Dans l'appréciation des indications opératoires, il faut tenir grand compte de l'infection urinaire banale, surajoutée aux lésions tuberculeuses. L'état cachectique du malade peut être dû en grande partie à cette infection secondaire, et c'est encore elle qui est en cause dans un certain nombre de cystites chez les tuberculeux : ces cystites sont, souvent, à tort, considérées comme de nature tuberculeuse.

Calculs. — La néphrectomie primitive dans les pyonéphroses calculeuses ne paraît presque jamais indiquée; il vaut mieux recourir à la néphrolithotomie ou à la néphrotomie avec drainage.

Cancer du rein. — Il ne faut extirper que les cancers bien limités, qui sont rares. Dans les gros cancers, il vaut mieux ne pas opérer, car ces malades peuvent vivre longtemps; M. Albarran connaît deux malades dont les tumeurs ont été jugées inopérables, il y a cinq ans et trois ans, et qui vivent encore.

Phénomènes réflexes consécutifs aux opérations rénales. — S'accompagnant toujours d'une oligurie plus ou moins prononcée, il existe à la suite de plusieurs opérations rénales des accidents réflexes très graves. Le plus fréquemment, il y a des vomissements incoercibles; le creux épigastrique ou la région lombaire sont douloureux spontanément et à la pression; le malade est pâle, anxieux, la pupille est rétrécie, le pouls petit et rapide, la température à peu près normale. Ces symptômes peuvent cesser après vingt-quatre ou trente-six heures; d'autres fois, ils se prolongent sans aucune atténuation, même après les injections intra-veineuses de sérum artificiel. Toutefois ils peuvent guérir, même après deux ou trois jours d'un état inspirant des inquiétudes; dans d'autres cas, la mort survient sans qu'on puisse rien trouver à l'autopsie.

M. LEGUEU a observé une **hydronéphrose consécutive à un rétrécissement de l'extrémité supérieure de l'uretère.** Il s'agissait d'une malade qui, depuis vingt ans, avait un rein mobile, lorsqu'un jour on constata dans l'abdomen une tumeur volumineuse et mobile, réductible dans la région lombaire. Une ponction faite par la voie abdominale amena l'issue d'une certaine quantité d'urine. M. Legueu vit la malade peu de temps après, conclut à l'existence d'une hydronéphrose du rein mobile et proposa une intervention qui fut refusée. Quatre ans après, cependant, la malade fut reprise un jour d'une douleur brusque et violente dans le côté; en même temps que le rein était plus tendu et plus sensible.

Elle accepta l'opération. Celle-ci eut lieu par la voie lombaire.

Le rein était totalement détruit et son parenchyme réduit à une mince feuille de papier. Il fut enlevé, et la malade guérit complètement.

A l'extrémité supérieure de l'uretère, il y avait un rétrécissement fibreux, annulaire et limité. L'uretère était rétréci au point de ne laisser passer qu'un stylet de très petit diamètre.

Il n'y avait rien dans le passé urinaire de cette malade pour expliquer le développement de ce rétrécissement. Il est probable que, sous l'influence de la mobilité rénale, une valvule s'était formée à la partie supérieure de l'uretère, et celle-ci s'est transformée en rétrécissement par suite d'une inflammation lente et chronique.

C'est un des rares exemples qui montrent la transformation d'une hydronéphrose ouverte en une hydronéphrose fermée.

M. MONPROFIT (d'Angers) relate un cas fort rare de **rupture traumatique d'un rein hydronéphrotique**, qu'il guérit par la **néphrectomie lombaire.**

Un adulte vigoureux et bien constitué fut, dans une rixe, et étant en état d'ébriété, pressé fortement contre le rebord d'une table de billard. Il fut apporté à l'hôpital d'Angers dans un état syncopal faisant songer à une grave hémorragie interne. On constatait, en outre, qu'il existait dans la région du flanc gauche, en même temps qu'une très vive douleur, une tumeur dure et arrondie du volume d'une tête d'adulte. Le diagnostic posé fut alors celui d'hémorragie dans la loge rénale, par suite de rupture du rein gauche. Malgré les moyens médicaux aussitôt mis en œuvre, l'état général du malade alla sans cesse en s'aggravant et il sembla bientôt que la mort était prochaine et inévitable. Le pouls était insensible, les extrémités froides, le malade pris de subdélire, voulant se lever, etc.

Dans ces conditions, il parut que l'indication à remplir était de mettre rapidement un terme à l'hémorragie interne qui épuisait peu à peu le patient. L'opération suivante fut alors pratiquée. On fit une incision à la région lombaire sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, des côtes à l'os iliaque, et on arriva sur une tumeur noirâtre, semi-

fluctuante, faisant saillie entre les lèvres de l'incision. Cette tumeur ouverte était constituée par un volumineux amas de caillots noirâtres, dont on évalue la quantité à environ 2 litres ; pour avoir plus de jour, une seconde incision perpendiculaire à la première fut pratiquée sur le milieu de la lèvre antérieure.

La poche nettoyée et débarrassée de ses caillots, on trouva, à la partie supéro-interne de la cavité, le rein complètement éclaté sur son bord convexe dans toute sa hauteur, deux petits fragments rénaux étaient totalement détachés et flottaient au milieu des caillots. Le rein fut pédiculisé et enlevé en totalité. L'hémostase assurée, la plaie fut tamponnée et partiellement réunie. La guérison se poursuivit sans incident notable et fut complète au bout d'un mois.

En examinant les vestiges du rein enlevé, on s'aperçut qu'il existait un certain degré d'hydronéphrose caractérisée par la dilatation du bassinet et des calices et l'amincissement du tissu rénal. Il s'agissait donc d'un rein hydronéphrotique, éclaté sous l'influence d'une violence extérieure et enlevé par la néphrectomie.

M. MAUNY (de Saintes) fait connaître une observation d'**hydronéphrose à marche suraiguë**, qu'il traita par la **laparotomie** et guérit par une **néphrectomie secondaire**, observation dont l'étude se termine par les conclusions suivantes :

Les tumeurs liquides du rein, latentes pendant longtemps, peuvent subir un accroissement rapide par suite d'une infection de la poche rénale.

Le diagnostic est alors impossible dans les formes suraiguës, avec envahissement de tout l'abdomen.

La laparotomie immédiate, remplissant la première indication, l'évacuation du pus, permettra en même temps de reconnaître le siège précis du mal et les lésions primitives.

Plus tard, pour combattre la fistule consécutive, il faut pratiquer la néphrectomie, lorsque l'on se sera bien assuré de l'intégrité absolue de l'autre rein.

M. JONNESCO (de Bucarest), inquiet des phénomènes de sclérose rénale que déterminent les fils à suture laissés à demeure dans le parenchyme rénal, a invoqué un procédé de suture lui permettant de retirer les fils fixateurs avec facilité. Ces fils traversent la paroi à quelques centimètres de la plaie, puis le parenchyme rénal, enfin l'autre paroi lombaire, et ressortent en un point symétrique de l'autre côté. Les extrémités libres de ces fils sont nouées sur des bourrelets de gaze. Les lèvres mêmes de l'incision étant réunies par des points séparés et indépendants, il suffit pour enlever les fils profonds de sectionner le nœud extérieur qui les fixe sur la gaze.

M. Jonnesco a, par des expériences nombreuses sur les chiens, constaté que, dès le cinquième jour, les adhérences rénales sont suffisantes. Nous pensons toutefois qu'il serait prudent d'attendre davantage avant de retirer ces fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 octobre 1896 :

ARTICLE PREMIER. — Les cadres réglementaires du personnel du corps militaire de santé des colonies sont fixés ainsi qu'il suit : 1 médecin-inspecteur de première classe; — 1 médecin-inspecteur de deuxième classe; — 6 médecins en chef de première classe; — 9 médecins en chef de deuxième classe ; — 23 médecins principaux; — 70 médecins de première classe; — 93 médecins de deuxième classe; — 1 pharmacien en chef de première classe; — 1 pharmacien en chef de deuxième classe; — 3 pharmaciens principaux; — 12 pharmaciens de première classe; — 21 pharmaciens de deuxième classe. — Total 241.

ART. 2. — Le personnel médical affecté soit aux pénitenciers, soit aux services payés par les budgets locaux, comprend : 1° des officiers du corps visé à l'article 1er, ou empruntés, à titre exceptionnel, à un autre corps de santé militaire, et placés hors cadres; 2° des médecins civils.

Les uns et les autres seront placés sous l'autorité directe des chefs de service, à la disposition desquels ils auront été mis.

ART. 3. — Les médecins du corps militaire de santé des colonies, détachés hors cadres dans la position visée à l'article précédent, conserverout leurs droits à l'avancement.

ART. 4. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret.

— Par décret, en date du 24 octobre 1896, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe des colonies Garnier et Gouzien.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe des colonies Doucet.

— Par décision ministérielle, en date du 16 octobre 1896, M. Munschina, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Sfax, a été désigné pour le 4e spahis, par permutation avec M. Guégan, médecin-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 21 octobre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins principaux de première classe Mutin, pour occuper les fonctions de directeur du service de santé du 5e corps d'armée; Rouflay, pour occuper les fonctions de directeur du service de santé de la division d'Oran; M. le médecin principal de deuxième classe Lepage, pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (médecin-chef).

— Le concours de l'adjuvat près la Faculté de médecine de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes :

Sont nommés aides d'anatomie : MM. Barbe et Cannac. — Sont nommés aides-adjoints d'anatomie : MM. Ballet et Chauvain.

— Le concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1897, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le lundi 7 décembre 1896, à midi précis, à la préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, à Paris. — Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 22 novembre 1896, de midi à cinq heures, 2, rue Lobau.

— M. le docteur Ange Glorie, médecin de l'hospice des enfants incurables de Saint-Jean-de-Dieu, rue Lecourbe, à Paris, est nommé chevalier de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert (de Toulouse), Bride (de Bois-d'Oingt), A. Lefèvre, médecin-major de première classe en retraite; Nassans (de Toulouse), Saux (de Saint-Gaudens); Vignes (de Corbeil); Césaire Villard (de Marseille).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les billets d'aller et retour délivrés du 30 octobre au 1er novembre seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 3 novembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 124. — JEUDI 29 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 29 OCTOBRE 1896. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 octobre 1896.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos maîtres en médecine, après s'être montrés longtemps, trop longtemps, réfractaires au progrès, à ce qu'ils appelaient les audaces de la chirurgie, en sont venus à reconnaître que, dans beaucoup de cas réputés jusqu'ici médicaux, il ne leur restait rien de mieux à faire que de passer la main au chirurgien. C'est ainsi que nous avons vu successivement les péritonites, en particulier la péritonite tuberculeuse, les appendicites, les affections des voies biliaires, certaines affections rénales et bien d'autres, passer du domaine de la médecine dans celui de la chirurgie.

Récemment encore, M. le professeur Dieulafoy faisait, à l'Académie, un brillant plaidoyer en faveur de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite. Aujourd'hui il plaide de nouveau et non moins éloquemment en faveur de l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. L'idée de traiter chirurgicalement ces perforations, comme toutes les perforations intestinales, n'est pas nouvelle. Toutefois on conçoit les hésitations du médecin à demander au chirurgien d'ouvrir le ventre de malades arrivés au quinzième jour d'une fièvre typhoïde grave, affaiblis par ces quinze jours de fièvre, mal préparés à faire les frais d'une intervention, somme toute, sérieuse. M. Dieulafoy déclare être passé par ces hésitations et ne s'être décidé que devant des chances presque certaines de mort s'il abandonnait le malade à lui-même. Dans l'unique cas où il a fait ainsi appel au chirurgien, il n'a eu malheureusement qu'un succès relatif; la perforation a bien été bouchée, mais il s'en est fait d'autres au-dessus qui ont emporté le malade. Quoi qu'il en soit, la conduite tenue, dans ce cas, par M. Dieulafoy, sera certainement suivie par des imitateurs. Nous sommes trop admirateurs des progrès de la chirurgie contemporaine pour ne pas applaudir à cette heureuse évolution de la médecine vers la chirurgie. Mais il ne faudrait cependant pas exagérer les indications de l'intervention chirurgicale dans les maladies médicales et ne pas aller jusqu'à formuler, par exemple, un traitement systématique de la dyspepsie ou de la dilatation stomacale par la gastro-entérostomie.

M. Albert Robin a fait une importante communication sur le chimisme respiratoire à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. Depuis deux ans, il poursuit, en collaboration avec M. Maurice Binet, l'étude de la respiration. Comparant les indications fournies par ces expériences avec celles qui proviennent de l'examen des urines, M. Robin est arrivé à constituer un faisceau important de faits applicables à la clinique et à la thérapeutique. Dans cette communication, il se borne à fixer les chiffres physiologiques qui lui serviront d'étalons quand il s'agira d'apprécier la valeur des variations pathologiques et à exposer les modifications subies par le chimisme respiratoire dans la fièvre typhoïde et sous l'influence des bains froids. Nous ne pouvons suivre ici M. Robin dans les développements qu'il a donnés sur cette intéressante question. Qu'il nous suffise de dire qu'au point de vue pratique, en ce qui touche le traitement de la fièvre typhoïde, c'est une nouvelle confirmation de l'efficacité des bains froids. Les actes d'oxydation étant des procédés de défense de l'organisme, le rôle du médecin doit être de favoriser, par tous les moyens possibles, l'absorption de l'oxygène et cela, non seulement dans la fièvre typhoïde, mais dans toutes les infections. Or les bains froids constituent l'un des moyens les plus propres à favoriser cette absorption d'oxygène par son action sur les échanges respiratoires.

M. Clozier (de Beauvais) lit une note sur le pouvoir hystéroclasique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires. Il cherche à établir qu'une excitation mécanique de la portion laryngée du pharynx permet de juguler tout paroxysme hystérique, à tous les moments de la crise. Il en serait de même de la titillation de la muqueuse nasale, de la membrane pituitaire, du pincement de la peau ou d'une pression énergique sur un point quelconque des téguments. C'est là, si on peut ainsi dire, une généralisation de la pression ovarienne.

Signalons, parmi les présentations, une information fournie par M. H. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur : M. Yersin aurait obtenu 20 guérisons sur 22 cas de peste bubonique traités par les injections de sérum antipesteux de l'Institut Pasteur.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Dixième Congrès.

Séance du 23 octobre (matin). — Présidence de M. Terrier.

AFFECTIONS DES VOIES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME ET DE LA FEMME

II

VESSIE ET ORGANES GÉNITAUX

M. Pozzi lit une note sur le **traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie.**

Il a employé, chez une petite fille de onze ans, un procédé nouveau qui a pour but de remplir une indication jusqu'ici négligée. Dans le cas d'exstrophie volumineuse, il existe une véritable éventration qu'il importe de maintenir réduite par une sangle à la fois cutanée et musculo-aponévrotique. M. Pozzi est parvenu à ce résultat en rapprochant d'abord les muscles droits écartés par la section des pubis au niveau des attaches inférieures de ces muscles; puis il a dédoublé inférieurement la paroi postérieure des gaines de ces muscles et les a suturées. Il a obtenu ainsi un plan intermédiaire aux deux plans cutanés, l'un profond, l'autre superficiel, grâce auxquels il reforme une paroi abdominale complète au-devant de l'exstrophie vésicale réduite. En outre, le lambeau cutané profond a été taillé d'une façon nouvelle qui offre de réels avantages. Le résultat obtenu est aussi parfait que possible.

M. Malherbe (de Nantes) relate une observation de **plaie de la vessie par empalement.**

Il s'agit d'une plaie curieuse de la vessie que l'on peut résumer en quelques lignes : Marthe L..., fille publique, veut pendant la nuit grimper à un candélabre pour éteindre une lampe électrique placée au-dessus de la grille d'un édifice public. Ses forces la trahissent, elle retombe et vient s'empaler sur un des fers de lance qui surmontent la grille. Ses compagnons la décrochent non sans peine et on la transporte à l'Hôtel-Dieu de Nantes vers deux heures du matin. L'interne de garde constate une plaie dans le pli inguino-crural gauche; il réduit des parties qui se présentent entre les lèvres de la plaie et parmi lesquelles il croit reconnaître de l'épiploon et peut-être une anse d'intestin. Il tamponne la plaie avec une mèche de gaze iodoformée. La fille est dans un état sub-syncopal; cependant elle se remonte un peu les jours suivants. Le second jour elle commence à rendre de l'urine par la plaie. On lui met une sonde à demeure. Après huit jours, la sonde est enlevée. L'urine recommence à couler par la plaie, et une injection de lait poussée par l'urèthre revient immédiatement par la plaie. On a donc la certitude que c'est bien la vessie qui est blessée.

En même temps, la température s'élève, et tous les soirs elle oscille entre 39 et 40 degrés. En palpant le trajet de l'uretère gauche, on sent un empâtement remontant presque jusqu'à la région du rein. On fait replacer une sonde à demeure et la vessie est lavée soigneusement tous les jours. Malgré ces précautions, il survient encore plusieurs poussées fébriles. Quand on palpe la région pubienne, on sent un gonflement dur et douloureux qui ne permet pas de bien se rendre compte des lésions. Enfin, la défervescence a lieu, le gonflement diminue ainsi que la douleur, et alors la palpation montre que la branche horizontale du pubis a été fracturée. Il y a un cal manifeste. Le fer de lance a donc passé par le trou sous-pubien. On ne saurait dire si c'est le fer de lance lui-même ou bien une esquille du pubis qui a déchiré la vessie probablement distendue au moment de l'accident.

On ne fit aucun traitement chirurgical que la sonde à demeure et les lavages vésicaux. Quand la plaie parut suffisamment fermée, on se borna à des sondages quotidiens qui, eux-mêmes, furent bientôt supprimés. Actuellement, un an après l'accident, la malade, qui a repris son métier peu hygiénique, reste en parfaite santé.

M. Routier, après avoir, comme la plupart de ses collègues, essayé les divers moyens préconisés contre la **cystite tuberculeuse**, en est arrivé à diviser cette maladie en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, qu'il prolonge le plus possible, il s'abstient de toute intervention locale, il proscrit aussi bien les instillations que les lavages et se contente d'instituer un traitement général, régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes ou sanglantes, que les malades sont, par les douleurs et les envies d'uriner, privés de sommeil, il pratique une cystostomie sus-pubienne; tout au plus, s'il y trop d'ulcérations, il les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, il fait par ce méat d'abord, puis par la voie uréthrale ensuite, pratiquer des lavages boriqués; on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable, 140, 160 grammes. Quand ce résultat est bien acquis, après trois, quatre, six mois, il referme le méat hypogastrique.

Il a opéré ainsi quelques malades, et vraiment les résultats sont encourageants.

Cette méthode est longue, mais n'entraîne avec elle aucune gravité.

M. Lavaux (de Paris) parle sur la **pathogénie de l'incontinence d'urine chez les calculeux** et présente un curieux et volumineux calcul vésical.

M. Vigneron (de Marseille) étudie **les infections péri-uréthrales et leur traitement.**

L'infection des glandes uréthrales est une complication fréquente des uréthrites. Dans les six cas, susceptibles d'intervention où il l'a rencontrée, elle siégeait dans la première portion de l'urèthre pénien.

Elle peut se limiter aux culs-de-sac glandulaires ou en dépasser les parois, gagner le tissu cellulaire péri-glandulaire et donner des abcès péri-uréthraux alors d'un certain volume. Abandonnés, ces abcès laissent une cavité infectée impossible à laver, se vidant mal dans l'urèthre, dont ils entretiennent la suppuration continue ou intermittente (deux cas). Souvent aussi ils s'ouvrent vers la peau et donnent alors en plus les ennuis de toute fistule externe (deux cas). Même quand la désinfection est obtenue et que la cicatrisation semble parfaite, il est prouvé dans deux de ses observations qu'un diverticule profond peut persister vers l'urèthre. En cas d'infection uréthrale nouvelle, on voit alors se reformer de nouveaux abcès péri-uréthraux aux points jadis contaminés.

On doit parer à ces accidents en traitant chirurgicalement toute glande infectée, à plus forte raison tout abcès ou fistule.

Dans ses six cas, l'intervention a été la suivante : *a.* ouverture large de l'abcès ou incision du trajet fistuleux; *b.* sécrétion de la paroi de la poche ou du trajet et destruction des lambeaux qui peuvent persister avec la curette tranchante ; *c.* désinfection de la plaie avec le liquide approprié à la nature de l'infection; *d.* suture si possible. Les jours suivants, on aura soin de continuer les lavages uréthraux, mais à faible pression.

Le résultat a été parfait dans les six cas. La réunion par première intention a été obtenue dans quatre cas sur cinq, où elle a été tentée. La cicatrice une fois obtenue s'est maintenue dans les six observations.

Le rétrécissement uréthral souvent ancien et rebelle a rapidement disparu une fois le foyer péri-uréthral oblitéré.

M. LOUMEAU (de Bordeaux) donne les résultats de son observation personnelle sur la **résection des canaux déférents et la castration dans l'hypertrophie de la prostate.**

1° Chez quatre malades, opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence sur les testicules, l'état de la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affectés de fréquentes orchites de cathétérisme, ont vu depuis l'opération leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde.

2° Chez deux autres vieillards prostatiques, pauvres et habitant la campagne, le cathétérisme était devenu très difficile et peu compatible avec les exigences des travaux des champs. La castration double amena, dans les deux cas, un excellent résultat, mais la guérison ne fut absolue que dans un cas.

Le premier de ces malades a vu sa rétention complète transformée en rétention incomplète, ce qui lui permet d'uriner facilement sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour pour assurer l'évacuation totale du résidu vésical. Le second a vu, au bout de trente-six heures, sa rétention complète disparaître et, depuis cette époque, sa vessie se vide entièrement sans sondage.

Dans l'un et l'autre cas, le volume et la consistance de la prostate ont été sensiblement améliorés par l'opération.

La prothèse testiculaire, appliquée dans un but moral à la suite de la castration, permet à ces deux vieillards, préalablement décidés au sacrifice thérapeutique de leurs testicules et aujourd'hui enchantés du résultat urinaire de l'opération subie, de penser qu'une opération moins radicale a suffi pour les guérir et qu'ils ont encore leurs vrais testicules au fond des bourses. Le bénéfice retiré de l'orchitectomie par la fonction vésicale est donc augmenté chez eux par la satisfaction consolante de croire à la persistance de leur virilité.

M. TÉDENAT (de Montpellier) étudie l'**ectopie inguinale du testicule et son traitement par l'orchidopexie.**

L'ectopie inguinale est la malposition la plus commune du testicule. Son intérêt s'augmente encore de la fréquence des hernies concomitantes et des accidents multiples qui surviennent à l'organe ectopié.

Chez l'enfant, le testicule inguinal est parfois peu développé; mais il conserve la faculté de suivre son évolution plastique et physiologique normale, quand on parvient à le fixer dans le scrotum.

S'il reste dans le trajet inguinal, il peut remplir ses fonctions d'une façon régulière, mais cela est rare. Le plus souvent, il subit une atrophie scléreuse, consécutive aux contusions, aux froissements répétés, auxquels il est soumis par le seul fait de la contraction des muscles abdominaux. A plus forte raison en sera-t-il ainsi s'il est atteint d'inflammation blennorragique.

Pour ces divers motifs et aussi pour éviter les néoplasies malignes, plus fréquentes dans le testicule ectopié que dans le testicule occupant sa position normale, il y a indication formelle à ramener le testicule dans le sac scrotal.

On y parvient parfois, dans l'enfance, par des manipulations méthodiques, aidées de l'action d'un brayer à pelote échancrée, dont l'usage est indispensable quand l'ectopie se complique de hernie.

Le plus souvent on aura recours à une opération (orchidopexie), qui permettra la cure radicale de la hernie, la consolidation du trajet inguinal souvent affaibli, même sans qu'il y ait hernie faite.

Cette opération lui a donné des résultats parfaits dans dix cas sur quatorze opérés. Dans trois cas, le testicule est remonté, tout en restant à une certaine distance de l'anneau inguinal inférieur, où il ne gênait pas l'opéré. Dans un seul cas, le testicule resta douloureux et M. Tédenat dut, une année après, en pratiquer l'extirpation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATION

Hydronéphrose, son traitement par l'uretéro-pyélo-néostomie. — M. BAZY rappelle avoir, il y a trois ans, décrit, sous le nom d'uretéro-cysto-néostomie, une opération destinée, dans le cas de fistule uretéro-vaginale, à aboucher à nouveau l'uretère dans la vessie et, par conséquent, à conserver le rein qui était invariablement sacrifié autrefois.

L'opération a tenu les promesses qu'on en attendait, car les deux malades auxquelles il l'a faite sont actuellement bien portantes, et il y a plus de trois ans pour l'une et près de trois ans pour l'autre que l'opération a été faite.

Chez l'une, l'opération a fait disparaître un gonflement du rein qu'on pouvait attribuer à de l'hydronéphrose.

C'est pour guérir une hydronéphrose volumineuse qu'il a pratiqué l'opération dont il vient parler aujourd'hui sous le nom d'uretéro-pyélo-néostomie ou nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet par une opération qui paraissait irréalisable à MM. Terrier et Baudouin, quand ils ont écrit leur remarquable mémoire sur l'hydronéphrose intermittente (*Rev. de Chir.*, 1891).

Le sujet qui en était porteur est un homme de quarante ans qu'il a opéré avec l'aide de Ch. Nélaton et de deux de ses internes, le 27 juillet dernier.

M. Bazy n'insiste pas sur les détails de l'observation ; il la résume en disant qu'il s'agissait d'une hydronéphrose contenant un litre de liquide hématique, proéminant du côté de la paroi abdominale antérieure.

Elle fut abordée par la paroi antérieure de l'abdomen et sur la ligne médiane, au moyen d'une incision de 10 centimètres de long environ.

L'épiploon et le mésentère furent traversés, l'hydronéphrose ponctionnée, évacuée et largement ouverte.

L'uretère fut cherché, son orifice fut trouvé siégeant à la partie moyenne de la poche, sur la paroi interne de cette poche.

Cet orifice n'était pas plus large que l'uretère lui-même,

qui venait ainsi s'insérer sur le bassinet à la façon d'un tube qu'on aurait soudé à un ballon.

Parti de là, l'uretère, d'un volume égal dans toute l'étendue où nous pouvions le voir, et de volume normal, se dirigeait en bas, accolé contre la paroi du bassinet, qui devait l'aplatir et empêchait l'écoulement de l'urine.

On a cherché la cause de cette disposition et on ne l'a pas trouvée : on n'a trouvé aucune bride maintenant l'uretère, le tenant suspendu, l'oblitérant, pendant que le rein descendait.

M. Bazy a alors cherché le rein, décidé à se comporter d'après l'état dans lequel il le trouverait.

Or, il l'a trouvé un peu allongé mais de volume, d'épaisseur et de consistance tels qu'il lui a paru sain et devoir fonctionner normalement. Il a alors décidé de le conserver.

Pour cela, après avoir sectionné l'uretère de façon à le raccourcir et à lui laisser une longueur juste suffisante, il a incisé la paroi postéro-inférieure du bassinet jusqu'au point où il voulait insérer cet uretère. Il a fendu l'extrémité de ce dernier longitudinalement sur une étendue d'un bon centimètre, et il a suturé cette extrémité au bassinet.

L'uretère s'insérait alors sur la paroi postérieure du bassinet et dans son pôle inférieur, mais à une certaine distance de son extrémité inférieure.

Il introduisit une sonde en caoutchouc rouge, n° 12, dans l'uretère à une profondeur de 10 centimètres environ. Il réséqua une partie du bassinet, il rétrécit considérablement l'ouverture faite à ce bassinet, il le sutura à la paroi de façon à laisser juste le passage de la sonde uretérale, et il ferma la paroi par trois plans de suture.

M. Bazy n'insiste pas sur les suites qui furent simples. Le nouvel abouchement de l'uretère, qui n'avait pas fonctionné tant que la sonde est restée dans l'uretère, fonctionna à partir du moment où elle fut enlevée, ce qui l'engagerait à ne plus mettre de sonde s'il avait une opération semblable à pratiquer.

A partir du moment où l'uretère a fonctionné, il l'a fait d'une manière ininterrompue, et jamais il n'a pu saisir la moindre tuméfaction dans la région occupée par le rein.

M. Bazy a revu son opéré il y a douze jours; il n'existe pas la plus petite tuméfaction de la région; il n'a jamais souffert dans ce point; il n'éprouve plus les sensations de poids qu'il éprouvait avant l'opération. La palpation bimanuelle permet de soupçonner plutôt que d'affirmer l'existence du rein dans l'hypocondre gauche. Dans tous les cas son extrémité inférieure ne dépasse pas une ligne horizontale passant par le rebord costal, alors qu'au moment de l'opération ce bord inférieur descendait dans la fosse iliaque.

Le résultat paraît devoir se maintenir pour trois raisons :

1° Parce que l'uretère a toujours fonctionné d'une manière régulière depuis le jour ou il a commencé;

2° Parce que, s'il n'eût pas bien fonctionné, le bassinet se serait rapidement dilaté comme il l'a fait sous ses yeux dans les jours qui ont précédé l'opération, et on aurait perçu une tumeur;

3° Parce que la fixation du bassinet à la paroi assure la fixité du rein, de même que le point où se fait l'abouchement de l'uretère empêche et empêchera, il y a lieu de l'espérer, toute nouvelle coudure de l'uretère et toute oblitération.

RAPPORT

De la maladie des perroquets et la psittacose humaine. — M. DEBOVE fait un rapport sur un travail de MM. Gilbert et Fournier sur ce sujet.

En février 1892, deux Français arrivant de Buenos-Ayres apportaient plusieurs centaines de perruches. L'un d'eux les installa rue Dutot, chez son père. A peine installé, il tombe malade; son père tombe malade à son tour et meurt; huit autres personnes de la même maison sont frappées. Un ami chez lequel avaient aussi été déposés des oiseaux, devient malade ainsi que sa femme, son gendre et cinq autres personnes qui avaient été en contact avec les perruches. Une dame de Montrouge, qui avait acheté une de ces perruches, est atteinte ainsi que sa concierge; toutes deux meurent. Le médecin qui soignait les malades de la rue Dutot est atteint à son tour. Voilà un premier foyer. Un second foyer se forme dans les mêmes conditions. L'autre Français, qui était venu de Buenos-Ayres, tombe malade de son côté, ainsi que plusieurs autres personnes qui sont atteintes de la même façon.

Jusque-là les bactériologistes n'avaient trouvé dans les organes des sujets atteints que le pneumocoque et le streptocoque. Mais l'année suivante, en 1893, M. Nocard trouva dans la moelle osseuse de ces perruches une bactérie courte dont il a donné la description.

Plus récemment, en février 1896, MM. Debove et Gilbert ont eu occasion d'observer une épidémie du même genre, qui a sévi sur cinq personnes, deux sont mortes. Chez ces deux malades l'eamen bactériologique n'a pas révélé la présence du microbe de Nocard. Mais MM. Gilbert et Fournier ont retrouvé ce microbe dans tous les organes d'un des perroquets mort de cette maladie. D'autre part, ils sont parvenus à isoler, dans le sang du cou d'une des victimes de cette épidémie qu'un bacille possédant tous les caractères du bacille trouvé chez le perroquet.

De l'étude détaillée de MM. Gilbert et Fournier ont faite de ce microbe, il résulte que, par certains de ses caractères, il se rapproche du bacille d'Éberth; mais il s'en distingue nettement par les apparences de ses cultures sur gélatine et sur pomme de terre et surtout par son extrême virulence à l'égard des animaux de laboratoire.

Au point de vue clinique, la psittacose présente le tableau d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, sans phénomènes abdominaux et avec prédominance des troubles nerveux et pulmonaires. M. Debove se demande si on ne pourrait pas la considérer comme une maladie typhique à allures spéciales, sans localisation sur le tube digestif, comme une septicémie typhique analogue à celle que le bacille d'Éberth pourrait déterminer d'après Banti, Vaillard et Vincent et d'autres. Il croit pourtant plus probable qu'il s'agit d'une maladie microbienne bien différenciée, qui paraît fréquente chez les psittacés, et qui peut se transmettre à l'homme avec une redoutable facilité.

En tout cas, cette contagiosité facile commande quelques mesures prophylactiques que M. Debove résume ainsi : d'une part, surveillance attentive des arrivages de perruches et interdiction aux oiseliers de faire vendre leurs animaux, surtout ceux qui sont malades, par des marchands ambulants; d'autre part, instructions pour les oiseliers et pour les personnes possédant des perroquets ou des perruches au sujet de l'isolement de ces oiseaux lorsqu'ils semblent malades.

COMMUNICATION

Alcoolisme des nourrices. — M. VALLIN, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lancereaux, fait connaître les résultats d'une enquête à laquelle il s'est livré sur l'alcoolisme des nourrices. Il est d'usage, dans certaines familles aisées, de donner aux nourrices une bouteille ou même un litre de vin dit de nourrice, c'est-à-dire de vin fort, plus deux ou trois bouteilles de bière. Tout cela, c'est pour l'enfant, on se figure que cela lui fera le plus grand bien, et c'est surtout dans les familles riches qu'on rencontre ces libéralités. Or, il arrive bien souvent que les enfants allaités par ces nourrices présentent des accidents qui ne sont pas rattachés à leur véritable cause,

c'est ainsi qu'on voit de ces enfants devenir agités; cette agitation ne se calme pas quand on leur présente le sein ; elle alterne avec un sommeil comateux. Les parents attribuent ces accidents à la dentition; certains confrères redoutent la méningite; d'autres, plus avisés, donnent le conseil de surveiller la nourrice. On s'aperçoit que celle-ci boit trop d'alcool, on l'empêche de boire et ces accidents de l'enfant disparaissent. M. Vallin cite plusieurs faits, dont un, entre autres, qui lui a été communiqué par M. Charpentier et qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de ces accidents.

Pour M. Vallin, un demi-litre de vin, un litre de lait, et de l'eau additionnée d'un sirop de fruits, doivent suffire à l'alimentation liquide d'une nourrice.

LECTURE

Énucléation massive des goitres. — M. PONCET fait connaître un nouveau procédé opératoire pour l'extirpation de certains goitres. Les goitres charnus, parenchymateux, sont justiciables d'une seule opération, la thyroïdectomie partielle; à côté de cette variété, il en est une autre, une forme kystique ou polykystique, qui est justiciable d'une strumectomie, ou énucléation intraglandulaire, ou opération de Socin. Cette seconde variété ne réclame pas, comme la première, la ligature préalable des artères thyroïdiennes. Enfin, il est une troisième variété dans laquelle le parenchyme thyroïdien a complètement disparu, ou tout au moins s'est atrophié pour faire place à des tumeurs plus ou moins volumineuses, multiples, qui se sont substituées à lui. C'est dans cette variété de tumeur que M. Poncet pratique l'énucléation massive dont il donne la description.

Après avoir, dans un premier temps, luxé le goitre en dehors des lèvres de la plaie, on cherche le plan de clivage qui permettra d'isoler, d'énucléer les kystes, on est conduit, sans s'en douter, par une mobilisation progressive de la masse, à détacher le tout. Ces manœuvres de décollement s'exécutent aisément et l'on se rend alors parfaitement compte que l'on agit soit dans le tissu cellulaire plus ou moins dense, qui entoure la capsule thyroïdienne, soit au-dessous de cette dernière et d'une couche plus ou moins mince de tissu thyroïdien ; dernier vestige d'un reliquat de la glande refoulée, atrophiée.

Le goitre est bientôt, de la sorte, détaché, et dans les premières opérations on est tout étonné de constater avec quelle simplicité et quelle rapidité s'est exécutée son ablation (énucléation massive) sans danger pour les organes voisins, sans hémorragie notable. Particularité des plus intéressantes, on n'a pas à lier les artères thyroïdiennes, dont les branches ont subi une atrophie qui paraît en rapport avec celle de la glande. L'opération, qui peut être rapidement menée, se trouve ainsi terminée. Du sang s'écoule en bavant — parfois sous la forme de petits jets artériels — des lambeaux thyroïdiens, mais l'hémostase immédiate, avec des pinces hémostatiques, en est des plus faciles.

Sur plus de cent opérations de goitres (Jaboulay, Poncet), dans un quart des cas, au moins, on a pu recourir à l'énucléation massive. Les suites ont été des plus innocentes; il n'y a pas eu de mort. Aujourd'hui, du reste, les statistiques de Kocher, de Roux, de Reverdin, les faits de Tillaux, de Schwartz, sans parler des observations personnelles de M. Poncet, ont bien établi que les interventions sanglantes pour goitre, et, en particulier, les énucléations, devaient être considérées comme des plus bénignes.

L'énucléation massive proposée par M. Poncet est une opération qui s'impose dans certains goitres. Elle a toute la bénignité de la strumectomie et elle trouve précisément ses indications dans les cas où cette dernière n'est pas applicable ou est d'une exécution trop difficile.

En terminant l'exposé du procédé qui constitue l'ablation en bloc des tumeurs thyroïdiennes, M. Poncet rapporte succinctement plusieurs observations très démonstratives, à l'appui de ce mode de traitement.

« Le seul danger, dit-il, après cette opération qui laisse une large loge cavitaire, saignant plus ou moins en nappe, c'est l'hémorragie dans les premières heures qui suivent le pansement.

De nombreuses artérioles et veinules ont été, en effet, déchirées, dilacérées, et si l'on se contente des ligatures, on court grand risque d'avoir du sang, dans la suite. Il faut suturer face à face, très exactement, par une suture au catgut en surjet, les surfaces saignantes. Cette suture bien faite, qui supprime toute cavité entre les lambeaux, assure ainsi une hémostase parfaite et l'on peut, sans arrière-pensée, rechercher, par une suture intradermique, le minimum de cicatrice, après cette opération dans une région où la question de forme a son importance. »

La séance est levée.

Séance du 27 octobre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

LECTURE

Pouvoir hystéroclaste du réflexe pharyngien. — M. CLOZIER (de Beauvais) lit une communication sur ce sujet. (Voir le Premier-Paris.)

RAPPORTS

Extraits d'organes. — M. STRAUS fait un rapport sur les demandes en autorisation de vente d'extraits d'organes.

Prix Saintour. — M. BLACHE lit le rapport sur les travaux envoyés pour le prix Saintour.

COMMUNICATIONS

Opportunité de l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde. — M. DIEULAFOY fait une communication sur ce sujet.

Après avoir rappelé les services rendus par l'intervention chirurgicale dans les péritonites appendiculaires, dans les péritonites tuberculeuses, M. Dieulafoy estime que la fièvre typhoïde doit, à son tour, dans certains cas, faire partie du patrimoine de la chirurgie. On sait, en effet, les services que rend la chirurgie dans plusieurs variétés de péritonite. Or y a-t-il lieu d'intervenir chirurgicalement dans les péritonites de la fièvre typhoïde? Telle est la question que soumet aujourd'hui à l'Académie M. Dieulafoy.

Il y a, dans la fièvre typhoïde, deux catégories de péritonites, la péritonite par perforation intestinale et la péritonite par propagation. La péritonite par perforation, dans la fièvre typhoïde, s'installe souvent d'une façon insidieuse. Du quinzième au dix-huitième jour de la maladie, surviennent quelques vomissements, du météorisme, quelques douleurs dans le ventre. Mais tous ces phénomènes sont peu marqués et la plupart, d'ailleurs, existent déjà depuis le début de la maladie. Mais que devient la température? C'est là-dessus qu'il faut insister. Huit fois sur dix, on constate un brusque abaissement de la température. Cette chute brusque, qui peut aller jusqu'à 4 ou 5 degrés, est un signe de la plus haute importance en faveur d'une perforation intestinale. Donc chez un malade en cours de fièvre typhoïde, dont, vers le quinzième ou dix-huitième jour, le ventre devient ballonné, douloureux, qui a quelques vomissements, du hoquet, et qui présente cette brusque hypothermie, on peut porter le diagnostic de perforation intestinale. Il y a des cas dans lesquels on observe également une chute brusque de la température qui, de 40 degrés, par exemple, tombe brusquement à la normale, sans d'ailleurs que le malade aille plus mal, au contraire; il y a d'autres cas où

cette chute va jusqu'à l'hypothermie, où, en même temps, le malade semble plus mal et présente quelques nouveaux symptômes. Chez le premier, tout s'améliore; chez le second, tout s'aggrave. L'un marche vers la guérison, l'autre fait une perforation. L'hémorragie intestinale amène également un rapide abaissement de température; mais, dans ces cas, alors même qu'il n'y a pas de malaise pour mettre sur la voie du diagnostic, la température, après s'être abaissée, remonte presque aussitôt, ainsi que l'a justement fait observer M. Brouardel.

Lorsqu'à l'aide des signes que vient de rappeler M. Dieulafoy et, en particulier, à l'aide de cette hypothermie, on peut porter le diagnostic de perforation intestinale, le pronostic devient extrêmement grave; c'est presque toujours la mort à bref délai.

Quant aux péritonites par propagation, elles ont été décrites, pour la première fois, en 1855, par Thirial. Pour M. Dieulafoy, il s'agit le plus souvent, dans ces cas, d'une péritonite par perforation appendiculaire. A côté de cette variété, il existe un troisième type : la péritonite typhoïde appendiculaire ou appendicite para-typhoïde. C'est, en somme, une vraie appendicite évoluant chez un typhique. M. Dieulafoy décrit les divers symptômes qui peuvent permettre de faire ce diagnostic et de différencier cette appendicite de la péritonite par perforation intestinale.

S'il s'agit d'une appendicite, il faut recourir au traitement chirurgical de l'appendicite sur lequel, récemment encore, insistait M. Dieulafoy. Mais en présence d'une perforation que faut-il faire? Le malade fera-t-il les frais d'une opération? Comment faut-il juger la question? M. Lejars a rassemblé 26 observations de laparotomies pratiquées dans ces cas, sur lesquelles il y a 6 guérisons. Mais les observations, pour la plupart d'origine américaine, ne sont pas très bien prises. Il y a lieu d'en mettre plusieurs en doute. M. Dieulafoy fait donc des réserves sur la valeur de ces observations.

Mais il a eu dans son service le cas suivant : Un homme, au seizième jour d'une fièvre typhoïde, présente tous les signes d'une perforation intestinale. Le premier jour, M. Dieulafoy hésite et attend. Le lendemain matin, le malade va beaucoup plus mal; il est incontestablement perdu. M. Dieulafoy se décide à prier M. Routier de l'opérer séance tenante. M. Routier fait la laparotomie. Il trouve déjà un liquide purulent et une perforation à 15 centimètres audessus du cæcum. Il ferme cette perforation et achève l'opération. Le lendemain, le malade va mieux. Pendant quelques jours, on constate une amélioration réelle. Puis, le malade va moins bien, il tombe dans le collapsus et meurt dix jours après l'opération, sans nouveaux accidents.

A l'autopsie, on constate que la suture a parfaitement tenu, mais il s'est fait deux autres perforations plus haut. On peut donc dire que ce malade est mort guéri. Toutefois, cette observation prouve qu'une suture intestinale, faite en pleine péritonite de fièvre typhoïde, peut très bien tenir.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes :

1° Au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions; elle donne les meilleurs résultats, pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

2° Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'opération.

3° Malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation, l'intervention chirurgicale est donc motivée.

Du chimisme respiratoire dans la fièvre typhoïde. — M. ALBERT ROBIN fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Duplay est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1896-1897.

— *École de médecine d'Angers.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Guignard, professeur de clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1896-1897, des enseignements ci-après désignés :

Clinique obstétricale : M. Montprofit, suppléant. — Physique : M. Sarazin, suppléant. — Cours complémentaire de physique : M. Lenoste, chef des travaux. — Histoire naturelle : M. Thézée, suppléant, chargé en outre des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle. — Cours complémentaire d'histoire naturelle : M. Préaubert, professeur au lycée.

M. le docteur Boquel est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Colléote est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le professeur Chénieux est nommé directeur de ladite École.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Bodin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours d'hygiène.

— M. le docteur Weidenmeyer, médecin-adjoint au lycée de Bourges, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Babillot, décédé.

M. le docteur Fauconneau est nommé médecin-adjoint au lycée de Bourges, en remplacement de M. le docteur Weidenmeyer, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Martin est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque publique de Tarascon.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hanot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Chéron (J.-P.), ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Quinéville (Manche).

— Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 4 novembre 1896, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

— M. Ménétrier, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique) le vendredi 6 novembre 1896, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Ces conférences sont destinées surtout aux étudiants de première année (nouveau régime).

— La policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Varenne, 28, ouvrira ses cours du 1er novembre au 31 août. — Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes, sur la présentation de leur carte, et aux élèves inscrits. On s'inscrit à trois heures. — A dix heures, consultation.

La première leçon aura lieu le jeudi 5 novembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE SAMEDI 28 NOVEMBRE 1896

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en deux lots et sur soumissions cachetées, des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette l'Administration pendant l'année 1897.

L'importance du marché est évaluée à 45 000 fr. pour chaque lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite dministration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE SAMEDI 28 NOVEMBRE 1896

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des diverss établissements de l'administration pendant l'année 1897.

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	15 000 fr.
2e —	*Id. Id.*	15 000
3e —	*Articles de caoutchouc*	12 000
4e —	*Thermomètres*	18 000
5e —	*Articles divers (irrigateurs, etc.).*	8 000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de cette Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 125. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 31 OCTOBRE 1896. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SUR UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE
DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Par le docteur A. RICARD,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

La multiplicité des opérations qui se pratiquent par la voie vaginale a rendu plus fréquentes les blessures de la vessie et les fistules qui en sont si souvent la conséquence.

Il importe donc pour le chirurgien d'être en possession d'une bonne technique opératoire. Or, autant que j'ai pu en juger par les cas qui se sont successivement présentés à mon examen, la technique classique, celle qui est suivie par la majorité des chirurgiens, n'est pas la bonne, car j'ai eu maintes fois à réparer des échecs multiples dus à l'emploi de cette méthode.

En France, c'est la méthode dite américaine, dont les détails ont été formulés par Marion Sims, qui est à peu près universellement adoptée. Or cette méthode, qui constitua un progrès lors de son apparition, est inférieure à une autre dont on trouve les premières notions dans Gerdy (*Revue scientifique et industrielle*, 1841, p. 454, t. V) et dont les règles ont été mieux posées par notre compatriote Duboué (de Pau), dans une communication qu'il fit à la Société de chirurgie, en 1864.

Son procédé a été repris, en Allemagne, par Sänger, Fritsch, et notamment par Walcher. Tout récemment, Fenomenoff en donnait, dans le *Wratsch* (n° 21, 1896), une description absolument identique à celle que j'ai adoptée.

Il y a six ans que j'appliquai ce procédé pour la première fois, et par nécessité : c'était à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Verneuil. Il s'agissait d'une jeune femme, venue des Pyrénées, et atteinte d'une fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement dont l'histoire est des plus lamentables. Ayant appliqué le procédé d'avivement américain, je vis au moment de passer mes fils qu'il me serait impossible d'obtenir le rapprochement des parties avivées et je dus, contraint et forcé, pratiquer la libération des bords de la fistule par dédoublement de la cloison vésico-vaginale; le succès fut complet.

Depuis je restai fidèle à cette méthode : voici, aujourd'hui, quelle est exactement ma technique.

Après avoir préalablement désinfecté le vagin et la vessie par des lavages répétés au permanganate de potasse et au nitrate d'argent, la malade étant anesthésiée et placée dans le décubitus dorsal, le bassin en général très relevé et presque vertical, une valve courte et de moyenne largeur abaissant le plancher pelvien, mon premier soin est de fixer les bords mêmes de la fistule par deux pinces érignes, que je place aux deux extrémités opposées du grand diamètre de la fistule. Grâce à elles, j'abaisse la fistule autant qu'il est possible et, dans la plupart des cas, l'abaissement peut se faire jusqu'à la vulve. On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, quelle facilité va résulter de cet abaissement pour l'acte opératoire. C'est au point que jamais je n'ai eu recours à l'arsenal si compliqué et indispensable pour pratiquer l'opération, d'après les anciennes méthodes : des pinces, un bistouri, des ciseaux, une aiguille de Reverdin courbe, voilà tout l'arsenal instrumental nécessaire. Je me suis trouvé fort bien des pinces hémostatiques de Kocher qui fixent solidement les tissus là où ils les saisissent.

La fistule abaissée, je pratique une incision sur le tissu de cicatrice à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, puis prenant solidement, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, je prolonge latéralement, des deux côtés, mon incision, en pleine muqueuse vaginale, et, facilement, je dissèque cette muqueuse. Je la sépare de la vessie, et je creuse ainsi, dédoublant la paroi, dans l'étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres suivant les cas. Je répète la même manœuvre sur la lèvre opposée et jalonnant de pinces, les bords vaginaux ainsi libérés, j'ai sous les yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux vaginaux.

Ce temps accompli il ne reste plus qu'à suturer. A l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, ou d'une aiguille courbe ordinaire qu'on peut souvent tenir à la main, ou montée sur une simple pince hémostatique, je traverse les lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement, sans toucher à l'orifice vésical, dont je néglige complètement l'occlusion. Mes fils placés, tordus, il se forme un bourrelet vaginal, semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin.

Par ce procédé, les fils n'exercent aucune traction sur des

lambeaux suffisamment libérés et mobilisés, et lorsqu'on les enlève, vers le dixième jour, la ligne de suture est aussi sèche que s'il s'agissait d'une réunion cutanée.

Je ne veux pas prétendre que ce procédé soit applicable à tous les cas de fistule vésico-vaginale, mais il l'est certainement à la plupart d'entre eux. Il l'emporte sur les anciens par sa simplicité, sa facilité et son efficacité. Grâce à lui, j'ai pu réparer, à la première tentative, des fistules qui avaient résisté six, sept et huit fois aux chirurgiens les plus habiles.

Je l'ai mis en pratique dix fois, une fois avec un insuccès complet, mais il s'agissait d'une vessie déjà infiltrée d'épithélioma, et ouverte au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus.

Deux fois j'ai subi un échec : une fois parce qu'un aide, un peu avide d'antisepsie, s'avisa, pendant mon absence, de détamponner la malade, d'irriguer son vagin et d'enlever la moitié des fils le quatrième jour. Cette malade avait déjà été opérée sept fois par d'autres chirurgiens. Une nouvelle opération réussit six semaines après.

Tout récemment, j'eus un échec dû également, non au procédé, mais à la négligence d'une maison de santé où la malade resta toute la nuit qui suivit le deuxième jour de l'opération, avec une sonde intra-vésicale ne fonctionnant pas. Le matin, après douze heures de douleurs et d'insomnie, la suture éclata, et ma réunion échoua; je repris cette malade et l'opération cette fois réussit : c'était la quatorzième qu'elle subissait de la part des chirurgiens les plus habiles de France et de l'étranger.

En résumé, si l'on met de côté le cas où la paroi vésicale était cancéreuse, par conséquent non suturable, dans neuf autres cas, sept fois le succès fut immédiat; deux fois il fallut recourir à une intervention nouvelle, et encore, dans ces deux cas, la faute ne doit pas incomber au procédé, mais aux soins défectueux qui ont suivi l'opération.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Dixième Congrès.

Séance du 23 octobre (soir). — Présidence de M. Terrier.

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

M. **BOUILLY**, au lieu de lire son rapport, fait, en réalité, une remarquable leçon sur le traitement des prolapsus. Il tient son auditoire sous l'influence de sa parole claire et bien timbrée, chacun le suit avec attention et l'on peut dire que ce rapport parlé a été écouté par tous les membres, bien que chacun d'entre eux en eût entre les mains la copie. Nous avons déjà rendu compte de ce rapport (1). Nous l'avons analysé et en avons publié les principaux passages. L'opinion que nous avons formulée alors était que ce mémoire était complet, mettait au point la question et nous nous demandions, avec quelque curiosité, ce que pourraient bien dire les nombreux orateurs inscrits, lorsque le rapporteur aurait terminé sa lecture.

Or notre impression était bonne, car les orateurs ont été, pour la plupart, fort embarrassés de légitimer leur présence à la tribune et ne savaient comment expliquer leur intervention devant les membres du Congrès. Quelques-uns ont nettement abandonné, et bien qu'inscrits n'ont pas pris la parole. C'était le parti le plus sage. Pourquoi faire perdre le temps aux membres du Congrès et encombrer les Bulletins de l'Association de paroles inutiles? Qu'importe que MM. X..., Y... ou Z... aient fait vingt, trente ou quarante périnéorraphies, si leurs résultats ne font que confirmer les conclusions du rapport? N'était le secret désir de paraître sur l'affiche et dans les colonnes des journaux, nombre d'orateurs auraient pu s'abstenir. Nous félicitons ceux qui ont eu l'à-propos de le faire, n'ayant rien de nouveau ni de neuf à apporter à la tribune.

On nous eût évité les clichés suivants, que nous prenons au hasard dans les premières phrases des orateurs qui ont pris la parole : « Je suis complètement de l'avis du savant rapporteur, » ou bien : « Notre savant rapporteur a parlé dans le sens où j'abonde moi-même, » ou bien encore : « Je pourrais contre-signer ce rapport tellement il confirme mes idées et est en communion étroite avec elles. » « On me pardonnera, dit un autre, d'apporter une modeste pierre à l'édifice qu'a si magistralement élevé M. Bouilly. » « Après ce que vient de dire notre éminent rapporteur, clame un cinquième, il ne me reste rien à dire, » et les auditeurs de penser : Que ne vous taisez-vous? Cependant, dix minutes durant, l'orateur détient la tribune où il n'a rien à dire.

Ces citations prises au hasard suffisent. Sur 25 communications inscrites, quelques-unes seulement valent la peine d'être analysées, parce qu'elles contiennent une idée originale ou neuve; les autres ne sont que le délayage ou la réédition d'un point du rapport. Nous ne pouvons que renvoyer nos lecteurs au rapport lui-même et au compte rendu que nous en avons donné.

M. **FOLLET** (de Lille) lit une partie du mémoire qu'il a déjà publié sur ce qu'il appelle la **cure radicale du prolapsus utérin**. On peut résumer brièvement sa lecture en disant que l'auteur attache une grande importance physiologique à certaines fibres du releveur de l'anus qui, parties du pubis, contournent le vagin en sautoir et viennent le soutenir comme une véritable sangle. Partant de cette idée, il pratique la dissection du vagin, décolle la base des ligaments larges, procède à la ligature des deux artères utérines, a recours à l'amputation partielle du col. Il laisse cette vaste plaie se réunir par du tissu cicatriciel, dont la rétraction agit sur les fibres musculaires du releveur et les accole. L'utérus s'atrophie au point que sa cavité ne mesure plus que 2 centimètres, et si l'on a eu soin de pratiquer une bonne périnéorraphie, on peut dire que l'on obtiendra la guérison définitive du prolapsus.

Pour notre part, nous doutons qu'une opération aussi complexe devienne bientôt classique; l'orateur ne paraît pas d'ailleurs avoir convaincu l'assemblée.

A signaler la communication de M. **REYNIER**, qui vise surtout l'état dystrophique présidant à la genèse du prolapsus. Cet état n'est pas discutable lorsque le prolapsus se produit chez les vierges et les nullipares, et que l'on ne peut point incriminer l'accouchement. C'est dans cet état particulier des tissus qu'il faut chercher la cause de bien des récidives à la suite des procédés opératoires les mieux combinés. Ce point spécial avait d'ailleurs été traité dans le rapport de M. Bouilly.

M. **GÉRARD-MARCHANT** s'occupe d'un point spécial, l'in-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1161.

continence d'urine liée au prolapsus utérin; sa communication vaut la peine d'être signalée :

« L'incontinence d'urine, liée au prolapsus génital, est connue de tous les chirurgiens, mais ils discutent encore sur la pathogénie de ce trouble, sur le traitement qui lui est applicable : les uns, en effet, incriminant l'urèthre s'adonnent aux opérations qui ont pour but de dévier l'urèthre de le rétrécir; d'autres, au contraire, pratiquent une colpo-périnéorraphie, considérant la colpocèle antérieure comme le point de départ de l'incontinence.

Voici deux observations d'incontinence d'urine traitées et guéries par la colpo-périnéorraphie.

La première malade est une jeune femme de vingt-six ans, que son médecin, accoucheur distingué, me présenta comme atteinte d'une fistule vésico-vaginale. Depuis cinq ans, en effet, consécutivement à un accouchement, cette jeune femme perdait ses urines ou plutôt se sentait constamment mouillée et était obligée de se garnir : sans être morte socialement, elle était fort incommodée de cette infirmité. Son médecin avait cherché à plusieurs reprises la fistule sans la trouver, et il supposait que le trajet devait en être anfractueux et l'orifice petit, caché autour du col utérin.

Cette incontinence n'était pas absolue, la malade ne perdait qu'une partie de ses urines et c'est surtout dans les efforts, dans les accès de toux, après les fatigues, que s'accentuait cette incontinence. La nuit, l'écoulement était moindre, mais persistait.

En examinant cette jeune femme, je fus frappé de la béance de la vulve, de la flaccidité des téguments. Le col, abaissé, était gros et exulcéré. La paroi vaginale antérieure était abaissée.

Après avoir asséché le conduit vaginal, je recherchai l'orifice fistuleux, mais dans aucun des replis vaginaux, ni autour de l'utérus, il ne me fut possible de découvrir la moindre ouverture.

Les parois vaginales restaient sèches, pendant cet examen.

J'injectai alors dans la vessie d'abord 100 grammes, puis 200 grammes, puis 300 grammes de lait, sans que dans aucun point apparût la traînée lactescente révélatrice d'une communication anormale vésico-vaginale ou utérine.

J'étais très désappointé de ne rien rencontrer, lorsque je priai la malade de faire un effort, de tousser, et alors je vis l'orifice uréthral, pourtant normal, se laisser franchir et teinter par une nappe blanche.

Le diagnostic était fait. Il s'agissait d'une incontinence d'urine et non d'une fistule.

Le canal de l'urèthre me parut absolument normal, seuls, par rang d'importance, la colpocèle antérieure, la béance vulvo-vaginale, le gros col utérin abaissé, me parurent devoir être incriminés pour la pathogénie de cette incontinence.

L'acte opératoire découlait de ces constatations : je pratiquai dans la même séance une amputation du col, une colporraphie antérieure et une périnéorraphie.

Je puis vous dire que la malade est absolument guérie de son infirmité, et qu'elle est aujourd'hui consolée qu'on ne lui ait pas trouvé de fistule.

Le second fait que je veux vous relater, vous intéressera aussi cliniquement.

Il s'agit d'une femme âgée, qui est venue me consulter à Tenon, pour des crises douloureuses dans le bas-ventre, suivies, à brève échéance, d'un écoulement considérable de liquide, qui se fait brusquement. Ce liquide mouille les linges, sans les tacher, et n'aurait aucune odeur. Ces crises se répètent trois et quatre fois par mois. Elles se produisent, soit au lit, soit pendant la marche.

L'examen, que je pratiquai avec le plus grand soin, ne me révéla aucune lésion capable d'expliquer ces pertes. L'utérus était légèrement augmenté de volume, en rétroflexion réductible. La vulve béante, élargie par cinq accouchements, la paroi vaginale antérieure tombante, le tout chez une femme à paroi abdominale flaccide, avec ectasie gastrique, et ptose du rein droit.

Je mis cette malade en observation : il me fut possible ainsi de constater :

1° Que le liquide, qu'elle rejetait en quantité notable, avait la composition de l'urine;

2° Qu'après cette émission de liquide, le cathétérisme, immédiatement pratiqué, ne ramenait qu'une quantité très petite d'urine;

3° Que la sonde à demeure, ou le cathétérisme répété à intervalles réguliers, supprimait les crises douloureuses et l'émission du liquide.

Je pus donc me convaincre par ces recherches, qui exigèrent une certaine patience de part et d'autre, que la vessie était le point de départ de cette intolérance.

Ne pouvant rapporter cette singulière incontinence qu'à la cystocèle et à la hernie de la vulve, je pratiquai encore chez cette malade une colpo-périnéorraphie, qui mit fin aux accidents.

Tels sont les faits que je voulais vous rapporter, je serais heureux si leur souvenir vous évite les hésitations diagnostiques par lesquelles je suis passé, et vous donne des succès thérapeutiques. »

De la communication de M. BŒCKEL nous ne retiendrons qu'un fait de prolapsus ancien chez une femme de quatre-vingts ans qui, après quarante ans de prolapsus, a vu un véritable étranglement survenir. Une opération radicale, avec hystérectomie, put guérir la malade.

M. JACOBS (de Bruxelles) rend compte d'un nouveau procédé qu'il applique à la cure des cas graves et difficiles du prolapsus. Après laparotomie et extirpation sus-vaginale de l'utérus, il fixe le moignon utérin aux parties externes et élevées des ligaments larges. C'est là une opération complexe et grave qu'il n'a encore mise en pratique qu'un nombre très restreint de fois et qu'il appelle **trachélopexie ligamentaire**.

M. TUFFIER insiste sur ce fait que ces prolapsus sont souvent une manifestation d'un état général caractérisé par une infériorité physique. Ces prolapsus sont souvent l'origine de troubles fonctionnels d'autant plus accusés qu'ils siègent chez des femmes dont l'ensemble des viscères, y compris le système nerveux, est souvent altéré. Cette dystrophie explique le succès du massage et le peu de succès de certaines opérations, même les plus complexes. Les cicatrices sont défectueuses et, à côté de la ptose génitale, il existe d'autres ptoses viscérales du côté de l'estomac ou du rein qui compliquent encore le problème thérapeutique.

Nous signalerons aussi la communication de M. DELBET sur la **colpo-cystopexie**, opération sur laquelle nous reviendrons, puis celle de M. BILHAUT.

Cette séance se termine par la communication de M. BERRUT, qui s'élève contre l'abus des opérations gynécologiques

et les déclare le plus souvent inutiles; un bon pessaire bien combiné, bien construit, suffit en général pour remédier aux prolapsus.

Séance du 24 octobre (matin). — Présidence de M. Terrier.

AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS

M. SOULIGOUX étudie la question si ingrate du **mécanisme des fractures des malléoles.**

Ces fractures, toujours de cause indirecte, se produisent dans les mouvements forcés du pied, soit en dehors, soit en dedans. Ces mouvements se combinent toujours avec un mouvement de rotation en dehors ou en dedans. Rotation en dedans pour l'adduction, rotation en dehors pour l'abduction.

Tous les auteurs (Maisonneuve, Tillaux) admettent que, dans le mouvement forcé d'adduction avec rotation en dedans, la fracture se produit par arrachement. M. Tillaux a fait justice de la théorie de divulsion émise par Maisonneuve. M. Souligoux a étudié comment, une fois une malléole brisée, se fracturait la seconde malléole, et se produisait la fracture bi-malléolaire.

La théorie admise est celle-ci : la malléole interne étant brisée, l'astragale vient presser par toute sa force externe sur la malléole externe et la brise.

Les faits se produisent en sens inverse si la malléole externe est brisée la première.

M. Souligoux croit qu'il en est tout autrement, comme le montrent les pièces qu'il présente. Soit, par exemple, un arrachement de la malléole interne, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline légèrement en dedans et s'écarte du tibia par son bord interne et sa face supérieure. Son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on songe que le plus souvent un homme qui se casse les malléoles est debout, on voit que dans cette situation tout le poids du corps est supporté par le bord externe de l'astragale et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Les ligaments péronéo-tibiaux se brisent ou bien arrachent leurs surfaces osseuses sur lesquelles ils s'insèrent.

Le résultat est le même, il se produit un diastasis de cette articulation. Le péroné, repoussé en dehors par l'astragale, qui tend à se placer entre lui et le tibia, se brise au point où il est le moins fort et le moins soutenu, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole.

Si la malléole externe est brisée dans le mouvement d'adduction et rotation en dedans, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline, en dehors sa surface articulaire supérieure, au lieu de regarder en haut, regarde en haut et en dehors. Le bord interne devient supérieur et répond à la base de la malléole.

Tout le poids du corps porte donc sur le bord interne de l'astragale, en un point très limité du tibia. Il en résulte un éclatement de cette malléole à sa base.

M. LARGER (de Maisons-Laffitte) préconise le **traitement des entorses et des fractures des malléoles par le « massage ischémique ».** Cette méthode, décrite pour la première fois par l'auteur (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XII, 1886, p. 617), consiste à substituer aux procédés empiriques et brutaux des rebouteurs — fidèlement copiés par les chirurgiens — un moyen rationnel et infiniment plus doux.

Après avoir fait le vide dans tout le membre par l'application de l'appareil d'Esmarch, une compression ouatée énergique, au niveau de l'épanchement sanguin, chasse celui-ci dans le tissu cellulaire probablement ischémié et rendu comme *poreux*, ainsi qu'on le ferait d'une éponge.

L'auteur relate les simplifications que l'expérience lui a suggérées, et l'application de sa méthode aux fractures malléolaires.

Sur un cas de fracture simple et sans déplacement de la première phalange du gros orteil par cause indirecte, tel est le titre de la communication de M. INGLESSIS (de Marseille). Les fractures simples du gros orteil étant rares, surtout celles par cause indirecte et ne s'accompagnant, en général, que de déplacement, peuvent, à cause de cette rareté et par l'absence de difformité, passer inaperçues à un examen superficiel.

Méconnues ou négligées, ces fractures pourraient avoir des suites fâcheuses, comme le gonflement énorme et menaçant, accompagné de fortes ecchymoses et de phlyctènes dans un cas personnel ou comme dans celui de Gascogne où le sujet traînait depuis trois mois avec une fracture non consolidée et non réduite, l'on a été obligé de pratiquer la ténotomie du long extenseur propre du gros orteil et d'immobiliser le pied pour maintenir la réduction et obtenir la consolidation de la fracture.

Enfin, on comprend facilement qu'une consolidation vicieuse par défaut de traitement convenable pourrait gêner la marche ou nécessiter le port de chaussures spéciales.

M. LEJARS vient plaider contre la désarticulation, en faveur de la **résection dans les ostéo-sarcomes de la racine des membres.** La désarticulation a été souvent érigée en règle, dans les ostéo-sarcomes des membres, comme le moyen le plus sûr de prévenir la récidive. Or, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la racine des membres, de la tête humérale ou de l'extrémité supérieure du fémur, la mise en pratique de ce précepte commande un sacrifice considérable et qui n'est pas compensé, comme les statistiques le prouvent, par la supériorité constante des résultats éloignés.

De fait, en pareil cas, une résection large, lorsque le volume et l'extension du sarcome lui permettent d'être complète, assure, à moins de frais, la même dose de sécurité. En voici un exemple :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, entré à la Pitié, en septembre 1891, pour un volumineux sarcome de la tête de l'humérus droit. On réséqua un long segment de l'extrémité humérale, et on arriva à extirper tout entière la tumeur et son prolongement. La guérison opératoire fut rapide. Depuis cinq ans, l'opéré reste guéri, il se sent très bien de son membre supérieur, et il a lieu de se féliciter d'avoir échappé à la désarticulation.

On peut recueillir un certain nombre de faits de ce genre : ils sont de nature à faire rejeter, au moins dans un bon nombre de cas, une mutilation terrible, qui n'est, en somme, radicale qu'en apparence.

M. MÉNARD (de Berck-sur-Mer) rapporte quelques cas de **tuberculose de la rotule**, qu'il a eu l'occasion d'observer.

Le foyer tuberculeux s'est présenté trois fois sous la forme d'une ostéite raréfiante avec ou sans séquestre; une fois sous la forme d'une caverne remplie de fongosités; une fois sous la forme d'une infiltration tuberculeuse compacte.

L'ostéite raréfiante offrait la disposition d'un trajet assez

étroit, serpentant au travers du tissu osseux de la rotule, transversalement deux fois, d'avant en arrière une fois.

Dans le cas où nous avons rencontré une caverne, la moitié externe de l'os était détruite. L'infiltration grise du cinquième cas comprenait les deux tiers supérieurs de la rotule.

Une seule fois sur cinq, le foyer tuberculeux communiquait exclusivement avec l'extérieur par une fistule sans aucun rapport avec la cavité du genou. A cette exception près, le foyer était ouvert dans l'articulation.

Le diagnostic clinique a pu être établi trois fois avant l'examen direct, opératoire : un abcès, une fistule ou une cicatrice indiquait assez nettement l'origine rotulienne. Les autres fois, on avait sous les yeux le tableau habituel de l'arthrite fongueuse du genou.

Le traitement opératoire, appliqué à trois malades, a consisté dans l'ablation de la rotule par la méthode sous-périostée. De plus, le genou, ouvert par une incision en fer de cheval, divisant le tendon rotulien, a été débarrassé par la curette des fongosités synoviales.

Chez les trois malades, la guérison a été obtenue par première intention, sans aucun incident.

Le genou n'est pas ankylosé. Des mouvements passifs assez étendus sont déjà possibles chez deux opérés. Il est permis d'espérer que la marche sera possible dans la suite, avec des mouvements actifs.

M. BAUBY (de Toulouse) lit deux observations d'**exostoses ostéogéniques omniépiphysaires avec complications graves et intervention chirurgicale.**

Il s'agit de deux hommes adultes présentant au niveau de toutes les régions juxta-épiphysaires, des exostoses de volume variable. Ces tumeurs ont débuté pendant l'adolescence et se sont développées progressivement. Elles seraient bien tolérées et ne constitueraient qu'une difformité sans importance, si des complications n'étaient survenues.

Dans le premier cas, l'exostose de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, ayant acquis le volume d'une tête de fœtus, avait perforé la peau; d'où infection, nécrose purulente centrale de l'exostose. Extirpation, guérison.

Dans le second cas, l'exostose épineuse de l'extrémité supérieure du péroné gauche ayant ulcéré l'artère poplitée, un gros anévrysme s'ensuivit et nécessita l'amputation de la cuisse. Guérison.

Ces observations détaillées étaient accompagnées de photographies et de grandes planches.

Le **remplacement d'une diaphyse tibiale, détruite par ostéomyélite, par la diaphyse péronière**, fait le sujet de l'observation suivante de M. POIRIER :

« J'ai eu l'occasion de soigner, il y a dix-huit mois, un enfant de sept ans qui avait perdu, trois ans auparavant, la presque totalité de sa diaphyse tibiale, à la suite d'une ostéomyélite. Il restait seulement de cette diaphyse une aiguille osseuse, longue de 6 centimètres, annexée à l'épiphyse supérieure. Pour restaurer cette jambe, inutile et gênante, je résolus de remplacer la diaphyse tibiale par la péronière. Cela fut fait en deux temps : une première fois, je coupai obliquement le péroné un peu au-dessous de son col et, le faisant passer sous les muscles de la région antérieure de la jambe, je pus le suturer à l'extrémité supérieure du tibia avivée.

Deux mois après, je sectionnai le péroné au-dessus de la malléole et je le fichai dans une encoche pratiquée à l'épiphyse tibiale inférieure.

Le succès fut complet, et je pus présenter le petit malade à la Société de chirurgie s'appuyant et marchant sur son nouveau tibia. La jambe était alors soutenue par un appareil en cuir moulé ; j'exprimai l'espoir que ce péroné, appelé à faire fonction de tibia, ne tarderait pas à grossir en raison de sa nouvelle fonction, pour être à la hauteur de la dignité à laquelle il était promu, devenant os utile. Mon espoir s'est réalisé. La photographie par rayons X du squelette jambier, quinze mois après l'opération, montre que le péroné, devenu tibia, a triplé son volume; on peut le comparer avec le bout supérieur, inutile, du même os, qui a gardé son volume normal. Inutile d'ajouter que l'enfant, qui a grandi, marche, court, monte à cheval, etc. Comme l'épiphyse tibiale n'est pas encore soudée, on peut espérer qu'il n'y aura pas trop de raccourcissement. »

M. REBOUL (de Nîmes) fait connaître un cas de **traumatisme grave avec lésions très complexes du genou**, qu'il put guérir par l'intervention chirurgicale.

Voici l'observation résumée : Un jeune homme de quinze ans, en sautant, éprouve une vive douleur à la partie antérieure du genou droit, tombe à la renverse et ne peut plus se relever ; à la suite, gonflement considérable de la région, impossibilité d'élever le talon au-dessus du plan du lit. On pense soit à une fracture de la partie inférieure de la rotule, soit à un arrachement ou à une rupture du tendon rotulien. Sept jours après l'accident, opération sous chloroforme.

Arthrotomie externe : pas de fracture de la rotule, pas de ruptures du tendon, du triceps et du tendon rotulien. Il y a arrachement de l'extrémité tibiale du tendon rotulien qui a entraîné le tubercule rotulien et la partie correspondante de l'apophyse tibiale, formant un carré osseux qui a basculé et s'est luxé dans l'articulation du genou. Épanchement intra-articulaire abondant. Déchirure des cartilages semi-lunaires. Réduction, non sans difficultés, du fragment osseux luxé, fixation en position normale, suture osseuse et suture du tendon rotulien et de son expansion fibreuse à la soie. Suture en deux plans des parties molles, drain dans l'articulation.

Un mois après, pansement, réunion parfaite. Appareil plâtré.

En mai, quelques mouvements du genou, le malade peut enlever son membre au-dessus du plan du lit, il marche avec des béquilles.

En juillet, marche facile, sans claudication, mouvements de l'articulation à peu près normaux; il existe encore un peu de raideur dans la flexion.

M. Reboul insiste sur la rareté de ce fait, sur sa pathogénie et l'utilité de l'intervention dans des cas semblables.

M. COUDRAY (de Paris) dit qu'il résulte de l'analyse des faits que la méthode de **traitement non sanglant**, conseillée par Lorenz pour les **luxations congénitales de la hanche** (réduction, immobilisation en abduction et marche immédiate), est, dans l'état actuel de la science, le traitement de choix.

Il faut appliquer la méthode dès le très jeune âge (quinze à dix-huit mois), quand on le peut. En procédant ainsi, la réduction vraie sera obtenue dans un certain nombre de cas, c'est-à-dire la guérison complète ou à peu près.

Alors même qu'il n'existe que des cavités cotyloïdes rudimentaires, la réduction de la tête fémorale dans ces

cavités est durable par le fait de la position du membre en abduction.

En acceptant cette règle de conduite, on arrivera à restreindre considérablement, sinon à supprimer, les opérations sanglantes dont la vogue a été trop grande.

La méthode est logiquement supérieure à l'immobilisation avec extension, laquelle nécessite le séjour très prolongé au lit, ce qui, au point de vue de l'état général, est à considérer, surtout chez les jeunes enfants.

Au point de vue pratique, les appareils sont bien tolérés, même chez les enfants très jeunes, ainsi que le montrent les observations de l'auteur.

La méthode sclérogène pourrait être utilisée comme complément du traitement, ainsi qu'il l'a indiqué ailleurs.

Traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien, telle est la méthode proposée par M. DELAGENIÈRE (du Mans).

En présence des résultats médiocres obtenus par la résection de la hanche dans la coxalgie, et en se fondant sur ce fait que la lésion tuberculeuse a son siège prédominant dans l'épiphyse du fémur, il s'est demandé si l'évidement de cette épiphyse et le drainage articulaire à travers le col et le grand trochanter ne donneraient pas des résultats aussi bons que ceux de la résection, au point de vue de la vie de l'individu, et meilleurs au point de vue orthopédique.

Il a adopté la technique suivante : il fait une incision analogue à celle de Langenbeck, mais descendant plus bas sur la cuisse, environ à 2 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter. Cette incision doit mesurer 15 centimètres environ. Il dissocie les fibres du grand fessier pour pénétrer jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens; il écarte le pyramidal et le moyen fessier, puis pratique une incision du périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter, y compris les faces interne et externe de cette saillie osseuse; la capsule articulaire est largement fendue en T pour permettre l'exploration de l'articulation. Il décolle ensuite le périoste de chaque côté de l'incision, afin de faire une opération sous-périostée ; il excise en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col; avec la pince-gouge, il évide le col jusqu'à la tête, évide ensuite la tête dont il enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement. Il termine enfin par l'évidement du grand trochanter qu'il poursuit jusqu'à 1 centimètre au-dessous de sa base, afin de créer une gouttière d'évidement régulièrement déclive et suivant la direction de l'éperon de Merckel.

L'opération est terminée en réunissant les parties molles au-dessus de la gouttière creusée, après avoir mis au fond de celle-ci un tube métallique, dont l'extrémité interne est dans l'articulation et dont l'extrémité externe est fixée à la peau. Ce drain métallique sera laissé jusqu'à la guérison du malade.

M. Delagenière a pratiqué deux fois cette opération pour des coxalgies suppurées très graves; les deux malades ont vu rapidement cesser leurs accidents et se sont rétablies promptement.

Les conclusions qu'il lui semble pouvoir tirer de ces faits sont les suivantes : 1° l'opération est simple et facile; 2° elle paraît exempte de gravité; 3° le drainage de l'articulation malade et de l'épiphyse est obtenu définitivement; 4° la hanche conserve sa forme et une partie de ses mouvements.

Pour M. CALOT (de Berck-sur-Mer), les injections péri-articulaires, dans le traitement des arthrites, sont forcément insuffisantes, et pour qui réfléchit à l'évolution des lésions anatomiques, les **injections intra-articulaires** paraîtront seules logiques dans le **traitement des tumeurs blanches.**

L'auteur traite la cavité articulaire par les mêmes moyens que la cavité de l'abcès froid péri-articulaire.

Les liquides qu'il emploie sont le naphtol camphré et l'éther iodoformé associés, avec une technique un peu spéciale.

Neuf fois sur dix peut-être, lorsque ces injections sont bien faites, l'on arrive à la guérison de la tumeur blanche et l'on peut éviter aussi à peu près toujours les résections osseuses qui laissent presque fatalement des infirmités graves.

Nous ne pouvons qu'enregistrer avec plaisir les conclusions si optimistes de M. Calot. Mais il faut avouer que ces succès sont faits pour surprendre quelque peu. Ce traitement intra-articulaire des tumeurs blanches n'est pas nouveau; il a été bien des fois tenté et ses partisans se sont bien souvent découragés. Comment notre confrère de Berck arrive-t-il à ces résultats? Il eût dû, pour notre édification, nous présenter une série de malades guéris et porteurs du moulage de la lésion pris avant le traitement, sans quoi ses résulats si brillants risqueraient de rencontrer nombre d'incrédules, comme d'ailleurs la deuxième communication de l'auteur, qu'il intitule lui-même : **La coxalgie doit guérir sans boiterie.**

M. Calot ne parle pas des coxalgiques qui se présentent au chirurgien avec des destructions osseuses déjà avancées, mais des coxalgiques que l'on a suivis dès la première période.

Sur 100 coxalgiques que l'on reçoit au début de la maladie, l'on peut dire que 98 au moins guériront sans boiter.

La boiterie consécutive est causée par :

1° Le raccourcissement;

2° La faiblesse du membre.

3° L'ankylose ou la mobilité extrême.

a. Le raccourcissement est dû à trois facteurs principaux : l'attitude vicieuse, l'ascension du fémur dans la fosse iliaque et l'atrophie du membre.

Contre les deux premiers facteurs, l'on peut tout, si l'on reçoit les coxalgiques à la première période.

L'atrophie en longueur ne peut pas être toujours évitée, mais c'est le facteur le moins important, et il ne donne pas de raccourcissements assez considérables pour entraîner à lui seul la boiterie.

b. La faiblesse musculaire du membre.

En supprimant aussi vite que possible l'immobilisation absolue et en faisant un traitement consécutif par la gymnastique, les massages, les électrisations, on doit arriver à rendre à la jambe autrefois malade une vigueur suffisante pour que le sujet ne boite pas.

c. L'ankylose ou la mobilité folle.

Celle-ci est le fait du chirurgien.

Quant à l'ankylose, il est infiniment rare qu'elle soit absolue. Au surplus, M. Calot a des enfants qui, avec une ankylose de la hanche, mais sans raccourcissement du membre et avec des muscles suffisants, sont arrivés avec un apprentissage spécial à marcher sans boiter.

En résumé, lorsqu'on reçoit un coxalgique au début, on peut promettre qu'il ne boitera pas, puisqu'il y a 98 chances

sur 100 de guérir sans boiter, pourvu que le traitement soit bien conduit et de durée suffisante.

Cette conclusion, vraiment extraordinaire et fort encourageante, bouleverse tout ce que l'on avait observé jusqu'ici. 98 p. 100 des coxalgiques guérissant sans boiterie, c'est là un résultat appelé à avoir un grand retentissement, d'autant que la méthode de l'auteur n'a rien de nouveau. C'est le traitement appliqué par tous, mais mieux appliqué par M. Calot, à Berck.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. MALHERBE (de Nantes) parle en ces termes du **myélome des gaines tendineuses** :

« Il y a quelques années, M. Heurtaux (de Nantes) publia cinq cas de myélomes des gaines tendineuses qu'il avait enlevés et qui avaient été déterminés à notre laboratoire ; se ralliant à notre de manière de voir, M. Heurtaux les sépara du genre sarcome et les appela avec nous des myélomes. Il convient, en effet, de démembrer le genre sarcome tel qu'il est compris par la plupart des auteurs, et notamment d'en séparer le myélome. Nous avons examiné ceux qui ont eu une marche absolument bénigne. Nous connaissons plusieurs des opérés qui restent guéris depuis plus de dix ans. Deux, au moins, de nos tumeurs présentaient des parties assez fortement pigmentées, et j'insiste sur ce point parce qu'il est en contradiction avec l'opinion de bon nombre de pathologistes qui croient que mélanose est synonyme de malignité, ce qui, pour nous, est absolument inexact. Il y a des mélanoses simples et sans aucun pouvoir infectant.

Un autre problème qui, malgré la haute autorité de M. Malassez, ne nous paraît pas encore résolu, c'est celui de la fonction angioplastique des myéloplaxes. Nous avons vainement cherché à suivre la transformation de ces cellules en vaisseaux; nous avons bien saisi quelques rapports de voisinage, mais jamais de continuité convaincante. Nous restons donc dans le doute sur ce cas particulier.

En faisant la synthèse des descriptions particulières, on voit que le myélome contient trois espèces de cellules : 1° des cellules fusiformes, plus rarement étoilées, rappelant beaucoup celles du sarcome fuso-cellulaire; 2° des cellules à noyaux multiples ou myéloplaxes qui sont l'élément caractéristique de la tumeur; 3° des cellules ne contenant que deux ou même qu'un seul noyau, mais dont les caractères optiques, l'aspect du protoplasme surtout, rappellent ceux des myéloplaxes, de telle sorte que pour nous il n'y a aucun doute sur l'identité de nature entre ces éléments. Outre les éléments que nous venons de signaler, on peut aussi observer des cellules rondes embryonnaires, mais on doit, sans doute, les considérer comme résultant d'un processus irritatif et ne faisant pas essentiellement partie de la tumeur. La clinique nous montre que les sarcomes, une fois développés, ont la plus grande tendance à s'étendre; que leur croissance est généralement rapide; qu'enfin certaines espèces récidivent et se généralisent toujours. Nous connaissons bien certaines espèces de sarcome à grandes cellules qui succèdent aux fibromes de la mamelle ou de la paroi abdominale; mais s'il est vrai qu'ils constituent des tumeurs bénignes au début, on peut dire qu'une fois l'état sarcomateux bien établi, ils marchent, comme les autres, vers le dénouement fatal.

Rien de pareil dans le myélome qui, comme Virchow l'avait déjà constaté, ne possède qu'une malignité locale, et peut être laissé en place pendant des années sans infecter l'économie. Il faut donc revenir aux idées d'Eugène Nélaton qui différenciait avec soin le nouveau genre de tumeurs qu'il venait de décrire des tumeurs fibro-plastiques, nom que l'on donnait alors à notre sarcome fuso-cellulaire.

Il y a donc lieu d'admettre auprès du sarcome un genre voisin, mais différent, le myélome, qui a pour type normal le tissu de la moelle des os. Le myélome, très commun dans les os « Epulis », etc., peut s'observer, quoique beaucoup plus rarement, dans des parties molles telles que la gaine des tendons. »

M. MOTY (de Lille) dit que l'**hystérie**, dont le domaine s'étend chaque jour davantage, joue un rôle considérable dans la symptomatologie et l'évolution des **névrites traumatiques**. L'association des deux éléments morbides est si fréquente que, sur huit névrites traumatiques, actuellement dans son service, huit sont compliquées d'hystéro-traumatisme.

Les phénomènes hystériques les plus ordinaires dans ces cas, sont les contractures, les paralysies flasques, les trépidations épileptoïdes, les hémi-anesthésies à forme segmentaire plus ou moins nette, les hyperesthésies de même forme quelquefois localisées dans les cicatrices, l'œdème persistant.

Les anciens auteurs, Swann et Romberg par exemple, avaient très exactement relaté des observations types de cette association, mais ils n'en pouvaient analyser les éléments parce que la conception actuelle de l'hystérie n'existait pas alors.

Tantôt la névrite apparaît seule d'abord, puis se complique ultérieurement de phénomènes d'hystéro-traumatismes, tantôt, au contraire, l'hystéro-traumatisme apparaît le premier, sous forme de contracture par exemple, puis surviennent ensuite des phénomènes névritiques. Dans bien des cas, les symptômes sont enchevêtrés d'une manière si complète qu'il est à peu près impossible de décider si l'un d'eux commun aux deux affections, doit être attribué à la névrite ou à l'hystérie; il en est notamment ainsi pour les troubles vaso-moteurs et les parésies localisées.

Le point le plus important est, d'ailleurs, de reconnaître l'association des deux éléments pathologiques, association qui impose les plus grandes réserves dans le pronostic et qui doit entrer en ligne de compte dans le traitement.

Toutes les fois qu'une névrite traumatique présente des symptômes anormaux ou se montre particulièrement rebelle, il y a lieu de soupçonner l'hystérie. Mais comme on sait aujourd'hui combien cette maladie, mal définie dans sa nature, est variable dans ses symptômes, il faut la rechercher méthodiquement et ne pas omettre l'examen du champ visuel qui constitue jusqu'ici le moyen le plus sûr de la dépister sous ses formes les plus insaisissables.

Séance du 24 octobre (soir). — Présidence de M. GROSS.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE LA FEMME

La séance de samedi a consacré, on peut le dire, le triomphe de l'**hystérectomie abdominale totale** pour la cure opératoire des fibromes de l'utérus. Des chirurgiens les plus réfractaires au début en sont devenus partisans convaincus.

M. TERRIER prend, le premier, la parole pour dire qu'il a pratiqué quatorze fois l'hystérectomie abdominale totale,

et cela avec le plus grand succès. Il donne les détails de sa technique, qui consiste dans l'hémostase préalable des ligaments larges et l'amputation sus-vaginale de l'utérus. Il pratique ou ne pratique pas l'extirpation du col utérin. Dans les cas où il le conserve; il pratique la section de façon à obtenir deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, qu'il accole l'une à l'autre en les suturant. Lorsqu'il enlève complètement le col, il a toujours recours à la section et à l'occlusion du péritoine.

M. POZZI est devenu partisan de l'opération, il adopte le procédé de Doyen, qu'il a déjà pratiqué deux fois. Mais il paraît craindre les hémorragies, et certaines complications; craintes qu'une habitude plus grande de l'opération fera sans aucun doute disparaître. M. DELBET est l'un des défenseurs de la première heure; comme M. Terrier il pratique l'occlusion absolue du vagin par des lambeaux péritonéaux, il proclame avec raison la facilité et la précision des manœuvres d'hémostase. Des recherches qu'il a faites sur le cadavre, il conclut que le mouvement d'élévation qu'on fait subir à l'utérus pour pratiquer les différents temps de l'opération a pour effet de séparer les uretères et la vessie de l'utérus et d'en rendre la blessure bien exceptionnelle. Jamais M. Delbet n'a rencontré ces organes aux cours de ses hystérectomies abdominales. Sa statistique est aussi des meilleures.

M. ROUTIER a eu recours aussi à l'hystérectomie abdominale, mais sa technique nous paraît encore hésitante, il lie encore les pédicules de l'utérus avec des fils élastiques. Ce qui prouve qu'il enserre, dans ses fils, une trop grande épaisseur de tissus.

M. GOULLIOUD (de Lyon) propose une modification au procédé initial de Delagenière; il décolle l'insertion même du vagin de façon à pouvoir mettre deux pinces, sur le vagin lui-même, et couper entre ces pinces le vagin à l'aide du thermocautère. L'auteur attache une grande importance à ce temps opératoire et pense qu'il peut ainsi éviter l'infection péritonéale venue du vagin.

M. POIRIER, depuis le mois de juillet dernier, a eu recours à un procédé d'**hystérectomie abdominale totale** des plus simples. Il a complètement abandonné le cul-de-sac postérieur profond, parfois inaccessible.

Voici comment il procède : l'abdomen ayant été incisé, il fait sortir le fibrome, si cela lui est possible; après avoir pincé et lié les vaisseaux utéro-ovariens, de chaque côté, il incise transversalement le péritoine, d'un ligament large à l'autre, sur la face antérieure de l'utérus, et il décolle ce péritoine et la vessie jusqu'à ce qu'il sente, à travers la paroi vaginale, une pince placée au préalable sur la lèvre antérieure du museau de tanche. Ceci fait, et la vessie étant rabattue vers le pubis, M. Poirier voit les crosses utérines et souvent les uretères qui les croisent; il lie les vaisseaux utérins de chaque côté. Défonçant alors la paroi antérieure du vagin sur la pince repère, il saisit le col avec une pince à traction et, soulevant ce col, il désinsère au ciseau tout le pourtour du vagin; cette section du vagin donne peu de sang, et l'utérus est enlevé avec une remarquable facilité.

L'opération est simple, rapide et facile; elle ne fait courir aucun risque à la vessie, ni aux uretères, et ne comporte qu'une perte insignifiante de sang. Il l'a exécutée quatre fois seulement; une de ses opérées, qui portait avec un gros fibrome des annexes suppurées dont l'énucléation fut très difficile, a succombé.

M. RICARD est heureux de constater le chemin parcouru par l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes depuis qu'il a pris, il y a deux ans, la parole à la Société de chirurgie, pour la défendre. Cette opération qui a conquis, dès aujourd'hui, son droit de cité, est, pour les fibromes, l'opération que l'avenir rendra classique.

Il ne veut discuter aucune manière de faire, ni rechercher à qui appartient la priorité des procédés, celui qu'il emploie et qui est fait d'emprunts aux uns et aux autres lui a servi quarante fois déjà en le modifiant suivant les besoins. Malgré des cas très graves de toutes sortes, il n'a eu à enregistrer que trois décès, ce qui donne une mortalité qui atteint à peine 7 p. 100. C'est grâce à cette expérience déjà importante de l'opération, aux résultats heureux qu'il a obtenus, qu'il se permet de prendre la parole pour faire connaître sa technique.

Le premier temps, une fois la laparotomie faite, consiste dans l'*énucléation* forcée du fibrome, hors du ventre. Cette énucléation, facile dans bien des cas, est rendue souvent impossible par des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, coexistence de fibromes dans le ligament large, etc. Quelle que soit la cause de cette fixité du fibrome, il faut lever l'obstacle qui retient la tumeur avant d'essayer de passer au deuxième temps, et, pour cela, on enlèvera les poches salpingiennes, on évidera et enlèvera les fibromes enclavés, on détruira les adhérences, etc.

Le fibrome devenu mobile et fortement tiré hors du ventre, on a recours à l'hémostase primitive; tout d'abord, M. Ricard sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite, puis, par la brèche créée, il effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal, il arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine, que l'on voit nettement autour de ses veines. Il place une pince et coupe; si l'artère échappe, une pince ordinaire suffit pour la saisir et l'hémorragie de cette artère dénudée n'est jamais bien considérable. Il pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par un trait transversal antérieur, il rejoint ses deux incisions péritonéales latérales, décolle le péritoine et repousse facilement la vessie sur le pubis.

Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer; pour cela, directement ou sur une pince introduite par la cavité vaginale, il incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant aussi le cul-de-sac antérieur, si le Douglas est peu accessible. Il agrandit la boutonnière vaginale, et, saisissant le col, désinsère à coups de ciseaux, l'insertion du vagin, l'utérus vient alors rapidement.

Deux ligatures à la soie, placées de chaque côté, se substituent aux pinces. M. Ricard tamponne le vagin, préalablement asepsié, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et referme le ventre.

Après avoir, dans ses premières opérations, fermé avec soin et suturé le péritoine par-dessus le vagin béant, il a complètement cessé cette manière de faire, qui lui paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et n'a enregistré à la suite aucun inconvénient.

Jamais il n'a blessé la vessie, ni l'uretère. Quant aux accidents hémorragiques que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, il les croit rares, et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres. On peut, en effet, enlever de volumineux fibromes sans perdre plus de deux cuillerées de sang.

M. MONTPROFIT (d'Angers), dans une brillante improvisation, vient appuyer les conclusions de M. Ricard; peu importe, dit-il, la rapidité avec laquelle on enlève le fibrome, s'il faut faire suivre cette ablation d'une hémostase longue et délicate. Pour lui, il a toujours pratiqué l'hémostase avant l'exérèse de la tumeur, et s'en est bien trouvé.

M. PANTALONI (de Marseille) a, dans le courant de l'année 1895, fait quatorze **hystérectomies totales pour fibro-myomes** remontant ou dépassant l'ombilic, deux pour cancer du corps, un pour fibro-myome avec collections annexielles remplissant le petit bassin et deux Porro. Il a employé le procédé de Delagenière avec quelques modifications de détail suivant les cas et n'a eu que des succès, sauf pour le fibrome suppuré avec annexite, qui a succombé au vingt-cinquième jour. Dans ce cas, tout le péritoine du petit bassin ayant été enlevé, il dut prendre l'épiploon et en faire une voûte pelvienne, en le suturant au détroit supérieur et la face postérieure de la vessie. La cavité inférieure ou pelvienne fut bourrée par le vagin avec de la gaze stérilisée servant de drain.

Bien que cette méthode ne lui ait donné que des succès, il réglera à l'avenir la technique de l'hystérectomie abdominale totale de la façon suivante : méthode de Doyen pour l'ablation de la tumeur, méthode de Delagenière pour l'hémostase définitive et la fermeture pelvienne. Drainage ou non, suivant les cas. Par là, on aura sécurité et rapidité. Sécurité, parce que les dangers d'infection secondaire et d'hémorragie n'existeront plus; rapidité, qui a son importance dans le cas de femmes cachectisées par la suppuration ou les hémorragies.

Les succès que l'**ablation des fibromes avec hystérectomie partielle** a donnés à **M. TÉMOIN**, l'engage à venir présenter au Congrès sa statistique personnelle et la méthode simplifiée qu'il emploie.

Au mois d'avril dernier, il présentait à la Société de chirurgie le résultat d'une série de 30 observations, qui lui avait donné 29 guérisons, et aujourd'hui il apporte le résultat de 45 observations, avec 42 succès et 3 morts.

Ces 3 morts ont été dues : la première à une faiblesse extrême de la malade, qui a succombé dans les seize premières heures de choc opératoire; la seconde, due manifestement à de la septicémie, et la troisième est morte au septième jour, alors que tout allait bien, prise subitement de phénomènes cérébraux qui l'ont emportée. Au niveau de la plaie et au pédicule, rien n'était à observer.

A ces 45 observations, il pourrait en ajouter une quarante-sixième, qui a été suivie de mort, mais l'opération n'a pas été faite dans son service.

La méthode qu'il emploie n'est pas spéciale, mais elle est une simplification des méthodes déjà employées. Il croit que, si le pédicule a été la cause de tant d'insuccès, c'est que ce pédicule était formé de tous les éléments constituant la masse utérine fibromateuse, que sa fermeture était incomplète et, enfin, que les ligatures élastiques provisoires amenaient une mortification du péritoine, destiné à recouvrir le moignon.

Pour obvier à ces divers inconvénients, la méthode qu'il emploie est la suivante :

Lorsque la masse fibromateuse est sortie de la cavité abdominale, il fait immédiatement l'hémostase au moyen de deux pinces à longs mors, placées de chaque côté, sur les ligaments larges, et ce sera la seule hémostase de l'opération. Il pratique alors sur la tumeur une longue incision commençant le plus près possible du col, et aboutissant au fond de l'utérus. Cette incision est profonde et, par elle, il fait avec les doigts la décortication de la tumeur.

Cette décortication est toujours facile et elle permet d'enlever ainsi des fibromes énormes, multiples et allant jusqu'aux lèvres du col.

Lorsque la tumeur est enlevée, il reste une énorme cavité ou plutôt une cuvette utérine, que l'on résèque avec de forts ciseaux, aussi près du bord que l'on veut.

Il ne reste plus qu'à fermer le moignon. Un fil de catgut suture, d'une façon continue, en surget, le muscle utérin sur deux étages. Un second fil rapproche, par la même façon, le péritoine. Les ligaments larges sont liés, comme à l'ordinaire, et le ventre lavé à l'eau chaude.

Ainsi, il ne reste plus, comme dans le procédé de Schrœder, de masse fibreuse constituant le pédicule, mais simplement l'enveloppe souple et facile à froncer, constituée par le muscle utérin. La suture est continue et rend la séparation absolue entre la cavité utérine et la cavité abdominale.

L'hémostase du moignon est faite par cette seule suture, et on n'a pas eu à faire de ligature élastique. M. Témoin ne se préoccupe pas non plus de la cavité utérine et ne fait ni cautérisation, ni drainage.

Chez ses 45 opérées, les fibromes pesaient de 2 à 18 kilogrammes; plus de la moitié avaient des fibromes de plus de 5 kilogrammes, 4 pesaient 10 kilogrammes et plus, 1, enfin, pesait 18 kilogrammes; l'âge des malades a varié de vingt à soixante-sept ans. Certains cas étaient compliqués de salpingite, et plusieurs malades étaient dans un état de cachexie avancée.

Par cette méthode, on peut opérer sans aide autre que celui qui donne le chloroforme, et c'est ainsi qu'ont été faites presque toutes ces opérations. La moyenne de la durée a été de quarante minutes.

Sur ces 45 observations, 5 présentent un intérêt particulier.

Il s'agissait de jeunes femmes chez lesquelles les fibromes, moins volumineux, pouvaient être enlevés sans causer sur l'utérus de trop grands délabrements. Le chirurgien a songé, chez elles, à leur conserver l'organe avec sa fonction, et voici quelle méthode il a employée :

L'hémostase a été provisoire et a été faite en prenant les ligaments larges dans des pinces à mors élastiques de Doyen, garnis de tubes à drainage pour adoucir encore la pression.

La tumeur est incisée et énuclée, et la cavité lavée à l'eau phéniquée forte, réséquée en partie, est suturée comme précédemment.

Dans 2 cas, il y avait plusieurs fibromes. Chaque cavité a été traitée isolément. Les 4 opérées se portent très bien, elles ont leurs règles sans aucun trouble. Chez 3, l'utérus et les annexes furent conservés complètement; chez 1 on dut sacrifier la corne utérine gauche.

Lorsqu'une femme est jeune, qu'elle n'a pas eu d'enfants, il y a un grand intérêt à conserver un organe et une fonction qui, lorsqu'ils sont supprimés, donnent trop souvent des accidents d'ordre nerveux, dont on se rend difficilement maître.

C'est encore une raison, si cette méthode de conservation totale de l'utérus doit donner de bons résultats, pour s'adresser encore moins à la voie vaginale, même pour les petits fibromes.

M. VAUTRIN (de Nancy) fait, sur les **collections séreuses pelviennes**, une communication que nous publierons ultérieurement.

M. DELBET lit un important mémoire sur le **traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie.** Nous en donnerons ultérieurement le compte rendu.

Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort, tel est le titre d'une communication de M. VIGNARD (de Nantes).

Le traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore aujourd'hui mal précisé. D'après certains chirurgiens, son ablation s'impose; or, cette ablation est sans conteste, tantôt facile, tantôt difdifficile et dangereuse, en tous cas incertaine dans ces résultats. D'autres chirurgiens abandonnent le placenta après marsupialisation du sac, mais font un drainage prolongé, des lavages réitérés, et le placenta s'élimine ou est extrait secondairement : ce qui complique d'une façon plus ou moins sérieuse les suites opératoires. « Or, dit M. Vignard, j'ai eu l'occasion d'opérer deux grossesses extra-uterines avec fœtus à terme et mort depuis trois et quatre mois. Dans les deux cas parfaitement comparables, la conduite que j'ai suivie a été identique : je n'ai point enlevé le placenta et celui-ci ne s'est point éliminé secondairement. Les suites opératoires ont été d'une simplicité remarquable et je n'ai observé aucune complication ultérieure du fait de la rétention du placenta, lequel s'est progressivement résorbé. Est-ce là un effet du hasard? Je ne le crois pas. Mais je serais tenté d'attribuer l'heureuse issue de l'opération à la technique que j'ai suivie.

Cette technique est basée sur les notions suivantes : le kyste fœtal est, sauf cas exceptionnels, aseptiques; ses parois, une fois le fœtus enlevé, ont une tendance naturelle et rapide à l'accolement. Dès lors, s'il est prudent, après l'extraction du fœtus, de drainer lâchement les deux ou les trois premiers jours, il est parfaitement inutile et même dangereux de prolonger ce drainage et de se livrer à des lavages quotidiens de la poche fœtale. Ces manœuvres, plus ou moins compliquées, ont pour effet presque assuré de provoquer par irritation ou même par infection légère, la mortification du tissu placentaire et son élimination. Aussi la conduite que j'ai tenue a-t-elle été toute différente : après extraction du fœtus et marsupialisation du sac, abandon du placenta et drainage lâche avec deux ou trois mèches de gaze. Ces mèches sont enlevées le troisième ou le quatrième jour. Après quoi, on panse à plat le plus rarement possible, sans jamais recourir à des manœuvres quelconques dans l'intérieur de la poche, telles que réintroduction de mèches, de drains, ou lavages. Cette technique très simple ayant donné des suites opératoires très bénignes et une guérison définitive et rapide, je me permets de la recommander dans les cas semblables aux miens. »

M. LEGUEU fait, sur la **restauration de l'urèthre chez la femme**, la communication ci-dessous :

« La destruction totale de l'urèthre féminin est une infirmité assez sérieuse pour autoriser les tentatives les plus laborieuses. Les moyens qui consistent à obturer le vagin ou à détourner le cours des urines sont par trop insuffisants. La reconstitution peut être obtenue dans des conditions qui rapprochent de l'état normal au point de vue de la forme et de la fonction.

J'ai eu à traiter un cas de ce genre : l'urèthre, chez une femme jeune, avait été totalement détruit par une ulcération phagédénique et il n'en persistait aucun vestige. Le col de la vessie avait été en même temps intéressé et on voyait au fond du vagin un orifice correspondant à l'orifice vésical, limité par un bourrelet circulaire irrégulier. En avant, la paroi supérieure du vagin persistait seule sans aucun vestige membraneux de l'urèthre détruit. L'incontinence d'urine était absolue.

Je cherchai à reconstituer l'urèthre aux dépens d'un double plan de lambeaux pris à la fois sur le vagin et sur la vulve aux dépens des petites lèvres. Je cherchai surtout à donner au nouvel urèthre une longueur et une épaisseur suffisantes.

Pour cela, je traçai dans un premier temps deux lambeaux muqueux depuis le col de la vessie jusqu'au-dessous du clitoris. Ces lambeaux rectangulaires furent rabattus et suturés autour d'une sonde figurant le calibre du nouveau canal. La face muqueuse était tournée du côté du canal et la face cruentée du côté du vagin. Pour couvrir cette surface cruentée, je passai des fils d'argent de gauche à droite, au delà de l'avivement créé par la dissection des deux premiers lambeaux, et je rapprochai au-dessous de la sonde, jusqu'à affrontement, ce second plan.

Plus tard, la fistule uréthro-vaginale fut oblitérée par avivement.

Après plusieurs opérations successives, la réunion complète fut obtenue.

Au point de vue de la forme, le nouvel urèthre s'étend jusqu'au-dessous du clitoris, décrivant une courbe au-dessous de la symphyse. La vulve et le vagin sont rétrécis, quoique suffisants.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est suffisant. La continence des urines se fait d'une façon intermittente : la nuit, la malade perd encore ses urines, qu'elle conserve le jour. Il est probable qu'avec le temps, ce résultat s'améliorera encore. »

M. RICARD fait connaître la technique qu'il emploie dans l'**opération des fistules vésico-vaginales.** (Voir plus haut.)

PRÉSENTATIONS

A la fin de la séance qui terminait le Congrès, M. HASSLER (de Lyon) a présenté un malade, auquel il avait pratiqué la **résection de la hanche pour coxalgie suppurée.**

M. SOREL (du Havre) a montré les modifications qu'il avait apportées au stérilisateur qui porte son nom; et présenté une **étuve sèche au camphène.**

MM. PÉRAIRE et DELAGENIÈRE présentent leurs **tables à opération**, modifiées et améliorées.

QUESTIONS PROPOSÉES

Les questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès sont :

1° Traitement des contusions de l'abdomen. (M. Demons, rapporteur.)

2° Traitement du cancer du rectum. (M. Quénu, rapporteur.)

ÉLECTIONS

M. Gross (de Nancy), vice-président du Congrès actuel, est nommé président du prochain Congrès, dont M. Le Dentu est nommé vice-président.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 4 novembre 1896 :

1° Discussion sur la communication de M. Broca : Les complications des otites.

2° Rapports : 1° Hernie du cæcum, par M. Courtin. (Rapport par M. Reynier.) — 2° Sur deux cas de gastro-entérostomie, par M. Barette. (Rapport par M. Chaput.)

3° Communication : Sur un ostéome du maxillaire inférieur, par M. Lejars.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRECIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................ 1.33
Silicate acide, *Arséniate* », *Phosphate* », *Sulfate* » — *Sesqui-oxyde de fer*......
— de chaux........................
Chlorure de sodium........................
Matières organiques........................ } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"La grande effervescence de cette eau en bouteille a causé certaines fausses impressions. Les faits suivants l'expliquent. Jaillissant d'une source profondément incrustée dans le roc, l'eau Apollinaris est puisée à une profondeur considérable. Pendant qu'elle est conduite à la surface, son acide carbonique s'échappe nécessairement et inévitablement; mais il est recueilli ensuite et il (et nul autre) est réuni à l'eau Apollinaris dans les mêmes proportions dans lesquelles il se trouvait uni à l'eau dans la source même."

"JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

CACHETS DIGESTIFS MOURRUT
DE PEPSINE ET DIASTASE PURES

Les **CACHETS MOURRUT** sont le meilleur mode d'administration de la Pepsine et de la Diastase. « Insolubles dans l'alcool qui les précipite de leur dissolution dans l'eau, ces deux ferments digestifs ne doivent pas être administrés dans un liquide alcoolique — vin ou élixir. « (BOUCHARDAT. *Annuaire*, 1880, p. 138; ACADÉMIE DE MÉDECINE, 12 août 1879.)

Phie FOURNIER, 39, r. de Clichy, Paris.

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

GLYCÉROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX contre :
RACHITISME CHEZ LES ENFANTS
NEURASTHÉNIE. NÉVRALGIE. PHOSPHATURIE
DÉBILITÉ pendant la GROSSESSE, etc.
Chaque Flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. — DOSE : 2 à 3 cuillerées par repas.
Vente en Gros : 13, Rue de Poissy, Paris et tes Phies.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN
Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris
HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT
soit en Potion, Pilules, Solutions, etc.
Quinze** centigr. par dragée. — **Accouchement
Hémorragies de toute nature.
TUBE DE DEUX GRAMMES
POUR
Injections Hypodermiques
LABELONYE et Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

Dans les Cas graves
DE
CHLOROSE et d'ANÉMIE
REBELLES
aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES
Ordinaires
LES PRÉPARATIONS
D'HEMOGLOBINE
SOLUBLE DE
V. DESCHIENS
ONT TOUJOURS DONNÉ
LES RÉSULTATS
LES PLUS SATISFAISANTS
Dans toutes les Pharmacies
Gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris

ÉLIXIR
PRÉPARATION NOUVELLE
Liqueur très agréable à prendre
1 petit Verre après chaque repas.

SIROP
Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN
Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas; **un petit verre à liqueur pour les enfants.**

DRAGÉES
dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE
3 à 6 par jour au commencement des repas.

ture des deux plaies cutanées avec du fil métallique fin.

Suites des plus simples. La règle est la réunion complète par première intention, en une semaine. Exceptionnellement, vers le huitième ou neuvième jour, il se produit de la rougeur et du gonflement, et il s'écoule un peu de liquide d'abord séreux. Dans ces cas, une parcelle plus ou moins volumineuse du tendon s'est nécrobiosée, n'ayant pas trouvé à se greffer convenablement. Dans plusieurs cas, cette petite complication n'a pas compromis la guérison de la hernie, soit qu'il y ait eu greffe d'une portion suffisante du tendon; soit que, pendant la suppuration, sans microbe au début, il se soit produit des adhérences en masse des tissus traversés par le tendon, comme cela se produit autour d'un séton.

INFLUENCE DE CERTAINS AGENTS SUR LES PROPRIÉTÉS BACTÉRICIDES DU SANG (1)

Par M. London.

Continuant au laboratoire de M. Loukianow mes recherches sur les propriétés bactéricides du sang, j'ai étudié les agents suivants :

Inanition. — Des lapins ont été soumis à une privation complète d'aliments pendant dix jours. Au bout de ce temps, les propriéiés bactéricides du sang étaient disparues ou notablement diminuées. L'alimentation normale fut rétablie : à mesure que l'animal revenait à son poids normal, son sang recouvrait graduellement ses propriétés bactéricides.

Ligature du canal cholédoque. — Cette opération a paru accroître à un faible degré les propriétés bactéricides du sang.

Ingestion d'acide chlorhydrique. — Ce moyen, déjà tenté par Fodor, ne lui a pas donné des résultats positifs. Je crois avoir observé que, à dose modérée, l'acide muriatique accroît les propriétés bactéricides du sang, mais seulement un certain temps après l'ingestion. A faibles doses fréquemment répétées, l'acide chlorhydrique diminue ces propriétés.

Ingestion du bicarbonate de soude. — C'est seulement à la suite de petites doses fréquemment répétées que les propriétés bactéricides du sang s'élèvent au-dessus de la normale. Ces résultats concordent avec ceux de Fodor.

La *saignée aiguë*, non plus que l'*ablation des testicules*, ne modifient pas sensiblement les propriétés bactéricides du sang.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1896. — Présidence de M. Monod.

COMMUNICATIONS

Procédé sacro-iliaque d'ablation des cancers du rectum. — M. RECLUS donne lecture, au nom de M. Bœckel (de Strasbourg), d'une note sur un nouveau procédé d'ablation des cancers du rectum à siège élevé, qu'il est impossible d'enlever par la méthode de Kraske ou dans lesquels la constitution d'un anus iliaque se ferait en plein tissu malade.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, se plaignant depuis un an d'une grande constipation, ayant des selles glaireuses et sanguinolentes et survenant par débâcles, éprouvant des douleurs dans le bas-ventre. Au toucher, on constate un cancer en chou-fleur, annulaire, siégeant à 10 centimètres au-dessus du sphincter. On ne pouvait délimiter la tumeur en haut. M. Bœckel pratique l'opération suivante : le rectum étant vidé et désinfecté, il pratique l'opération de Kraske, résèque le coccyx et la partie médiane du sacrum. Le rectum est ainsi mis à nu et il le libère en avant, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, puis il le résèque. Mais la tumeur remonte trop haut pour pouvoir être extirpée. Alors M. Bœckel ouvre le péritoine ; la tumeur se dérobe vers le promontoire. Il fait alors la laparotomie, établit un anus iliaque sur le côlon descendant; puis il lie et sectionne l'intestin, après avoir divisé le mésentère. Il fixe le bout supérieur de l'intestin dans la plaie. Cela fait, on couche la malade sur le ventre et le chirurgien attire le bout inférieur par le rectum. Il met des pinces de Péan, qu'il laisse à demeure, puis il extrait la totalité du rectum et l'S iliaque sur une hauteur de 25 centimètres. A ce moment, apparaît un bout d'intestin cancéreux, qu'il résèque et suture. Il procède à la fermeture de la plaie par tous les bouts possibles. Le péritoine est fermé, sauf au niveau des pinces. Il s'agissait d'un carcinome cylindrique. Le malade a parfaitement guéri. L'anus artificiel fonctionne très bien.

Au cours de sa communication, M. Bœckel a rappelé que MM. Gauthier (de Lille) et Chalot (de Toulouse) avaient essayé cette opération sur le cadavre.

M. QUÉNU rappelle avoir exprimé cette idée que ce serait là l'opération idéale pour les cancers du rectum haut situés.

Complications intracraniennes des otites. — M. A. BROCA fait, sur ce sujet, la communication suivante :

« Lorsqu'une otite mal soignée passe à la chronicité, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intracranienne : méningite aiguë, thrombose des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphalique, cérébral ou cérébelleux. Souvent, à l'autopsie, plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessus des ressources de l'art, et de cette association résultent, en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre : le diagnostic de la lésion isolée ou prédominante est souvent possible, et parmi ces lésions, quelques-unes sont chirurgicalement curables.

Contre la méningite aiguë, diffuse, suppurée, nous sommes impuissants : et cependant dans 4 cas — dont 2 sont déjà publiés — je suis intervenu. C'est que, dans ces cas, la certitude du diagnostic n'est pas absolue et la confusion est possible avec diverses lésions curables. A plusieurs reprises, j'ai publié des faits de « méningisme » ou de « méningites incomplètes » guéris par la trépanation de l'oreille; il existe, en outre, des méningites circonscrites qui font transaction aux abcès encéphaliques; enfin, dans la thrombose, lorsqu'il n'y a pas de gonflement cervical, la ressemblance est grande avec une méningite. Aussi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer et de me laisser conduire, en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau. Et c'est pour cela que je soutiens la nécessité d'adopter un procédé permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet. Cette opinion, dont je ne suis pas l'inventeur, gagne du terrain, mais elle a encore des opposants.

Je commence par émettre un aphorisme absolu : en cas d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, on doit d'abord trépaner l'apophyse et la caisse. Dès lors, la question se pose de la manière suivante : Faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée?

Pour les abcès extraduraux, il n'y a aucune discussion : c'est autour des cavités de l'oreille qu'on les trouve. A plusieurs reprises, après avoir évidé l'os carié, je suis arrivé à la dure-mère, baignant dans le pus; mais une seule fois,

(1) Communication à l'Académie des sciences.

chez une fille de huit ans, j'ai évacué un véritable abcès, volumineux.

Avec ce décollement ou cet abcès coïncident souvent la phlébite, l'abcès cérébral ou cérébelleux : dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne.

Pour la thrombose, malgré quelques procédés spéciaux que l'on a cru bon d'inventer, on n'a pas besoin de prouver qu'il est inutile d'ouvrir la boîte cranienne en un second point : pour atteindre le sinus, l'antre mastoïdien est le meilleur repère. J'ai opéré cinq sujets pour cette lésion, quatre fois en liant la jugulaire au cou ; un de ces derniers cas a été suivi de succès ; dans celui où je n'ai pas touché à la jugulaire, l'enfant a succombé, au neuvième jour, à un pyo-pneumothorax, par ouverture dans la plèvre d'un foyer de gangrène pulmonaire. C'est de la rapidité du diagnostic et du traitement avant tout que dépend ici le succès.

C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord sur le meilleur manuel opératoire. Les procédés préconisés présentent des écarts extraordinaires, et même MM. Picqué et Février, partisans en principe de la voie mastoïdienne, ne me concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sus-auriculaire indépendante.

Il est bien prouvé, aujourd'hui, que les abcès cérébraux sont presque toujours temporaux et reposent directement sur le plafond de l'aditus. Il est évidemment raisonnable d'aller les chercher en partant du foyer osseux qui les a causés et qu'ils avoisinent, le mieux est pour cela de défoncer le plafond de l'aditus, ce qui est très facile si, à la trépanation de l'apophyse, on a joint celle de la caisse.

Les abcès cérébelleux, eux aussi, ont coutume d'être à proximité du rocher, et on les atteint en trépanant en avant et en dedans du coude du sinus. Il est donc facile, après exploration du cerveau, d'explorer le cervelet : cela est important, car le siège de l'abcès encéphalique ne peut souvent pas être précisé.

Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à soigner, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été chez lui opératoirement parfaite (Obs. XXIII de mon *Traité de chirurgie cérébrale*). Depuis, j'ai traité une fillette avec succès ; c'est celle dont je viens de publier l'observation au Congrès de chirurgie.

PRÉSENTATIONS

Polype naso-pharyngien. — M. NÉLATON présente un jeune garçon qu'il a opéré d'un polype naso-pharyngien par la méthode lente. Le polype remplissait l'arrière-gorge, envoyait un prolongement vers la joue droite et il y avait de graves hémorragies. M. Nélaton fit l'ouverture du voile de palais, enleva le polype et laissa la brèche ouverte. Il ne la fermera que dans un an. Il eut une terrible hémorragie pendant l'ablation du polype. Celui-ci ne tarda pas à récidiver, M. Nélaton le cautérisa d'abord avec le chlorure de zinc, puis avec l'acide chromique au maximum de concentration. C'est là un exemple typique et classique de polype naso-pharyngien.

M. QUÉNU demande à M. Nélaton pourquoi il n'a pas fait la double ligature de la carotide externe.

M. NÉLATON n'a pas cru devoir faire cette double ligature.

Stérilisation du catgut. — M. CHAPUT fait connaître un nouveau procédé de stérilisation du catgut dans l'autoclave à 120 degrés, et qui est porté lentement à cette température dans l'huile bouillie.

Opération de cataracte. — M. ANGER présente une malade qu'il a opérée de la cataracte avec lavage de la chambre antérieure.

MM. TERRIER, BRUN et KIRMISSON font observer que le lavage de la chambre antérieure, dans l'opération de la cataracte, est abandonné depuis longtemps.

Anévrisme poplité. — M. TUFFIER présente un anévrisme de la poplitée qu'il a traité par l'extirpation. Il avait eu recours préalablement à la compression digitale intermittente de la fémorale afin de favoriser le développement des anastomoses. L'opération a été faite le 10 octobre. La malade a rapidement guéri. On voit sur la pièce qu'il y avait de nombreuses collatérales qui partaient de la poche, ce qui aurait rendu la ligature à peu près inutile.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Bordeaux s'est terminé par la nomination de MM. Reuveret, comme prosecteur; et Laffay, comme prosecteur-adjoint.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delehaye (de Dixmude), Ducassé (de Beugny), Eugène Moyettaz (de Rhônes), Saunier (d'Hemixem).

— M. Ricard, professeur agrégé, commencera son cours de pathologie externe le vendredi 6 novembre, à trois heures, au grand amphithéâtre de la Faculté. — Il traitera des affections chirurgicales des organes génitaux de la femme, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— M. le docteur Péan reprendra, à l'Hôpital international, 11, rue de la Santé, des leçons cliniques et les opérations de la chirurgie générale, samedi 7 novembre, de neuf heures à midi, et les continuera les samedis suivants.

Les opérations gynécologiques auront lieu les lundis et mercredis, à neuf heures et demie.

— Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du samedi 7 novembre 1896, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. Kirmisson commencera ses leçons cliniques à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, le lundi 9 novembre à dix heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités de la tête et du tronc. — Opérations le lundi à neuf heures moins un quart. — Consultations gratuites, les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 127. — JEUDI 5 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 5 NOVEMBRE 1896. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française.

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'importante communication qu'a faite, dans la dernière séance, M. Dieulafoy sur le traitement chirurgical de certaines complications de la fièvre typhoïde, devait nécessairement devenir le point de départ d'une discussion : M. Lereboullet a pris la parole, dans cette séance, pour émettre quelques réserves au sujet de l'importance que M. Dieulafoy avait accordée à un signe de la perforation intestinale, à la brusque chute de la température. Suivant lui, et d'après de nombreuses observations, ce signe ne serait nullement pathognomonique de la perforation, et il y a des cas, en effet, dans lesquels ont été constatées des perforations intestinales avec élévation de la température. Quant aux indications de l'intervention chirurgicale que M. Lereboullet admet, avec M. Dieulafoy, sans réserve, pour les complications appendiculaires de la fièvre typhoïde, on ne saurait y apporter trop de réserve et trop de prudence en présence des signes d'une perforation, et surtout dans les cas où il y a chute du thermomètre. Il ne suffit pas, en effet, de dire que cette opération est indiquée dans telle complication de la fièvre typhoïde, il faut que cette opération présente des chances sérieuses de réussite. Or, il est hors de doute qu'une laparotomie et une suture intestinale pratiquées dans ces conditions représentent une grave intervention. Le cas rapporté par M. Monod, après la communication de M. Lereboullet, en est un exemple.

M. Cornil a étudié, en déterminant des pleurésies expérimentales, la structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique. Il en est arrivé à cette conclusion que cette structure est exactement la même que celle qu'il a décrite pour les réunions séro-séreuses de l'intestin.

M. Vigouroux a adressé une communication sur la pathogénie et le traitement des impotences fonctionnelles (crampes des écrivains, pianistes, télégraphistes, etc., et spasmes fonctionnels). Pour M. Vigouroux, ces affections ne sont pas seulement des névroses ayant une origine et des symptômes professionnels; il y a des altérations des nerfs et des muscles provenant d'une maladie dyscrasique, infectieuse ou toxique. La profession n'interviendrait donc ici que comme cause occasionnelle.

M. Maurice Bloch a fait une courte communication sur les résultats de la transfusion capillaire du sang de congénère dans le traitement de la tuberculose acquise.

DU CHIMISME RESPIRATOIRE

A L'ÉTAT NORMAL ET DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par M. Albert ROBIN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. Albert Robin poursuit depuis deux ans, en collaboration avec M. Maurice Binet, l'étude du chimisme respiratoire. En comparant les indications fournies par ces recherches avec celles qui proviennent de l'analyse des urines, les auteurs sont arrivés à constituer un faisceau de faits importants applicables à la clinique et à la thérapeutique. Dans cette première communication à l'Académie, M. Robin se contente d'exposer les chiffres physiologiques qui peuvent servir d'étalons quand il s'agira de fixer le sens et la valeur des variations pathologiques et il fait connaître les variations subies par le chimisme respiratoire dans la fièvre typhoïde et sous l'influence des bains froids.

Chimisme respiratoire à l'état normal. — Jusqu'ici on a étudié les variations de la ventilation pulmonaire, les proportions centésimales de l'acide carbonique et de l'oxygène dans l'air expiré, le quotient respiratoire, les quantités d'acide carbonique exhalé et d'oxygène absorbé par heure. M. Robin et son collaborateur ont complété ces indications en faisant intervenir le rapport de l'acide carbonique et de l'oxygène au poids du sujet pendant l'unité de temps et la quantité d'oxygène absorbée par les tissus.

Cette notion de l'oxygène absorbé par les tissus a une grande importance. Il joue, dans les maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, un rôle de défense qui ouvre à la thérapeutique de nouveaux horizons.

MM. Robin et Binet ont adopté comme unité la minute et ils ont rapporté tous leurs chiffres au kilogramme de poids des sujets en expérience. Leur unité est donc le kilogramme-minute.

Dans l'état de santé, le chimisme respiratoire étudié le matin, à jeun, se comporte ainsi :

Pour 100 parties d'air expiré. . $\begin{cases} CO^2 = 3,9 \\ O^2 = 4,8 \end{cases}$

Ventilation, par minute. . . .	7 litres 090
Acide carbonique, par minute.	2 cc 76
Oxygène total, —	3 cc 40
O^2 absorbé par tissus, —	6 cc 4

Par kilogramme de poids et par minute.

Ventilation	107 cc
Acide carbonique produit. . . .	4 cc 17
Oxygène total	5 cc 14
— absorbé par tissus. . . .	0 cc 97
Quotient respiratoire.	0,81
Coefficient d'absorption.	0,19

Le quotient respiratoire est d'autant plus élevé qu'il entre plus d'hydrates de carbone dans l'alimentation; le travail musculaire, le refroidissement, la lumière accroissent le chimisme respiratoire.

Du chimisme respiratoire dans la fièvre typhoïde. — Les chiffres qui précèdent sont susceptibles de grandes variations physiologiques. Si l'on se transporte sur le champ de la pathologie, il semble bien difficile de discerner ce qui appartient à la maladie de ce qui appartient aux variations physiologiques. Toutefois en multipliant les analyses, M. Robin est arrivé à constater que, dans les infections aiguës, les actes organiques réactionnels que traduit le chimisme respiratoire se manifestent par deux types distincts qui sont l'augmentation ou la diminution des échanges. Le second type est de beaucoup le plus fréquent. La fièvre typhoïde peut être considérée comme un exemple frappant du premier type et, contrairement à l'idée classique, qui donne comme substratum à la fièvre une augmentation des oxydations, les échanges sont, chez les typhiques, sensiblement réduits et la réduction est d'autant plus grande que la maladie est plus grave.

Des tableaux et des moyennes exposés par M. Robin, on peut tirer les conclusions suivantes :

Dans la fièvre typhoïde commune, pendant la période d'état, les proportions centésimales de l'oxygène consommé et de l'acide carbonique produit sont sensiblement au-dessous de la normale.

Le quotient respiratoire varie peu, mais l'oxygène absorbé par les tissus croît sensiblement. A la convalescence, l'acide carbonique et l'oxygène, ainsi que le quotient, se relèvent, tandis que s'abaisse l'oxygène absorbé.

Dans la forme grave suivie de guérison, les abaissements sont encore plus marqués; au contraire, l'absorption de l'oxygène par les tissus augmente. Au moment de la convalescence, les échanges se règlent et s'exagèrent; l'oxygène et l'acide carbonique augmentent notablement. La plus grande partie de l'oxygène sert à faire de l'acide carbonique et la quantité qui est absorbée par les tissus ne diffère pas de la normale.

Dans la fièvre typhoïde terminée par la mort, il faut considérer deux périodes; celle dans laquelle l'organisme lutte encore avec quelques avantages et celle où l'organisme est en déroute. La première période elle-même comprend deux variétés; l'une correspondant à la pleine activité de la lutte, l'autre dans laquelle l'organisme présente des signes de défaillance.

Dans la période de lutte, l'acide carbonique et l'oxygène diffèrent à peine des chiffres observés dans la forme grave et guérie. Mais, dès qu'apparaissent les premiers symptômes de la défaillance, on voit faiblir les proportions centésimales de l'acide carbonique et de l'oxygène et fléchir l'absorption de l'oxygène par les tissus. Dans la défaite totale les échanges croulent à des chiffres invraisemblables; le chimisme respiratoire n'indique plus traces de lutte et la ventilation elle-même est en baisse.

Donc l'activité des échanges respiratoires est en raison inverse de la gravité de la fièvre typhoïde.

Dans les cas de guérison, le chimisme respiratoire s'élève, le quotient monte pendant que diminue la quantité d'oxygène absorbé par les tissus.

M. Robin compare ensuite les échanges respiratoires avec les échanges généraux que révèle l'analyse de l'urine. Prenant pour exemple un cas de fièvre typhoïde mortelle, voici ce qu'on y trouve : les oxydations azotées, qui demeurent aux alentours de la normale (80 à 85 p. 100) pendant que l'organisme semble victorieux, s'abaissent à la moyenne de 75 p. 100 dès que fléchit la résistance.

La corrélation est parfaite avec les échanges respiratoires où, malgré l'accroissement de la ventilation, décroît la quantité de l'oxygène absorbé par les tissus.

Aussi quand on interroge les échanges azotés et les échanges respiratoires, on constate que toutes les oxydations sont en baisse, que leur relèvement signale la victoire de l'organisme, et leur amoindrissement sa défaite, que les actes d'oxydations sont un des procédés les plus énergiques de la défense organique et qu'il est du devoir du médecin de favoriser ces oxydations par les moyens en son pouvoir.

La méthode antipyrétique, telle qu'on la pratique aujourd'hui, est donc, selon M. Robin, pleine de dangers. La fièvre n'est pas l'ennemi à combattre, puisqu'elle n'est qu'un acte réactionnel traduisant la défense de l'organisme. Ce qu'il faut combattre c'est l'insuffisance de la cellule vivante à fixer l'oxygène et à la mettre en œuvre, c'est l'encombrement des tissus par des résidus d'autant plus insolubles qu'ils sont moins oxydés.

Ces données trouvent des applications immédiates à la thérapeutique. Elles justifient l'emploi des médications qui accroissent les oxydations et le rejet de celles qui les abaissent.

Du chimisme respiratoire sous l'influence des bains froids. — M. Robin rappelle avoir déjà montré quelle influence les bains froids exercent sur les échanges généraux et comment ils relèvent les oxydations abaissées. Leur action sur le chimisme respiratoire n'est pas moins remarquable. Le bain froid active le chimisme respiratoire dans tous ses modes. Mais c'est l'absorption plus grande de l'oxygène par les tissus qui constitue l'une des caractéristiques les plus remarquables de l'action du bain froid puisqu'elle atteint jusqu'à 36 p. 100.

Lorsque les bains froids n'activent pas les échanges respiratoires, ils sont au moins inutiles. Nous avons donc, dans l'action de cette médication sur le chimisme respiratoire, un moyen de savoir si ce mode de traitement convient ou non.

Quant au mécanisme à l'aide duquel la balnéation froide produit ses merveilleux effets, il peut, d'après nos expériences, se résumer dans les propositions suivantes :

La balnéation froide diminue la température en amoindrissant les actes d'hydratation et de dédoublement, premières étapes de la désintégration cellulaire, et producteurs de toxines qui sont des sources importantes de la chaleur fébrile.

Elle exagère les actes d'oxydation qui transforment en produits solubles, facilement éliminables, peu nocifs, les toxines bactériennes et celles qui proviennent de la désintégration morbide des tissus.

Elle augmente la tension artérielle, relève l'activité du cœur et, par suite, la diurèse, d'où balayage et plus facile expulsion des déchets.

Ces effets s'accomplissent par l'intermédiaire d'une action réflexe exercée sur le système nerveux, comme semble le prouver le relèvement du rapport urinaire de l'acide phosphorique total à l'azote total.

La plus grande quantité de l'oxygène absorbé par les tissus, pendant l'action des bains froids, paraît être l'un des mécanismes à l'aide desquels l'économie relève les actes d'oxydation dont il s'agit.

A l'appui de cette dernière assertion, M. Robin peut fournir deux ordres de preuves, car on serait en droit de se demander si cet O^2 absorbé par les tissus et ne servant pas à la formation de l'acide carbonique, n'est pas consommé pour les besoins personnels du bacille d'Eberth qui est aérobie.

Mais, dans celui de ses cas qui s'est terminé par la mort, le O^2 absorbé a diminué depuis l'entrée du sujet à l'hôpital (10 juin) jusqu'au jour où il n'a plus été possible de recueillir les gaz de la respiration. Ainsi, pour les trois périodes, les quantités de O^2 absorbé ont été successivement de :

1re période : Lutte.	1cc85.
2e période : Intermédiaire.	1cc31
3e période : Défaite.	0cc178

Donc, plus la maladie s'est aggravée, plus l'organisme a fléchi devant le bacille, plus le O^2 absorbé par les tissus a diminué. Plus élevé que normalement quand le malade semblait lutter avec quelques chances de succès, il s'abaisse au-dessous du chiffre physiologique quand la victoire se décide en faveur du bacille. Certes, les choses iraient autrement si cet O^2 absorbé servait plus l'activité bacillaire que les actes de la défense organique.

Au contraire, dans un cas de guérison, le O^2 absorbé pendant la période d'état s'élevait à 2cc2, soit environ le double de la normale. Vient la convalescence, le O^2 absorbé tombe à 1cc1, chiffre normal. Ainsi, pendant une lutte dans laquelle le malade triomphera, le O^2 absorbé augmente au point de doubler, et, la lutte finie, tout rentre dans l'ordre. Quelle interprétation plus plausible que celle qui attribue à cet O^2 absorbé un rôle dans cette défense victorieuse?

L'action des bains froids sur les échanges respiratoires confirme donc, de la façon la plus éclatante, les conclusions thérapeutiques posées plus haut et que M. Robin formulera en disant que les actes d'oxydation étant des procédés de défense de l'organisme, le rôle du médecin doit être de favoriser, par tous les moyens possibles, l'absorption de l'oxygène, et cela non seulement dans la fièvre typhoïde, mais dans toutes les infections, surtout quand elles se compliquent d'état typhoïde.

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON. PNEUMOTOMIE

Par le docteur Tuffier,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

L'intervention dans les kystes hydatiques du poumon est maintenant acceptée. Les observations et les succès sont aujourd'hui nombreux, puisque j'ai pu rassembler 58 pneumotomies avec 52 guérisons et 71 pleurotomies avec 2 morts. La pneumotomie paraît donc être la méthode de choix.

Mais les faits d'intervention pour des *kystes centraux non suppurés* sont relativement rares. J'en relève seulement 3 observations indiscutables (D. Thomas, Austral, 14 J. 1889, p. 408, obs. XXX; Way, id., obs. XXXVIII et Israël, Congrès de chirurgie, 1886, p. 37; Compte rendu du XVe Congrès de chirurgie allemande).

Un médecin des îles Canaries vint me demander au mois de mai dernier de le débarrasser d'un kyste du poumon dont les premiers accidents dataient de deux ans. C'était un homme encore assez robuste qui, deux ans auparavant, avait été pris de tous les signes d'une tuberculose au début avec poussées d'épanchement pleural à la base du poumon droit. Une série de consultations, prises tant en Espagne qu'à Montpellier et à Paris, conclurent dans ce sens, quand après une fatigue le malade fut pris de violentes douleurs intrathoraciques et expectora des crachats sanguinolents, mélangés à quelques membranes hydatides. L'expulsion de petites vésicules entières continua les jours suivants. Mais les douleurs persistèrent si bien que le malade revint consulter en France et c'est après un long séjour à Montpellier et au cours de nombreux examens à Paris qu'il vint me trouver. Le diagnostic de kyste s'imposait, mais les avis différaient sur le siège de la tumeur, la majorité des consultés voyaient là un kyste du foie ouvert dans le poumon, les autres localisaient la cavité dans le lobe inférieur droit, siège d'élection, comme vous le savez; tous admettaient l'existence d'adhérences pleurales, consécutives aux poussées pleurétiques antécédentes.

Opération le 27 mai 1896, avec le concours de M. le docteur Terrier. Chloroformisation, l'incertitude du diagnostic anatomique me fait choisir le manuel opératoire suivant; je pratique sur le bord postérieur de la ligne axillaire une incision oblique de 15 centimètres affleurant en haut la dixième côte, j'ouvre la séreuse péritonéale et j'explore la face convexe du lobe droit que je trouve normal; je ferme la séreuse très soigneusement. Au cours de cette incision, la plèvre qui débordait largement la douzième côte, comme j'ai pu m'en assurer ultérieurement, est ouverte et une quantité notable d'air pénètre dans sa cavité, l'orifice pleural est fermé par quelques points de suture. Le kyste ne pouvant être que pulmonaire, je prolonge mon incision jusqu'à la septième côte, j'ouvre le neuvième espace intercostal, je pratique le décollement pleuro-pariétal et je constate que l'exploration du poumon est impossible, parce qu'il existe une couche d'air dans la plèvre et que les deux feuillets pleuraux sont largement écartés. Je résèque alors 8 centimètres des neuvième et dixième côtes, j'ouvre la plèvre, j'y introduis le doigt sans rien trouver; nous fendons alors largement la séreuse, la respiration devient anxieuse, le pouls rapide. Ces accidents passés, nous constatons que le poumon est rétracté sur son hile, il peut être exploré avec les doigts, mais je vois sa base blanche, lardacée, je pense que le kyste est à ce niveau et je l'amène dans la plaie au moyen de deux pinces à fixer l'utérus; le parenchyme pulmonaire est suturé à la plèvre, puis incisé au bistouri sans aucune hémorragie, dans la profondeur de 2 à 3 centimètres; des hydatides de tout volume sortent de la poche qui présente le volume d'un œuf d'autruche. Nettoyage, puis marsupialisation de cette poche qui est garnie de gaze aseptique. Drainage de la cavité pleurale, fermeture du reste de la plaie. Les suites opératoires furent assez simples,

malgré une toux incessante due à la pénétration d'un fragment de gaze dans la bronche qui était assez volumineuse pour permettre à elle seule la respiration par le flanc quand le larynx était obstrué par des mucosités ou des débris d'hydatides. Au vingtième jour, malgré un large drainage, des phénomènes de rétention s'étant produits, on dut agrandir l'orifice et extraire trois volumineux fragments sphacélés de la poche et du parenchyme pulmonaire. Le 20 août, le malade sortait ayant une plaie d'environ 5 centimètres, son état général et son état local étaient parfaits.

Au point de vue clinique, j'insiste sur la difficulté extrême du diagnostic entre un kyste du foie ouvert dans les bronches et un kyste du poumon. Je crois qu'en pareil cas, c'est vers le foie qu'il faut d'abord diriger l'opération, et l'*incision oblique thoraco-abdominale* sur le bord postérieur de la ligne axillaire me paraît remplir l'indication. Elle permet, en la prolongeant en haut, d'attaquer la base du thorax. La question des *adhérences pleurales* dans les kystes hydatiques du poumon, si importante pour l'opérateur, est également bien difficile à préciser cliniquement. Si elles sont de règle dans les suppurations péri-kystiques, elles manquent, contrairement à l'opinion de Maydl, dans les cas où le kyste n'est pas infecté. Il faut d'autant plus tenir compte de ce fait que le cul-de-sac pleural repoussé par le néoplasme peut dépasser notablement la douzième côte.

La pneumotomie est la méthode de choix, elle donne plus de 90 p. 100 de guérison, alors que l'expectation médicale amène une mortalité de 64 p. 100, la chloroformisation sera préférée à l'éthérisation, le tamponnement de la cavité sera longtemps prolongé pour éviter toute hémorragie. La toux persistante et généralisée, qui survient quelquefois après les pansements, est généralement due à la légère saillie du drain ou d'une mèche dans l'orifice bronchique. Enfin, le maintien d'un large orifice est d'autant plus nécessaire que la cavité se comble lentement, devient facilement anfractueuse, et peut contenir ultérieurement des fragments sphacélés de la poche et du tissu pulmonaire avoisinant.

HOPITAL DE LA CONCEPTION DE MARSEILLE

Deuxième observation de gastro-jéjunostomie postérieure, suivie de guérison.

Par le docteur Poucel,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Nous avons publié, dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 août 1896, notre première observation. L'opération avait été pratiquée le 21 mai, et ses effets ont été si salutaires et si prompts, que le poids de la malade a augmenté de 6 kilos au bout de deux mois, de 15 kilos le troisième, et de 23 kil. 600 grammes, à la fin du quatrième mois.

Les particularités de cette observation étaient : 1° la résection à peu près complète de l'épiploon (épiploectomie), au lieu de son refoulement dans l'arrière-cavité, comme cela est conseillé par la plupart des auteurs ; 2° l'accolement du jéjunum à la paroi postérieure de l'estomac, par un double rang de sutures séro-musculeuses, sans passer par la boutonnière méso-colique ; 3° la substitution à l'incision rectiligne d'une excision ovalaire des trois tuniques.

Nous avons observé que la muqueuse gastrique, n'étant pas bridée par la suture orificielle, descend dans le jéjunum en forme d'entonnoir, et que c'était sans doute à cette disposition qu'était due l'absence de vomissements bilieux, si fréquents à la suite de cette opération.

Le 3 octobre, à l'hôpital de la Conception, nous avons opéré, par le même procédé, le nommé R..., tapissier en meubles.

Cet homme, âgé de cinquante ans, souffrait depuis plusieurs années de violentes douleurs d'estomac, provoquées, ou tout au moins aggravées, par l'abus des boissons. Ces douleurs devinrent si violentes, à la suite de l'ingestion d'une forte dose d'acide chlorhydrique, qu'il avait plusieurs fois cherché à s'y soustraire par le suicide.

Après deux ans et demi de souffrance et de traitements infructueux, il demanda l'opération.

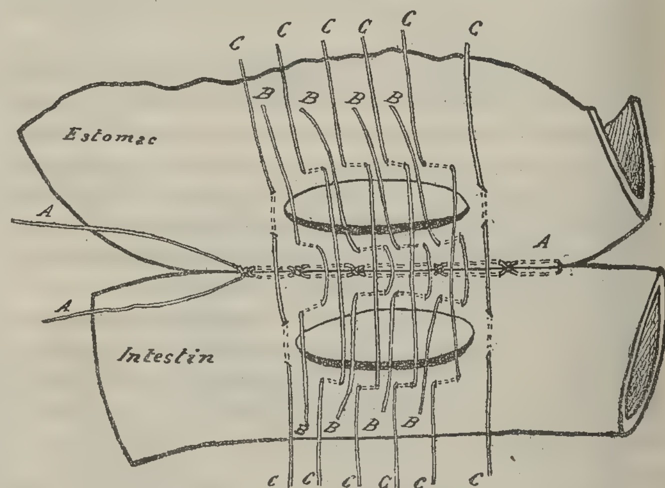
Toute la région épigastrique était uniformément tendue et douloureuse à la pression. L'ingestion des moindres aliments exaspérait ces douleurs et amenait des vomissements. Ceux-ci n'ont jamais contenu du sang ; mais les selles en ont fréquemment présenté.

L'émaciation du malade était extrême, et ses idées de suicide étaient devenues une véritable obsession, que la morphine elle-même ne calmait plus.

A l'ouverture du ventre, nous trouvâmes l'épiploon adhérent à la masse intestinale, l'estomac épaissi et bridé en arrière par des adhérences très étendues, de façon à produire une véritable symphyse gastrique. Le pylore et le duodénum, épais et durs, comprimaient le col de la vésicule biliaire très distendue, mais ne renfermant pas de calculs.

Après avoir réséqué ce que nous pûmes de l'épiploon, libéré en partie l'estomac et la région pylorique, nous pratiquâmes la gastro-jéjunostomie, comme dans notre première observation.

Nous croyons utile de reproduire ici le dispositif de la suture employée, ce qui nous dispensera de nouvelles explications.



Après avoir réduit les organes, nous constatâmes que la vésicule biliaire s'était vidée spontanément dans l'intestin.

Les suites furent excellentes : pas d'élévation de la température ni de vomissements ; les douleurs disparurent, et le malade put être alimenté dès le troisième jour, avec du lait alcalinisé et du bouillon.

Depuis le quatrième jour, il a une selle quotidienne et naturelle, tandis qu'il souffrait de la constipation depuis plus de trois ans.

Son état est aujourd'hui absolument satisfaisant ; il mange du pain, de la viande, du poisson, etc., reste levé

sans fatigue, et les forces, ainsi que l'embonpoint, augmentent rapidement. Ses idées de suicide ont disparu.

Cette observation, ainsi que la première, nous montre :

1° La supériorité de la *suture* sur les divers appareils anastomotiques.

2° Les avantages de l'*épiploectomie* sur le refoulement épiploïque ou la boutonnière méso-colique.

3° Que les *vomissements*, si fréquents à la suite de la gastro-jéjunostomie, paraissent avoir été *évités* par notre mode d'abouchement (ouverture ovalaire, suture orificielle séro-musculeuse à 6 millimètres de la surface de section permettant à la muqueuse gastrique de descendre dans le jéjunum en forme d'entonnoir).

4° Que, même en l'*absence de signes physiques appréciables*, c'eût été une grave erreur clinique que d'attribuer à de la *folie* les impulsions au suicide présentées par nos deux malades, puisqu'elles étaient provoquées par la douleur et les réflexes si complexes que le mauvais fonctionnement de l'estomac peut déterminer sur le cerveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

Structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie. — M. CORNIL, en déterminant des pleurésies expérimentales avec exsudat fibrineux, a étudié les cicatrices pleurales, les adhérences entre le poumon et la plèvre pariétale. Il a constaté que, dans ces cas, les phénomènes histologiques sont absolument les mêmes que ceux qu'il a décrits dans les réunions séro-séreuses de l'intestin, dépôt de fibrine à la surface séreuse donnant lieu à une membrane réticulée, prolifération de cellules endothéliales par division directe, redressement de ces cellules qui pénètrent dans la fausse membrane en s'unissant avec celles venues de la face opposée de la séreuse. Des cellules vaso-formatives apparaissent et des vaisseaux se montrent au cinquième, sixième ou septième jour.

Dans les adhérences de pleurésie datant de onze jours, il a vu de nombreux vaisseaux capillaires de formation nouvelle, et des cellules vaso-formatives.

Les cellules endothéliales jouissent donc de mouvements amiboïdes propres : elles se déplacent pour pénétrer dans la fibrine qui, elle-même, par ses dépôts successifs, les entraîne des couches profondes aux couches superficielles de la pseudo-membrane.

Pathogénie et traitement des impotences fonctionnelles. — M. CORNIL lit, au nom de M. Vigouroux, un travail sur ce sujet.

M. R. Vigouroux n'admet pas l'opinion générale qui considère ces affections comme des névroses ayant une origine et des symptômes professionnels. Ayant constaté dans un certain nombre de cas des altérations des nerfs et des muscles, il a été conduit à reconnaître qu'il en est de même pour la généralité. Seulement ces altérations sont le plus souvent à peine perceptibles et le trouble fonctionnel qui en résulte ne peut être mis en évidence que par une épreuve délicate comme l'exécution d'un acte compliqué.

Voici, en somme, l'enchaînement pathogénique : *a*. maladie générale, dyscrasique, infectieuse ou toxique, determinant : 1° une exagération de l'excitabilité réflexe ; 2° des lésions variées des nerfs, des muscles, des tissus synovial et fibreux et des vaisseaux. Ces lésions produisent : *b*. les troubles fonctionnels, soit directement, par exemple en diminuant l'irrigation sanguine et par suite la sensibilité et la force des muscles ; soit en provoquant un spasme réflexe. M. Vigouroux pense qu'une lésion musculaire, telle que l'atrophie, simple ou dégénérative, peut provoquer le spasme réflexe des muscles antagonistes ou associés, comme il l'a vu le premier pour les spasmes du cou, ou bien encore le spasme du muscle lui-même. Il signale la part considérable et méconnue du système musculaire dans les maladies générales et le rôle des myopathies dans une foule d'affections considérées comme purement nerveuses.

Il fait connaître un signe nouveau, signe de l'angulaire, propre à déceler un état anormal de la masse du système musculaire, tel qu'il existe dans la chorée, l'hystérie, le saturnisme, la paralysie agitante, la maladie de Basedow, etc. Il divise les impotences fonctionnelles suivant le siège de leur lésion périphérique.

Le traitement qu'il préconise est dirigé : 1° contre la maladie générale. Il s'agit le plus souvent d'arthritisme qu'il traite suivant la méthode exposée dans son livre, *Neurasthénie et arthritisme ;* 2° contre les troubles fonctionnels et locaux. Le principal moyen, mais non le seul, est une gymnastique inventée, il y a trente ans, par un spécialiste anglais nommé Jackson et pratiquée intensivement.

M. Vigouroux compte plus de cinquante cas de guérison obtenus par cette méthode, chiffre notable si on se rappelle que les auteurs sont unanimes à déclarer que les impotences fonctionnelles sont rebelles à tout traitement.

DISCUSSION SUR LES PÉRITONITES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. LEREBOULLET rappelle que M. Dieulafoy a parfaitement montré la part qui revient aux lésions appendiculaires dans les complications de la fièvre typhoïde et l'opportunité, dans ces cas, de l'intervention chirurgicale. M. Dieulafoy a également insisté sur les indications de cette même intervention dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Sur ces deux points M. Lereboullet est complètement d'accord avec son collègue. S'il appartient, dans ces cas, au chirurgien d'intervenir, c'est au médecin qu'incombe le soin de poser les indications de cette intervention. Il importe donc de réunir tous les éléments d'un diagnostic précis. Or, d'après M. Dieulafoy, le signe le plus important de la perforation intestinale serait l'hypothermie, la chute brusque de la température. M. Lereboullet ne croit pas qu'on puisse considérer l'hypothermie comme un signe pathognomonique de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. Il est des cas où ces perforations peuvent se traduire par tous les signes généraux classiques, lipothymies, dyspnée, ballonnement du ventre, douleurs vives, etc., et en même temps par une hyperthermie plus ou moins considérable, plus ou moins brusque. S'en rapportant aux nombreuses observations des auteurs, on peut donc dire que la perforation intestinale peut donner lieu aussi bien à un abaissement qu'à une élévation de la température. Il serait donc inexact de dire que la chute brusque de la température est un signe pathognomonique de ces perforations.

Si le thermomètre ne permet pas toujours de préciser le diagnostic de perforation intestinale, l'étude attentive du pouls peut, au contraire, donner de précieuses indications : dans tous les cas où le pouls s'accélère brusquement, devient petit, serré, inégal et persiste avec ces caractères et une fréquence progressive pendant plusieurs jours, il ne peut être question que d'une hémorragie ou d'une perforation.

Dans la fièvre typhoïde qui évolue normalement le pouls est, d'ordinaire, relativement peu fréquent eu égard à la température. Il oscille entre 80 et 100 pulsations, alors que le thermomètre marque 39 et 40 degrés. Dès l'instant que ces caractères changent brusquement, alors surtout qu'en

même temps le météorisme augmente très vite, que la douleur provoquée par la palpation de la région iléo-cæcale se traduit par une contracture des traits du visage, que des vomissements, du hoquet, une angoisse respiratoire due au ballonnement extrême du ventre appellent l'attention, le diagnostic de perforation s'impose.

Au point de vue du pronostic, aussi bien qu'au point de vue des indications opératoires, les cas dans lesquels il y a hypothermie considérable et continue sont infiniment plus graves encore que ceux dans lesquels la température s'élève.

L'autorité de M. Dieulafoy aurait pu encourager les médecins à prendre à la lettre, sans tenir compte de ses réserves, les idées qu'il a défendues et à réclamer une intervention chirurgicale dans tous les cas de fièvre typhoïde grave où la température s'abaisse brusquement et reste abaissée.

M. Lereboullet croit, au contraire, que, dans ces cas où le collapsus est d'une signification pronostique des plus sérieuses, l'abstention ou tout au moins la plus vigilante prudence doit être recommandée. Il ne faut pas oublier que, dans les péritonites typhoïdiques, on n'est pas fixé à l'avance sur le siège de la perforation, qu'il peut en exister plusieurs, que l'opération tentée en vue de suturer ou de réséquer l'intestin sera longue et laborieuse.

Elle aura d'autant plus de chances de réussir que l'état général du malade sera meilleur et, à ce point de vue, l'hypothermie sera souvent une contre-indication. La laparotomie pourra, au contraire, être tentée dans les péritonites par perforation, où la température se maintient élevée avec un pouls non déprimé et d'une fréquence moyenne. Elle s'imposera dans les perforations d'origine appendiculaire.

M. MONOD, à l'appui de l'opinion que vient de soutenir M. Lereboullet, rapporte le cas suivant qu'il vient d'observer : Un typhique, qui se trouvait dans un des services de médecine de l'hôpital Saint-Antoine, fut pris brusquement d'une élévation considérable de la température, avec ballonnement du ventre, douleur vive, etc. Il fut aussitôt transporté dans le service de M. Monod, qui pratiqua, séance tenante, la laparotomie. Il trouva une perforation intestinale qu'il sutura, mais il y avait, en même temps, une péritonite généralisée suppurée et le malade, après avoir présenté une certaine amélioration, succomba vingt-quatre heures après l'opération. Il faut bien savoir que, dans ces cas, l'intervention chirurgicale est toujours des plus graves. A l'autopsie, on put se convaincre que la suture avait parfaitement tenu.

RAPPORT

Prix Falret. — M. MOTET donne lecture du rapport sur les travaux adressés pour le prix Falret.

LECTURE

De la transfusion capillaire dans le traitement de la tuberculose acquise. — M. MAURICE BLOCH communique le résultat de ses nouvelles recherches sur les propriétés du sang de congénère dans la tuberculose acquise, et démontre que le pronostic de cette maladie sera d'autant plus favorable, que la réaction qui suit la transfusion capillaire est nulle ou de peu d'intensité. Or, comme cette réaction à type minima ne se rencontre d'ordinaire qu'au début de la phtisie, et qu'elle est la seule à s'accompagner de modifications durables, l'auteur en conclut que ce procédé d'inoculation doit être uniquement réservé aux malades n'ayant pas dépassé la période initiale, avant la fonte des tubercules.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Lamy est nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Castex est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

— Les concours pour l'internat et la suppléance de l'hospice civil de Tours se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Bougrier, Lemesle, Rousseau et Morel.

Suppléants : MM. Franchet, Roux, Bayet, Lehoux, Dejeault, Dinet et Martin.

— Une commission est instituée au ministère des finances, en vue d'étudier la question du monopole de l'alcool. Parmi les membres de cette commission, nous relevons les noms de : M. le sénateur Labbé ; M. le député Lannelongue ; MM. Brouardel, Duclaux, Lancereaux, Laborde, Richard (du Val-de-Grâce).

— *Prix Alfred Guillon.* — La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris rappelle qu'elle décernera, à la fin de l'année 1896, une médaille d'or de la valeur de 150 francs, à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, paru dans l'année, sur les maladies des voies urinaires, chez l'homme ou chez la femme.

Les mémoires devront être envoyés, avant le 1er décembre, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à Paris, sous le couvert de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, ou à M. le docteur Dignat, secrétaire général de la Société, 14, avenue Carnot, à Paris.

— M. Hanriot, agrégé, chef des travaux chimiques, commencera les conférences et ouvrira les travaux pratiques de chimie biologique, le samedi 7 novembre 1896, à huit heures du matin (laboratoire des travaux pratiques de chimie, Ecole pratique). — MM. les étudiants de première année sont obligés de suivre ces exercices : ils seront répartis, pendant le semestre d'hiver, en trois séries qui auront lieu à partir du samedi 7 novembre. Ils recevront une lettre de convocation individuelle.

— M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie le samedi 7 novembre 1896, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera de l'étude des modificateurs du système nerveux : I. Antispasmodiques ; II. Modificateurs du système nerveux périphérique ; III. Modificateurs névro-musculaires ; IV. Sédatifs et stimulants de l'action nerveuse. Excitateurs et modérateurs réflexes ; V. Modificateurs intellectuels.

Les mardi et samedi : leçon théorique ; jeudi : conférences pratiques et interrogations. (Ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire.)

Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de troisième et quatrième années, pour l'étude du Droguier, les mercredis matin, de neuf heures à onze heures, et les vendredis, de une heure à cinq heures. MM. les étudiants sont priés de se faire inscrire au laboratoire, tous les jours, de une heure à trois heures.

— M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles, le samedi 7 novembre 1896, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — M. le docteur Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté : maladies de la peau, les mercredis, à dix heures ; M. le docteur Cuvillier : maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les vendredis, à dix heures ; M. le docteur Larat : électrothérapie, les jeudis, à dix heures.

— M. Lejars, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe le samedi 7 novembre 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis

et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Chirurgie des membres.

— M. Netter, agrégé, commencera ses conférences d'hygiène le samedi 7 novembre 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Les samedis, à partir du 16 novembre, la conférence aura lieu à trois heures, au laboratoire d'hygiène de l'École pratique.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 9 novembre 1896.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves, par l'administration de l'Assistance publique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les pseudo-pelades nerveuses.

Par Marcel LABBÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Celse, le premier, décrivit sous le nom d'area la pelade ou plutôt les alopécies; puis Johnston, Sauvage, apportèrent de nouvelles contributions à l'étude de ces maladies. Mais c'est seulement à partir de Bateman, au commencement du XIXe siècle, que la pelade est bien décrite, du moins en tant que syndrome. Depuis lors, les auteurs se sont particulièrement attachés à l'étude de la pathogénie de la pelade, les uns avec Gruby, Bazin, Malassez, V. Sehlen, etc. la considérant comme une maladie parasitaire, les autres avec Hébra, Kaposi, Neumann, Duhring, etc. la regardant comme une maladie nerveuse.

La théorie parasitaire de la pelade repose sur trois grandes catégories de preuves suffisamment établies aujourd'hui pour ne pas laisser douter de sa réalité :

1° Des preuves cliniques : forme circulaire et accroissement centrifuge des plaques, analogue à ce qu'on observe dans la trichophytie, maladie dont le parasite est aujourd'hui bien connu ; mais cette forme et ce mode d'accroissement peuvent également s'observer dans des maladies nerveuses telles que le vitiligo ;

2° Des preuves biologiques : bien des fois, on a cru découvrir le parasite spécifique qui cause la pelade. En 1843, Gruby annonçait que le microsporon audouini était le parasite du porrigo decalvans. Bazin, tout en contestant la spécificité du microsporon audouini, admet la nature parasitaire de la pelade. En 1874, Malassez et Courrèges décrivent un nouveau parasite, qui est admis par Eichhorst, Majocci, Pellizari, mais auquel Nyström, Bizzozero, puis Balzer et Dubreuilh contestent le rôle pathogénique.

En 1883, V. Sehlen découvre dans le poil un parasite qu'il cultive et prétend inoculer aux animaux; mais Thin, Michelson, Bordoni Uffreduzzi, Rendu le retrouvent sur les cheveux sains et le considèrent comme un vulgaire saprophyte cutané. Il en est de même des microcoques en zooglées décrits par Robinson en 1888.

Enfin, le microcoque décrit par MM. Vaillard et Vincent en 1890, semble se rattacher plutôt à la folliculite décalvante (Feulard). Cette deuxième catégorie de preuves serait donc encore insuffisante si les partisans du parasitisme de la pelade n'avaient, pour appuyer leur théorie, la notion bien établie aujourd'hui de la contagiosité de la maladie.

3° Depuis la première épidémie de pelade signalée par Gillette, en 1839, dans un collège de Paris, un grand nombre de faits du même genre ont été rapportés par Arnozan, Tommasoli, Eichhoff, Lassar, Dubreuilh, Hillairet, Brousse, etc. ; ce sont des épidémies qui sévissent dans une caserne, dans un corps de troupe, dans un collège ou dans une famille. La contagion peut être directe ou indirecte et Lailler a montré qu'elle pouvait même se faire, à plusieurs années de distance, par l'intermédiaire d'objets contaminés.

La théorie nerveuse de la pelade n'est pas moins solidement établie. Elle repose également :

1° Sur des preuves étiologiques ; aucune contagion à l'origine, mais apparition à la suite d'émotion, de choc moral, ou à la suite d'une crise hystérique ou épileptique ;

2° Sur des preuves tirées du mode d'action des médicaments ; tandis que les antiparasitaires échouent, l'application des remèdes qui s'attaquent à l'élément nerveux est suivie de succès ;

3° Enfin sur des preuves cliniques, tirées de la forme et du mode de développement des plaques alopéciques, preuves qui n'ont pas plus de valeur ici que pour la pelade parasitaire.

Lorsqu'on suit, pendant un certain temps, des malades affectés de cette maladie, on s'aperçoit également que certaines pelades guérissent, tandis que d'autres restent extraordinairement rebelles et que le pronostic est à peu près impossible à établir avec certitude.

C'est alors que, considérant d'une part qu'il existe des faits absolument certains établissant la réalité de la pelade parasitaire comme de la pelade nerveuse, d'autre part que les pelades varient beaucoup dans leur évolution et leur pronostic, les dermatologistes en sont arrivés, surtout en France, à admettre l'existence de plusieurs variétés de pelades, et principalement de deux grandes classes très différentes : la pelade parasitaire ou pelade vraie et la pelade nerveuse ou peladoïde de Leloir, ou pseudo-pelade trophoneurotique.

Loriot, en 1887, admettait déjà l'existence de ces deux

variétés de pelades. Ollivier, à la suite d'une discussion à l'Académie de médecine, conclut : « Il me paraît résulter de tout ce qui a été dit qu'il existe deux formes de pelades : l'une contagieuse et l'autre qui ne l'est pas. »

Leloir, dans une communication à l'Académie (1888), résume les faits qu'il a observés en les divisant en trois classes : 1° peladoïdes tropho-neurotiques ; 2° pelades contagieuses ; 3° pelades de nature douteuse ; et cite des faits indubitables de chacune de ces variétés de pelades.

Ohmann Dumesnil (1892) divise également les pelades en trois classes et admet la possibilité du diagnostic entre les pelades nerveuses et parasitaires.

Dubreuilh (de Bordeaux), Devallet admettent également deux grandes variétés de pelade ; il en est de même de la majorité des dermatologistes français, MM. Besnier, Brocq, Hallopeau, Thibierge, etc. et de plusieurs dermatologistes étrangers : Schutz, Ohmann Dumesnil, etc.

Seul M. Gaucher écrit encore en 1895 : « Cette manière d'envisager les choses simplifierait beaucoup la question ; mais malheureusement cette théorie relative à la dualité de la pelade est une explication qui n'explique rien du tout. Il est impossible de distinguer objectivement, soit par l'examen clinique, soit par l'examen microscopique, cette pelade parasitaire et cette pelade nerveuse. L'observation ne fait reconnaître qu'une seule pelade qui présente toujours les mêmes caractères. »

Certes M. Gaucher a raison de dire qu'il est impossible de distinguer objectivement les deux variétés de pelade et que l'examen microscopique n'est, pour ce diagnostic, d'aucune utilité ; mais nous croyons, avec Leloir, Ohmann Dumesnil, Devallet, que la distinction est possible dans un bon nombre de cas et que les pelades nerveuses présentent des caractères assez tranchés pour qu'on puisse les étudier à part.

II

Il existe deux grandes variétés de pelades nerveuses : la pelade décalvante généralisée et la pseudo-pelade nerveuse proprement dite.

La pelade décalvante généralisée affecte dans ses symptômes et son évolution des caractères tout à fait spéciaux qui depuis longtemps, par Bazin lui-même, l'avaient mise à part et fait considérer, par beaucoup d'auteurs, comme relevant très probablement d'une origine nerveuse. Pour Loriot, elle serait « toujours trophoneurotique, et par là-même de nature non contagieuse ». Mais il existe une observation de Raymond, où la pelade décalvante a fait suite à la contagion. Thin rapporte l'observation d'une famille où le père et la fille aînée étaient atteints de pelade décalvante généralisée, et deux autres enfants atteints de pelade en plaque ; tous les quatre se servaient des mêmes objets de toilette.

On ne peut donc pas dire que la pelade décalvante soit toujours trophoneurotique, mais seulement qu'elle l'est presque toujours.

Elle survient beaucoup plus souvent chez les adultes que chez les enfants, et apparaît sans cause apparente, ou à la suite d'une émotion, d'une frayeur.

Elle débute habituellement par les cheveux et se généralise à tout le système pileux. Les cheveux tombent par plaques ou d'une manière diffuse ; puis les sourcils, la barbe, les poils des aisselles, de la poitrine, du pubis et des membres tombent en un espace de temps qui varie de quelques jours à quelques mois : il ne reste plus que des surfaces glabres présentant de distance en distance quelques touffes de poils follets. Le système épidermique entier est quelquefois atteint, et l'on a observé des troubles trophiques des ongles, suivis de leur chute (Arnozan, Crocker). Les malades ont souvent le visage coloré, congestif, avec de petites varicosités veineuses (Thibierge).

L'évolution de cette variété de pelade varie beaucoup suivant les cas, sans qu'on puisse prévoir à l'avance la terminaison : tantôt elle guérit après plusieurs mois de durée ; tantôt elle persiste indéfiniment.

Elle peut être rapprochée des troubles trophiques qui se produisent au cours de certaines maladies nerveuses : dans le myxœdème, les cheveux et les poils deviennent secs et tombent en grande partie ; les ongles sont cassants, striés, atrophiés ; dans le goitre exophtalmique, Joffroy a décrit une pseudo-pelade sans plaques, ne déterminant pas la calvitie, mais dans laquelle les cheveux et les poils de la face deviennent rares et cassants, tandis que l'alopécie atteint surtout les poils du tronc et respecte la barbe et les cheveux.

La pseudo-pelade nerveuse est caractérisée par des plaques alopéciques de forme circulaire, irrégulière, ou polycyclique, bien limitées à la périphérie, de dimension variant de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs et plus, de couleur blanche, lisse et luisante comme de l'ivoire ; la peau est parfois décolorée, plus blanche que celle des parties voisines, comme dans la pelade athéromateuse de Bazin ; les orifices des follicules pileux y sont invisibles ; la peau est souple, mince, mobile, et au-dessous du niveau des parties saines, de sorte qu'on peut sentir ses limites au toucher. Les cheveux qui environnent la plaque s'arrachent avec facilité et se montrent atrophiés, en massue, avec une racine effilée et recourbée en crosse.

La pelade peut atteindre la barbe avant ou après le cuir chevelu ; elle y affecte souvent une disposition symétrique.

Enfin, une dernière variété morphologique de pelade est celle que Lailler a décrite sous le nom de pelade pseudo-tondante, dans laquelle les cheveux cassants se rompent au ras de la peau, donnant à la plaque l'aspect de barbe mal rasée, caractéristique de la teigne tondante. Ces pelades semblent être, le plus souvent, de nature parasitaire (Devallet) ; c'est chez elles que Vaillard et Vincent ont isolé un microcoque logé dans le derme ; cependant, elles pourraient être parfois d'origine nerveuse : Féré a signalé un trouble trophique spécial des cheveux qui se divisent en balai à leur extrémité libre, à la suite des attaques chez certaines hystériques ; Fabre a vu une hystérique chez qui, à la suite de chagrins, les cheveux sont devenus secs et cassants par places, tandis qu'ils se décoloraient en d'autres.

III

Un certain nombre de caractères particuliers se rattachent à la description et à l'évolution des pseudo-pelades nerveuses. Le début est brusque, n'est pas précédé de prodromes, ou ces prodromes sont des manifestations d'ordre nerveux. Tandis que dans la pelade parasitaire, Bazin avait pu décrire deux périodes pré-alopéciques, il n'existe dans la pelade nerveuse aucune modification préalable des cheveux ; le malade s'aperçoit uniquement que ses cheveux tombent. Cette alopécie peut survenir insidieusement ; plus

souvent elle apparaît du jour au lendemain, à la suite d'une émotion, d'une crise hystérique ou épileptique. Chambard attache une certaine importance à ce caractère : formation presque subite de plaques chauves, cessation brusque, pas de période pré-alopécique. D'autres fois l'alopécie a été précédée de prodromes locaux d'ordre nerveux : sensation de fourmillement, de cuisson; névralgies intenses, rebelles, répétées, localisées au siège de la future plaque (Leloir, Wilson).

La forme de la plaque pseudo-peladique est très variable. Cependant, elle serait plus souvent irrégulière, en carte de géographie, que la plaque parasitaire (Schütz).

L'alopécie de la pseudo-pelade nerveuse serait, suivant Schütz, souvent distribuée sur le trajet d'un nerf. Vidal a montré que son siège fréquent à la partie postérieure de la tête, était en rapport avec la distribution des branches du grand nerf occipital (1). Leloir a observé, dans trois cas, une localisation en rapport avec le trajet des nerfs occipital et temporal.

En réalité, cette localisation ne se retrouve que rarement; souvent des plaques de pelade siègent sur des régions innervées par deux nerfs distincts, tels les nerfs frontal et occipital (Loriot); la progression excentrique des plaques n'est nullement en rapport avec la distribution du nerf (Buchner).

D'ailleurs, existerait-elle qu'elle n'aurait point la valeur qu'on a voulu lui attribuer, car beaucoup de symptômes d'origine nerveuse n'affectent pas cette disposition; c'est ainsi qu'on ne la retrouve pas dans la distribution des zones d'anesthésie chez un hystérique; les vésicules de zona elles-mêmes ne suivent pas absolument le trajet des nerfs intercostaux dont elles croisent la direction plus oblique.

La symétrie serait, suivant Testut, un caractère appartenant en propre aux affections nerveuses cutanées, et sa constatation seule pourrait permettre d'affirmer leur nature. Cette opinion est erronée (Simon, Rendu). On ne retrouve, en effet, que rarement la symétrie dans les observations les plus caractéristiques de pelade nerveuse; d'ailleurs, beaucoup d'affections contagieuses, l'érysipèle (Sabouraud), les éruptious syphilitiques affectent une disposition symétrique de leurs éléments, tandis que des affections notoirement trophoneurotiques, comme le zona, sont, au contraire, souvent unilatérales.

Neumann avait attribué une certaine importance à la dimension des plaques de pelade et décrit l'alopécie circonscrite ou orbiculaire : petites places chauves, circulaires, plus petites qu'une pièce de 50 centimes, au niveau desquelles la peau est déprimée et anesthésiée. En réalité, ces caractères n'ont aucune valeur et l'on voit souvent la pelade nerveuse s'étendre désespérément, devenir décalvante.

Il en est de même de la blancheur, de la teinte laiteuse ou ivoirine des plaques, de leur poli, de l'aspect atrophique de la peau, tous caractères difficiles à apprécier et qu'on retrouve dans la pelade parasitaire.

Thomas Thomesco attribue une assez grande valeur à l'apparition de troubles nerveux trophiques et sensitifs au siège des plaques d'alopécie nerveuse. Schütz a signalé l'apparition synchrone de la pelade et de phlyctènes au même point; cette coïncidence rappelle la superposition des éruptions cutanées nerveuses (zona, lichen, pemphigus) et des arthropathies chez les tabétiques. Mais jusqu'ici cette coïncidence des éruptions cutanées nerveuses et des alopécies n'a été signalée que rarement.

Les troubles sensitifs sont plus importants. Ce sont : 1° des névralgies, des topoalgies, précédant et accompagnant l'alopécie (Leloir, Loriot); 2° un violent prurit cutané sans lésion apparente (Schutz), symptôme qui rappelle les névrodermies étudiées par M. Brocq; 3° des troubles objectifs de la sensibilité à la douleur, au tact, à la température, à l'électricité. Leloir a noté de l'anesthésie dans quatre cas. Mais l'anesthésie peut se retrouver également dans les pelades parasitaires; et elle n'existe pas toujours dans les autres tropho-névroses, telles que l'hémiatrophie faciale progressive (Schütz).

Schütz attribue une certaine valeur à l'évolution des plaques sous forme de traînées, de lignes, de triangles; mais ce mode d'extension peut se retrouver dans les maladies parasitaires et la pseudo-pelade affecte parfois une évolution cyclique.

La terminaison se fait, comme le début, d'une façon brusque; les cheveux repoussent en même temps sur toute la plaque, au lieu que dans les teignes, maladies essentiellement parasitaires, la guérison s'étend progressivement de la périphérie vers le centre.

La durée de la maladie serait relativement courte (Renault), mais elle n'a rien de caractéristique : il en est de courtes, comme d'inguérissables.

Les relations pathologiques des pseudo-pelades peuvent servir à démontrer leur nature nerveuse. Sans parler de l'hystérie, de l'épilepsie qui peuvent la causer, la pelade affecte des relations importantes avec le vitiligo. On a noté la coïncidence fréquente du vitiligo et de la pelade trophoneurotique et l'on a considéré dans ces cas la calvitie comme causée par le vitiligo : c'est le vitiligo peladique de Dubreuilh, Morel-Lavallée, Mathieu. Cependant si la pelade peut survenir sous la même influence trophique que le vitiligo, elle ne doit pas être confondue avec lui, car elle a une évolution indépendante et guérit, tandis que le vitiligo persiste.

Frœhlich a signalé des relations entre la pelade et les lésions oculaires. Ravaton a vu une amaurose survenir en même temps que de l'alopécie à la suite d'une violente commotion. Il est probable que ces faits relèvent de l'hystérie traumatique.

IV

La fréquence des pseudo-pelades nerveuses, comparée à celle des autres maladies de la peau, et comparée à celle de la pelade parasitaire, est fort difficile à établir. Déjà, en effet, les statistiques qui nous donnent la fréquence générale de la pelade, relativement aux autres affections cutanées, varient de 57 p. 100 (*American dermatological Association*) à 4 p. 100 (Dubreuilh). La fréquence relative qui laisse une part à l'appréciation théorique varie beaucoup plus encore suivant les auteurs. Tandis que les uns considèrent toutes les pelades comme parasitaires (Bazin), d'autres ne voient que des pelades nerveuses (Horand). Ollivier est bien près de se ranger à cette dernière opinion. Leloir, sur 92 observations où il a pu établir une enquête suffisamment *précise et prolongée*, a noté 36 fois la pelade tropho-neurotique, 21 fois la pelade parasitaire et 35 fois une pelade qui n'était pas suffisamment caractérisée au point de vue nerveux, ni

(1) La pièce n° 763 du musée Saint-Louis reproduit symétriquement cette disposition.

au point de vue contagieux, pour qu'on pût la ranger dans l'une ou l'autre catégorie.

Le sexe ne semble pas avoir grande influence sur le développement de la pelade nerveuse; Bulkley considère les pelades comme deux fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

L'âge a plus d'importance : c'est de vingt à trente ans que les pelades présentent leur maximum de fréquence. Il est probable que la pelade parasitaire, comme toutes les affections de ce genre, est plus fréquente chez les enfants, tandis que la pelade nerveuse est plus fréquente chez les adultes et surtout chez les hommes de vingt à trente ans, âge où les soucis de la vie retentissent le plus fortement sur le système nerveux.

L'hérédité analogue à celle des névroses a été signalée par Chambard. Le tempérament nerveux est noté dans presque tous les cas. « Les peladiques sont tous, dit M. Gaucher, des sujets nerveux, irritables, émotifs, impressionnables. Ce sont parfois de véritables hystériques. »

A côté des causes qui préparent le terrain à la pelade, il en est d'autres qui déterminent son apparition : ce sont surtout le choc moral, le traumatisme, certaines névroses et maladies organiques du système nerveux.

Le choc moral invoqué par Merklen, Kaposi, Leloir, etc. est la condition étiologique la plus fréquente de la pelade nerveuse. Sans discuter encore son mode d'action, disons seulement avec Levêque et Leloir qu'il faut en distinguer deux variétés :

1° Les émotions morales brusques, violentes et courtes, véritables chocs moraux amenant un ébranlement du système nerveux : c'est une terreur vive, un chagrin violent.

La pelade apparaît dès le lendemain de l'accident ou seulement deux mois après, en moyenne huit ou quinze jours après.

2° Les émotions morales prolongées, amenant une dépression progressive du système nerveux : excès de travail, de travail intellectuel surtout, excès de fatigue, excès vénériens, surmenage de toute sorte, chagrins prolongés.

Cette influence de la commotion morale, bien démontrée par Leloir et ses élèves, a été admise par tous les dermatologistes, à l'exception de Neumann et de Hébra.

Le traumatisme, coup, écorchure, peut déterminer la production de pelades nerveuses que Schütz a décrites. Ces pelades débutent autour de la plaie ou de la cicatrice, en s'accompagnant de sensations de brûlure ou de démangeaisons; l'alopécie apparaît sous forme de traînées rayonnant vers la périphérie du cuir chevelu, qui convergent et donnent lieu à une grande plaque chauve, triangulaire, souvent mal limitée. D'autres plaques analogues peuvent se produire ensuite dans le cuir chevelu et la barbe.

Devallet rapproche de ces pelades traumatiques certaines alopécies congénitales, survenues chez les enfants à la suite d'accouchements laborieux, de compression prolongée de la tête par les cuillers du forceps ou par un bassin rétréci.

La foudre agit soit par la frayeur vive qu'elle cause, soit comme un traumatisme.

Les névroses (hystérie, épilepsie, neurasthénie, goitre exophtalmique) peuvent être la cause de pelades dont le mode de production spécial nous est encore inconnu (Gilles de la Tourette). Fabre signale une observation d'alopécie hystérique terminée par la guérison. M. Gilles de la Tourette rapporte également l'observation d'une malade qui, dans une période d'états de mal successifs, durant deux mois, vit tomber tous ses cheveux, qui repoussèrent ensuite lorsque l'état morbide s'améliora. Devallet publie l'observation d'une petite fille hystérique, chez qui des plaques alopéciques se produisaient après chacune de ses attaques, pour guérir ensuite rapidement. On peut aussi rencontrer, chez les hystériques, des chutes spontanées des ongles, analogues à celles qui se produisent chez les ataxiques (Pitres, Falcone).

Ces alopécies sont comparables aux canities instantanées sous l'influence des émotions (Charcot), des traumatismes (Eulenburg), des chagrins prolongés (Fabre), au développement exagéré du système pileux (Lejamptel), ou à la friabilité des ongles (Oulmont et Touchard), signalés sur les membres atteints de paralysie hystérique, enfin à la sécheresse particulière des cheveux qui se divisent à leur extrémité, signalée par Féré, après des attaques hystériques ou épileptiques.

Chez les épileptiques, à la suite des accès sériels ou isolés, Féré a décrit une chute de cheveux sous forme de plaques généralement multiples, assez régulièrement arrondies, atteignant à peu près d'emblée leurs dimensions définitives, ne présentant jamais aucune trace de congestion ou de lésions de grattage, ni d'altérations de la peau ou des cheveux, et guérissant spontanément en quelques semaines ou quelques mois.

La neurasthénie a été incriminée dans plusieurs cas : Ladame a observé, chez un homme de cinquante ans, atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique, une alopécie localisée au front, aux tempes et à la nuque, et accompagnée de céphalalgie. Oppenheim signale, dans un cas de névrose traumatique, une alopécie qui débuta du côté anesthésié et s'étendit peu à peu à toute la surface du corps.

Nous avons déjà signalé les alopécies du goitre exophtalmique. Les névrites périphériques (Leloir, Schütz), le tabes dorsalis (Leloir), les psychoses (Schütz), la paralysie faciale (Romberg) ont été parfois la cause des pelades.

La syphilis est notée, assez souvent, dans les antécédents des malades atteints de pelade nerveuse. Dans la plupart des cas, il semble qu'il y ait là seulement une coïncidence fortuite.

Mais, dans certains cas, la syphilis pourrait agir comme cause prédisposante, de même qu'elle agit pour les affections nerveuses en général, ou par l'intermédiaire des névrites périphériques (Finger). Enfin, on peut observer parfois une relation évidente entre la pelade et une lésion des centres nerveux qu'elle précède, jouant ainsi le rôle de miroir du système nerveux et méritant le nom de « dermatoneurose indicatrice » (Leloir).

V

Le poil peladique examiné isolément est atrophié, surtout au niveau de sa racine, et représente, dans son ensemble, la forme d'une massue. Sa partie supérieure est foncée, quelquefois dissociée en balai; sa partie inférieure claire, filiforme et recourbée en crosse, comme une racine de colza; un peu au-dessus existe un renflement irrégulier, désigné sous le nom de renflement peladique du poil.

Lorsqu'on l'examine sous le microscope, on voit que la moelle du cheveu manque le plus souvent (Behrend, Juhel-Rénoy).

Dans l'extrémité libre, encore pigmentée, les grains de pigment sont disposés en amas fusiformes (Lailler). Behrend, puis Kolliker et Juhel-Rénoy ont signalé l'infiltration

du cheveu par des bulles d'air. Le bulbe pileux est petit et rond et ne présente plus l'excavation destinée à loger la papille.

Le derme cutané présente une atrophie de l'appareil pileux.

Duckworth et Harris ont trouvé les follicules pileux transformés en cordons fibreux. M. Balzer, dans un cas de pelade décalvante généralisée, a trouvé les follicules pileux atrophiés, leurs gaines épithéliales externes revenues sur elles-mêmes et plissées, et un poil incomplet au milieu de chaque follicule. Leloir a trouvé une fois en examinant les nerfs cutanés au niveau de la plaque des lésions de névrite parenchymateuse; mais l'importance de cette lésion ne doit pas être exagérée, car, à l'état normal, MM. Déjerine, Thomas Thomesco, Stricker ont constaté, dans des cas très rares, il est vrai, des lésions névritiques.

VI

Nous venons de voir que ce qui domine, au point de vue anatomo-pathologique, c'est l'atrophie générale du système pileux. « Il y a, dit M. Sabouraud, diminution de toutes les parties constituantes du tégument, diminution d'épaisseur totale trahie par l'affaissement de la peau, diminution de chacun de ses reliefs papillaires normaux et des cavités interpapillaires. La papille s'est atténuée presque jusqu'à disparaître; aussi ne marque-t-elle plus son empreinte à la base du poil. Ce poil lui-même cesse de vivre parce que sa papille cesse de le produire. »

En résumé, atrophie du poil consécutive à une atrophie de la papille, telle est la lésion primordiale de la pelade. Mais cette papille, centre trophique du poil, élément vasculaire et nerveux de la peau, est elle-même en relation par de nombreux filets nerveux avec les centres, et pour trouver la cause vraie de la pseudo-pelade, il nous faut remonter plus haut que la papille et la chercher dans une altération dynamique ou organique du système nerveux central ou périphérique.

Le rôle du système nerveux dans les affections cutanées, entrevu déjà par Alibert, Cazenave, Axenfeld, a été mis hors de doute aujourd'hui par les travaux de Charcot, Vulpian, Brown-Séquard, Weir Mitchell, etc. Mais son mode d'action est encore mal connu. Thomas Thomesco ramène à quatre principales les différentes théories qui ont été émises pour l'expliquer :

1° Défaut d'irritabilité (Virchow). L'irritabilité, qu'elle s'exerce directement sur la cellule ou sur les vaisseaux des tissus, est l'acte indispensable de la vie; sans elle il ne peut y avoir ni développement, ni nutrition de l'être vivant;

2° Trouble des nerfs trophiques (Samuel). Mais l'existence de ces nerfs n'a jamais été démontrée, ni anatomiquement, ni physiologiquement;

3° Défaut d'action du système nerveux (Vulpian), diminution ou abolition de l'action trophique des centres.

4° Nerfs vaso-moteurs. Pour Claude Bernard, avec ces deux seuls modes d'action, resserrement ou dilatation des vaisseaux, le système nerveux gouverne tous les phénomènes cliniques de l'organisme.

Aucune de ces théories générales ne peut rendre compte de la production de la pseudo-pelade nerveuse; toutes cependant contiennent une part de vérité.

Des expériences plus précises ont été entreprises par divers auteurs dans le but de reproduire artificiellement la pelade par une lésion des nerfs. Steinrech a vu qu'après la section du sciatique chez un lapin, les poils que l'on coupait sur le membre ne poussaient plus et tombaient en partie. Max Joseph montra que, chez le chat et le lapin, l'excision du deuxième ganglion cervical du grand sympathique ou la section du nerf immédiatement en dehors du ganglion, déterminait la production de plaques d'alopécie dans le territoire du deuxième nerf cervical, des deux nerfs occipitaux et du nerf grand auriculaire; l'examen de la peau à ce niveau montra l'atrophie des follicules.

Mibelli confirma les expériences de Joseph.

Pontoppidan a publié une observation analogue : à la suite d'une extirpation de ganglions du cou, survinrent du ptosis, du rétrécissement de la pupille et des mouvements choréiformes du bras gauche; trois semaines plus tard, on constata deux plaques symétriques de pelade sur l'occiput, sans trouble de sensibilité; puis l'alopécie se compléta dans tout le territoire des nerfs occipitaux et de la branche postérieure du nerf auriculo-temporal. Quatre mois après les cheveux repoussèrent.

Mais Behrend a enlevé neuf fois à des chats le deuxième ganglion cervical et n'a jamais obtenu d'alopécie; il attribue la chute des poils observée par Joseph à des abcès cutanés.

Ces expériences ne sont donc pas absolument concluantes. D'ailleurs nous avons vu que la pseudo-pelade n'occupait que fort rarement le territoire d'un nerf défini; il n'est donc pas probable qu'elle soit due à une lésion nerveuse périphérique.

VII

Le diagnostic de pelade est le plus souvent facile à établir en se basant sur les caractères objectifs de la plaque et des cheveux.

La trichophytie se développe lentement, donne lieu à des plaques rougeâtres recouvertes de tronçons de cheveux et d'une substance farineuse; les poils sont gros, cassants, engainés; l'examen microscopique y fait constater des spores de microsporon audouini ou de trichophyton tonsurans.

Le favus en évolution se distingue facilement par ses croûtes jaunes en godet autour du poil. Le favus mal guéri crée des alopécies cicatricielles; les quelques poils qui persistent sont normaux ou gros; les commémoratifs complètent le diagnostic.

Le lupus érythémateux du cuir chevelu, affection rare, détermine des plaques alopéciques, cicatricielles, déprimées, douloureuses à la pression, recouvertes de squames écailleuses minces et adhérentes, et entourées d'un liséré rose violet. L'apparition est lente. On constate généralement des plaques analogues sur le nez et les joues.

La sclérodermie en plaques détermine généralement une alopécie complète; la plaque est cicatricielle, entourée d'un liséré violet et sillonnée de dilatations veineuses.

Le vitiligo détermine de la canitie, mais pas d'alopécie.

Les alopécies des maladies infectieuses (scarlatine, syphilis) et de certaines inflammations locales (érysipèle), sont diffuses, abondantes, en clairières; le poil est atrophié, mais n'est ni moniliforme, ni infiltré de bulles d'air, ni cassé en balai.

L'arthritisme détermine une chute précoce des cheveux débutant au niveau des tempes.

La séborrhée détermine une alopécie diffuse ; le cuir chevelu est recouvert d'un enduit gras et de pellicules.

Les suppurations du cuir chevelu (abcès, impetigo) déterminent des plaques d'alopécie petites, multiples et entourées de cheveux normaux.

Les blessures déterminent une alopécie cicatricielle que les commémoratifs, la forme linéaire, l'aspect vernissé, les bords gaufrés permettent de reconnaître.

Le monilethrix est une anomalie congénitale, familiale et héréditaire.

Les deux affections suivantes, que M. Sabouraud classe parmi les fausses pelades, sont parfois très difficiles à reconnaître.

La folliculite décalvante de Quinquaud détermine des plaques blanches, d'aspect un peu cicatriciel au centre. Mais le début se fait par un abcès du follicule qui expulse le poil. A la périphérie, les poils sont simplement atrophiés. Plus tard, le centre devient cicatriciel. Les pseudo-pelades à évolution cicatricielle sont liées à des folliculites chroniques.

Mais si le diagnostic de pelade est relativement facile, celui de la nature de la pelade est, au contraire, fort difficile. Loriot pense que cette distinction ne peut être faite que dans des cas très rares. Dubreuilh et Leloir croient que le « diagnostic est impossible entre les deux ou plusieurs formes de pelade ».

D'autre part, Ohmann Dumesnil, Devallet croient qu'il est parfois possible d'affirmer l'origine nerveuse d'une pelade. Les caractères objectifs : forme, localisation, symétrie, mode d'extension de la plaque ne seront que d'un faible secours pour faire ce diagnostic.

L'absence de contagion à l'origine ou dans le cours de la pelade, la coexistence de troubles nerveux : névralgies intenses, éruptions locales, enfin les effets du traitement auront une valeur plus grande. Tandis que, dans les pelades parasitaires, la relation entre le traitement et les résultats est généralement concordante, certaines pelades nerveuses guérissent rapidement sans aucun soin, alors que d'autres résistent à tout traitement. La guérison par le traitement général tonique, l'électricité statique, jointes aux applications locales du courant continu, sont encore des caractères attribuables aux pelades nerveuses. Mais ce qui permet d'affirmer le diagnostic, c'est l'apparition d'une pelade à la suite d'une crise hystérique ou épileptique et la relation nettement constatée entre l'alopécie et des phénomènes nerveux, tels que frayeur, chagrin, ébranlement vif ou dépression du système nerveux.

VIII

Sans être une maladie grave, la pelade nerveuse est une maladie gênante, parfois désespérante par sa chronicité et c'est par là qu'elle peut retentir sur le moral de ceux qui en sont atteints.

Le pronostic varie pour les diverses formes. La pelade décalvante généralisée est très tenace, tandis que la pseudo-pelade nerveuse à plaques limitées et surtout celle qui survient à la suite de crises hystériques ou épileptiques guérit généralement avec facilité; l'inconvénient de ces formes de pelade est surtout dans la fréquence de leurs récidives.

IX

Lorsque la nature nerveuse de la pseudo-pelade est indubitable, on est en droit, avec Ollivier, de laisser de côté toute prophylaxie ; mais la plupart du temps il n'en est pas ainsi et l'on devra se garder contre la possibilité de contagion en prescrivant les mesures sévères formulées par M. Besnier.

Le traitement général a ici une très grande importance et varie avec la cause de la pseudo-pelade. Chez les épileptiques, on administrera le bromure à la dose de 5 à 6 grammes par jour. Chez les hystériques, on recourra à l'hydrothérapie, l'électrothérapie, et même l'isolement lorsque l'état général le nécessite.

Dans les autres cas, on prescrira les douches froides, les douches obliques tièdes sur le rachis (Vidal), l'exercice modéré, les frictions sèches, les bains électriques, auxquels on ajoutera un régime tonique.

Le traitement local consistera en frictions excitantes du cuir chevelu au moyen de solutions à base d'alcool contenant de l'ammoniaque, du baume de Fioravanti, des teintures de romarin, de pyrèthre, de cantharides, des acides acétique, phénique, salicylique, du sublimé.

Sur la plaque elle-même, on a conseillé d'appliquer des topiques tels que : iode, collodion iodé, essence de Wintergreen, teinture de cannelle, pommades à la pilocarpine, à la vératrine, acide acétique pur, acide phénique à 1/10, vésicatoire liquide.

L'électricité a été assez souvent employée et Leloir a obtenu de bons résultats avec les courants continus.

Bibliographie. — Arnozan. Pelade et chute des ongles, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juill. 1888. — Archambault. Pelade d'origine probablement nerveuse, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 avril 1890. — Askanagy. Casuistiche zur Frage der Alopecia neurotica, *Arch. f. dermat.*, XXII. — Athanassio. *Troubles trophiques d'origine hystérique*, Th. de Paris, 1889. — Barthélemy. Pelade et vitiligo, Soc. fr. de dermat., 17 avril 1893. — Bazin. *Affections cutanées parasitaires*, 1852. — Besnier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 31 juill. 1888. — Behrend. Soc. méd. de Berlin, 12 déc. 1888; *Bull. méd.*, 1888. — Baude. *Dermatoneuroses indicatrices*, Th. de Lille, 1889. — Brocq. *Traitement des maladies de la peau.* — Chambard. *Dict. enyclop. des sc. médic.*, art. pelade. — Dubreuilh. De la pelade. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889. — Feulard. La pelade chez les enfants, *Gaz. hebd. de Paris*, 9 nov. 1895; Pelade décalvante et vitiligo, Soc. fr. de dermat., 12 janv. 1893. — Fournier. Des alopécies, in *Gaz. des hôpit.*, 1877. — Fox. The rare forms of alopecia. *Am. derm. ass. New-York*, 1894. — Féré. Pelade post-épileptique, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, juill. 1895. — Frölich. Pelade et lésions oculaires, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc. 1890. — Gaucher. *Leçons sur les maladies de la peau.* — Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* — Horand. Contagion de la pelade, Soc. fr. de dermat., 2 août 1894. — Hutchinson. Alopecia areata, *Ann. surg. Lond.*, 1892-1893; Alopecia areata in a jung boy proceeding to complete baldness, *Clin. J. Lond.*, 1894-1895. — Max-Joseph. Die Etiologie der alopecia areata, *Arch. f. path. Anat.*, CXVIII. — Ladame. Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. *Rev. de neurol.*, 1896. — Leloir. Trophonévroses, *Dict. de méd. et chir. pratiques;* Dermatoneuroses, *Bull. méd.*, 15 août 1894; Pelades et peladoïdes, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 juin 1888. — Lailler. *Leçons sur les teignes*, 1885. — Loriot. *Contribution à l'étude de la pelade*, Th. de Paris, 1886-1887. — Levêque. *Dermatoses par choc moral*, Th. de Lille, 1887. — Lebrun. *Vi-*

tiligo d'origine nerveuse, Th. de Lille, 1886. — MASUREL. *Affections cutanées d'origine spinale*, Th. de Lille, 1887. — MOREL-LAVALLÉE. Pelade vitiligineuse, *Ann. dermat. et syph.*, 1893, p. 376. — MALASSEZ. Note sur le champignon de la pelade, *Arch. de physiol.*, 1874. — NYSTRŒN. Note sur la nature de la pelade, *Ann. dermat. et syphil.*, 1875, p. 440. — OLLIVIER (A.). La pelade et l'école, *Rev. d'hyg.*, 1887. — PONTOPPIDAN. Ein Fall von alopecia areata nach operation am Halse, *Monatshefte fur prakt. Dermatologie*, 1889. — RAVOGLI. Influence du système nerveux sur certaines lésions de la peau, *Med. News*, 27 août 1892. — SABOURAUD. *La pelade et les teignes*. — SCHÜTZ. Sechs Fælle von alopecia neurotica, *Münch. med. Wochens.* — THOMAS THOMESCO. *Étiologie générale des dermatoses*, Th. de Paris, 1895. — THIN. Alopecia areata, *Pathol. soc. of London*, t. XXXIII. — TYSON. Universal alopecia, *Clinic. soc. of London*, 12 février 1886. — TESTUT. *De la symétrie dans les affections de la peau*, Th. de Paris, 1876. — VIDAL. Des pelades, *Gaz. des hôp.*, 1879, p. 459, et *France médicale*, 1885, p. 726.

DE LA DOUGLASSITE

Par R. CONDAMIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous désignons sous le nom de douglassite l'inflammation chronique du cul-de-sac recto-utérin connu sous le nom de cavité de Douglas, avec rétraction de ses divers éléments constitutifs. Dans cette affection, les lésions portent sur le péritoine, sur le tissu sous-péritonéal et enfin sur les ligaments utéro-sacrés, toujours plus ou moins rétractés. Nous nous proposons de montrer, dans cet article, que la douglassite diffère sensiblement de la paramétrite postérieure de Schultze, qu'elle peut exister à l'état isolé, c'est-à-dire sans lésions des annexes, et qu'enfin ses manifestations pathologiques donnent lieu parfois à des troubles sérieux, justiciables d'un traitement agissant directement sur la lésion.

I

Et tout d'abord pourquoi un nom nouveau, la douglassite? Est-ce que la dénomination de paramétrite postérieure de Schultze ne s'applique pas à la même affection?

Nous ferons tout d'abord remarquer que, depuis ces dernières années, les expressions de paramétrite, de périmétrite ont été délaissées en raison du vague que laissaient dans l'esprit ces expressions et aussi de leur signification un peu variable suivant les auteurs. Au reste « les expressions de paramétrite et de périmétrite, dit Emmet, ne sont pas applicables, car elles n'expriment qu'une distinction théorique, et on ne peut les séparer cliniquement. On ne peut concevoir que l'inflammation d'une portion quelconque du péritoine pelvien (périmétrite) puisse exister sans que le tissu cellulaire qui est en rapport avec lui soit atteint. Une inflammation locale peut être déterminée par le contact de matériaux solides ou liquides qui s'échappent de l'utérus ou de ses annexes : la péritonite pelvienne, qui se produit dans ce cas, ne peut exister seule, mais doit rapidement comprendre le tissu cellulaire qui est à proximité ». Ces réflexions d'Emmet, éminemment justes, condamnent donc déjà l'expression de paramétrite postérieure. Allons plus loin et voyons si ce que Schultze décrit sous le nom de paramétrite postérieure répond approximativement à ce que nous dénommons douglassite.

La paramétrite postérieure de Schultze est une affection constituée exclusivement par la rétraction des ligaments utéro-sacrés, attirant le col en haut et en arrière, en amenant de l'antéflexion utérine, puis consécutivement par le relâchement de ces ligaments, favorisant la rétroversion.

D'après cette définition, il n'est question ni de l'inflammation ou tout au moins des modifications de la couche séreuse, ni des brides sous-péritonéales sillonnant le plancher du cul-de-sac postérieur; enfin, il y est fait mention, après, la phase de rétraction des ligaments utéro-sacrés de la phase de relâchement de ces ligaments favorisant la rétroversion.

Nous n'avons jamais vu, pour notre part, dans ce que nous appelons douglassite, un relâchement des ligaments utéro-sacrés, ni une tendance à la rétroversion. Il y a souvent rétroposition utérine par effacement de la cavité de Douglas, mais jamais rétroversion. Enfin, le relâchement des ligaments utéro-sacrés ne nous paraît pas possible comme conséquence d'une rétraction. C'est le contraire que nous avons observé; les rétractions augmentent avec le temps.

Ces considérations préliminaires nous paraissent suffisantes pour légitimer un néologisme, qui indique avec netteté le siège et la multiplicité des lésions observées.

A l'état normal, le cul-de-sac de Douglas est une cavité virtuelle. Le péritoine à ce niveau est à l'utérus ce que la plèvre est aux poumons; mais par sa position, qui en fait le point de déclivité maxima pour la grande cavité abdominale, il en résulte que le moindre épanchement, sérosité, pus, sang, vient s'y rendre pour s'y enkyster d'abord et s'y résorber ensuite dans la généralité des cas.

Depuis longtemps déjà, on sait que le péritoine pelvien chez la femme est loin de présenter la même susceptibilité pathologique et surtout inflammatoire que dans le reste de la cavité abdominale. Cette portion de la séreuse, si elle n'a pas de tendance inflammatoire bien grande, si du sang, de la sérosité et même du pus, peuvent y séjourner jusqu'à un certain point impunément, par contre réagit très énergiquement par la formation d'exsudats d'abord, puis d'adhérences cicatricielles et même de rétraction portant surtout sur la couche du tissu cellulaire sous-séreux.

Toute cette nappe renfermant de nombreuses fibres musculaires lisses, surtout au niveau des ligaments utéro-sacrés, est sillonnée par un riche réseau de lymphatiques et vraisemblablement de fibres nerveuses provenant du plexus hypogastrique. C'est du moins ce que l'on est en droit de déduire des douleurs intolérables éprouvées à la marche et sous l'influence d'une pression exercée au niveau de ces ligaments rétractés. Parfois même, cette douleur est tellement vive qu'elle en a imposé pour un névrome. Nous connaissons une malade qui fut adressée à Goullioud et opérée par lui pour une douglassite tellement douloureuse que son médecin habituel, bien au courant de ce genre d'affection, avait cru à un névrome développé dans les ligaments utéro-sacrés rétractés. Au cours de la laparotomie pour hystéropexie, il ne fut constaté qu'un peu d'induration avec raccourcissement de deux ligaments utéro-sacrés qui étaient absolument dépourvus de tonicité ou d'élasticité.

Si c'est dans ces ligaments que prédominent les phénomènes pathologiques, ils sont loin de s'y cantonner exclusivement comme le voulait Schultze. Pour s'en assurer on n'a qu'à pratiquer une petite manœuvre de toucher vaginal que nous recommandons dans ces cas. Le médius et l'index étant introduits dans le vagin, pendant que ce dernier attire

le vagin en avant, le premier, un peu plus long, explore le cul-de-sac postérieur et constate facilement non seulement deux cordons fortement tendus attirant l'isthme en arrière, mais encore, entre les deux, toute une série de petites cordelettes, qui sillonnent un peu dans tous les sens le plancher de Douglas.

Schrœder a bien étudié l'anatomie pathologique de ces brides. Il a vu le tissu conjonctif contenu dans les replis falciformes s'infiltrer d'un exsudat gélatineux avec production plus ou moins abondante de petites cellules. Puis, à cette infiltration inflammatoire succède une rétraction qui attire en haut et en arrière l'isthme, si les deux replis falciformes participent également à l'inflammation, ou bien il se produit une torsion latérale de l'utérus si un seul de ces ligaments est rétracté, ou si l'un est plus rétracté que son congénère. Quelque chose d'analogue se produit dans la cavité proprement dite de Douglas. Des exsudats et des néomembranes inflammatoires vont quelquefois supprimer complètement la cavité rétro-utérine et attirer fortement l'utérus en rétroposition. Le même processus peut également agir, quand l'inflammation déborde le Douglas, sur les annexes et leur faire contracter des adhérences avec les organes voisins.

II

Actuellement la généralité des gynécologistes admet que ces lésions de douglassite ou, si l'on veut, de paramétrite postérieure sont toujours la conséquence de lésions salpingiennes. Nous croyons que, dans la plupart des cas, c'est l'expression de la réalité; mais il existe des observations qui démontrent, de la façon la plus manifeste, non seulement par un examen méticuleux, mais au cours de la laparotomie, que les lésions précitées existaient à l'exclusion de toute altération annexielle.

C'est ce que dans quatre laparotomies, relatées dans la thèse de Hussenstein, nous avons pu démontrer; dans la pratique de Lucas-Championnière et de Goullioud, nous en trouvons d'autres cas.

La connaissance de ces faits présente une importance capitale, car elle permet une chirurgie conservatrice dans des cas où volontiers on se serait adressé aux annexes. C'est qu'en effet les symptômes auxquels donne lieu la douglassite ainsi comprise font songer tout d'abord à des lésions tubo-ovariennes. Les douleurs sont souvent lancinantes, siégeant dans les lombes avec irradiation surtout dans les cuisses, rappelant en tous points celles des annexites. Cependant le repos dans le décubitus horizontal, qui fait cesser toute traction sur les ligaments utéro-sacrés, calme d'une façon plus absolue ces douleurs dans la douglassite que dans la salpingite.

La défécation est particulièrement douloureuse. Le rectum, bridé par les deux ligaments utéro-sacrés rétractés, est considérablement réduit. Aussi, lors du passage des matières, il se produit des tiraillements sur les replis de Douglas et sur la gangue fibreuse cicatricielle qui remplit de cul-de-sac en provoquant de vives souffrances. Schultze rapporte même que, dans un cas, la sténose aurait été telle qu'une colotomie a été nécessaire pour combattre les accidents d'occlusion.

La dyspareunie est la règle dans ces cas; elle peut atteindre un degré qui empêche d'une façon absolue les rapports sexuels. Enfin, signalons tous les troubles dysménorrhéiques qui accompagnent les antéflexions du corps utérin.

III

Le traitement variera naturellement suivant que la douglassite sera ou non compliquée de lésions annexielles.

En cas de douglassite essentielle, on aura recours au massage et à la columnisation avec une certaine énergie. On n'aura pas à redouter un réveil inflammatoire, puisqu'il s'agit, en somme, simplement de brides rétractiles. Peu à peu on verra se produire, sous l'influence de ces deux méthodes thérapeutiques, un assouplissement et un allongement progressif des tissus rétractés. Petit à petit le cul-de-sac de Douglas se reconstituera et le col reviendra à sa position normale. Pendant un temps relativement long, il faudra maintenir l'utérus en position normale par un pessaire. Les modèles à bulbes postérieurs sont particulièrement indiqués, parce que, par leur volume, ils maintiennent le cul-de-sac postérieur dans ses dimensions ordinaires.

Les lésions résistent-elles à ce traitement, ou sont-elles d'emblée jugées trop résistantes pour les méthodes de douceur, il faudra aller, par la laparotomie, détacher toutes les brides ou adhérences dans un premier temps, et ensuite mettre l'utérus par une hystéropexie abdominale antérieure hors d'état de se déplacer. Il ne sera pas suffisant de se contenter de détacher les adhérences. On crée ainsi des surfaces cruentées qui reconstitueront au bout de peu de temps des cicatrices. Il faut une fixation solide de l'utérus en avant, pour qu'il puisse lutter contre les tractions en sens inverse. Même dans le cas d'intervention sanglante, il faudra avoir soin d'assouplir, par le massage et la columnisation, ces rétractions postérieures et continuer ce traitement encore après la ventrofixation. Ce n'est que par ce moyen que l'on pourra amener la cessation complète des douleurs.

De même aussi, quand, après avoir fait porter son intervention sur les annexes malades, on verra persister des phénomènes douloureux, il faudra examiner si les lésions de la douglassite concomitante ne doivent pas être traitées.

L'élytrotomie interligamentaire, que Boileux emploie dans les rétroversions adhérentes, ne peut donner de résultat, car les adhérences, une fois déchirées avec le doigt, s'agglutinent de nouveau par leurs surfaces cruentées, forment de nouvelles cicatrices, et une rechute ne tarde pas à se reproduire.

Telles sont les considérations que nous avions à exposer sommairement. Nous avons fait développer ces différents points, avec pièces justificatives à l'appui, par notre élève Hussenstein dans sa thèse inaugurale déjà citée. (*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1896. — Présidence de M. Monod.

COMMUNICATIONS

Extraction du cancer du rectum par la voie ano-abdominale. — M. Quénu a cherché, par de nouvelles recherches sur le cadavre, à perfectionner le système de M. Gautier (de Lille) et de M. Chalot (de Toulouse), pour l'extirpation du cancer du rectum avec envahissement total de cet organe. La complication la plus redoutable de ce mode d'intervention est la septicémie : lorsqu'elle existe, l'empoi-

sonnement est tellement grave, qu'il est superflu de le combattre par des lavages, la partie est perdue. La méthode à laquelle il s'est arrêté a pour but d'éviter cette dangereuse complication.

A l'exemple de MM. Gautier et Chalot, il combine les voies abdominale et anale, mais il opère en deux temps : il établit un anus iliaque définitif et transforme en un véritable cul-de-sac, fermé en haut, le bout inférieur de l'intestin.

Il procède de la façon suivante : incision médiane comme pour la laparotomie, sans que le malade ait été purgé au préalable; l'anse oméga est attirée au dehors; le méso-côlon est divisé sur un point où il existe le moins de vaisseaux, puis l'intestin est entouré de gaze iodoformée, vidé de ses gaz et fermé par une double ligature élastique, entre laquelle il est sectionné au thermocautère; la muqueuse est elle-même cautérisée. De cette façon, il n'y a pas d'infection possible, puisque aucune parcelle de matière intestinale n'a pu tomber dans le péritoine, l'intestin n'ayant à aucun moment été ouvert. Le bout supérieur est attiré en haut de la plaie où il est fixé comme pour l'anus artificiel. M. Quénu ne s'en occupe plus; notons qu'il est resté obturé par la ligature élastique. Le bout inférieur est libéré sur toute l'étendue possible de ses insertions mésentériques, puis invaginé dans le rectum et laissé ainsi en place. Chez la femme, le rectum est décollé de l'utérus, puis le péritoine suturé et l'abdomen fermé complètement. Deux jours après, l'anus iliaque est ponctionné et les matières s'écoulent librement au dehors.

Cette première partie de l'opération a été réalisée par M. Quénu, vendredi dernier, chez une femme atteinte d'un cancer haut situé dans le rectum : la malade va aussi bien que possible; il se propose de pratiquer le second temps dans quelques jours et de terminer aussi l'exérèse du rectum de la façon suivante :

Incision circulaire autour de l'anus fermé par un fil de soie et transformé en une poche à ses deux extrémités; le cul-de-sac péritonéal est ouvert, soit par le vagin chez la femme, soit par la taille pré-rectale chez l'homme, puis le rectum est facilement décollé et enlevé.

Des encéphalites consécutives aux otites. — M. BRUN, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Broca, fait observer que les accidents encéphaliques consécutifs aux otites sont plus graves et plus fréquents qu'on le croit généralement. Ainsi, depuis le commencement de cette année, M. Brun a eu l'occasion d'observer ces accidents chez quatre malades, dont trois sont morts et un seul a guéri. Comme M. Broca, M. Brun estime qu'il y a tout avantage à faire de bonne heure l'ouverture large de la mastoïde et de la caisse. Cette ouverture précoce permettra souvent de sauver les malades. Chez un garçon de douze ans, atteint d'accidents pseudo-méningitiques consécutifs à une otite, M. Brun fit cette ouverture large de la mastoïde et de la caisse, et les accidents pseudo-méningitiques cessèrent aussitôt. M. Brun est donc partisan de cette pratique, et il croit qu'il faut l'appliquer aussitôt qu'apparaissent les moindres signes de pseudo-méningite; car il vaut encore mieux, en cas de doute, s'exposer à faire cette ouverture inutilement que de manquer de la faire opportunément. Dans les cas de méningite vraie ou dans les cas où on soupçonne un abcès du cerveau, il ne faut pas s'en tenir à cette ouverture de la caisse et du tympan, il faut pénétrer dans le cerveau. M. Brun rapporte l'histoire d'une grande fille de treize ans qui, à la suite d'une otite, présenta de la somnolence, un demi-coma, une température de 38 degrés, un ralentissement du pouls. Ces signes lui firent soupçonner l'existence d'un abcès cérébral. Il pratiqua une ouverture large de la mastoïde et de la caisse, et comme il trouva du pus, il crut devoir remettre au lendemain une intervention plus profonde pour le cas où l'état de l'enfant ne serait pas amélioré. Le lendemain matin, elle était morte. A l'autopsie, M. Brun fit ce qu'il regretta de n'avoir pas fait sur le vivant, il ouvrit le cerveau et trouva un abcès cérébral. Pour peu, donc, qu'on souçonne un abcès cérébral, il ne faut pas attendre pour ouvrir le crâne.

Il y a aussi des cas où on croit à un abcès du cerveau, où on ouvre le crâne et l'abcès siège dans le cervelet. Si, en présence de signes d'abcès cérébral, on ouvre le cerveau et on ne trouve rien, il faut aller voir du côté du cervelet. M. Brun cite un cas de ce genre analogue à celui qu'a déjà cité M. Broca.

En résumé, au point de vue des indications d'intervenir d'une façon précoce et d'intervenir profondément suivant les symptômes observés, M. Brun adopte entièrement les conclusions formulées par M. Broca.

M. BROCA insiste sur la nécessité d'aller chercher de très bonne heure les abcès cérébraux. Une fois qu'on a fait une large ouverture de la mastoïde et de la caisse, pour peu que l'on soupçonne un abcès cérébral, il faut, séance tenante, poursuivre son intervention jusque dans la cavité cranienne. Donc, intervention extérieure d'abord, puis intervention profonde pour peu qu'on soupçonne une lésion intracranienne.

M. Broca entre ici dans quelques considérations sur le procédé opératoire à suivre pour profiter de la brèche extérieure ouverte pour aller jusque dans le cervelet, si cela est nécessaire. Il se sépare quelque peu, ici, du procédé préconisé par M. Brun.

Procédé opératoire contre le prolapsus du rectum. — M. NÉLATON, s'étant trouvé récemment en présence d'un prolapsus considérable du rectum, a cherché un procédé dont il espère un meilleur résultat que de la simple excision du prolapsus qui est toujours suivie de récidive.

Il s'agissait d'un homme de soixante ans, qui était atteint d'un prolapsus considérable du rectum, ne mesurant pas moins de 15 centimètres; son état général était satisfaisant. Sachant avec quelle facilité se reproduit le prolapsus du rectum après l'excision simple, M. Nélaton a cherché à faire une opération qui lui permît de supprimer tout ce qui peut descendre, c'est-à-dire 25 à 30 centimètres de rectum. Cette opération a pour but, le côlon descendant étant fixe, l'anse oméga étant mobile, de supprimer cette dernière et de la transformer en un intestin rectiligne du côlon descendant à l'anus. Voici comment M. Nélaton a pratiqué cette opération : dans un premier temps, il fait la laparotomie; il attire l'anse oméga et y pose une double ligature, après l'avoir libérée. Cela fait, il place le malade dans la position de la taille, incise le prolapsus jusqu'à ce qu'il soit entré dans le péritoine, fait une incision circulaire, attire et résèque toute la partie prolabée et suture la partie supérieure restante à l'anus. Il a ainsi enlevé environ 26 centimètres d'intestin. Cette opération a été pratiquée le matin même. On verra ce qu'elle donnera. En terminant, M. Nélaton fait observer que ce procédé se rapproche, par certains points, du procédé préconisé par M. Quénu pour l'ablation des cancers du rectum.

M. FELIZET, chez l'enfant, pratique seulement le second temps de l'opération de M. Nélaton; il résèque toute la portion prolabée et suture ensuite les deux bouts d'intestin. Par ce procédé, M. Felizet n'a jamais eu de récidive.

M. NÉLATON fait observer qu'il ne faut pas confondre les prolapsus de l'enfant avec ceux de l'adulte ou du vieillard. Chez le vieillard la cause échappe. C'est un relâchement des tissus qui fait que tout tombe.

PRÉSENTATION

Luxation congénitale de la hanche; pied-bot. — M. KIRMISSON présente une petite fille atteinte d'une double luxa-

tion congénitale de la hanche et d'un pied-bot. Pour ce dernier, cette fillette a subi cinq ténotomies, une tarsoclasie instrumentale sans succès. M. Kirmisson lui a fait une large arthrotomie et il a suivi de très près le traitement post-opératoire. Il insiste sur la nécessité de s'appliquer tout particulièrement à ce traitement post-opératoire. Le résultat, grâce à cela, a été satisfaisant chez cette petite malade.

La séance est levée.

THÉRAPEUTIQUE

Potion de Todd extemporanée du docteur Bucquoy.

Cognac vieux.	*ââ*	deux cuillerées à soupe.
Sirop de quinquina ou sirop d'écorces d'oranges amères		
Eau		

En donner trois petits verres par jour. (*Journ. des prat.*)

Mélange antiseptique pour désinfecter les salles des tuberculeux.

Créosote	5	grammes.
Alcool à 90 degrés.	30	—
Chloroforme	50	—
Glycérine neutre.	14	—
Essence de menthe	1	—

Deux fois par jour, exposer à l'évaporation deux à quatre cuillerées à soupe de ce mélange dans une assiette. (*Presse médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 11 novembre 1896 :

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical du prolapsus rectal. (MM. Bazy, G. Marchant, Félizet.)

Rapport. Hernie du cæcum, par M. Courtin. (Rapport par M. Reynier.)

Communication : 1° Sur un ostéome du maxillaire inférieur, par M. Lejars. — 2° De l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde, par M. Monod.

— Un concours pour deux places d'interne à l'hôpital civil et militaire de Nîmes, s'ouvrira le lundi 7 décembre prochain.

Le registre d'inscription sera clos le 28 novembre, 11, rue Ruffi, à Nîmes.

— Un concours pour deux places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, s'ouvrira le lundi 15 décembre prochain. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

— La Société de stomatologie de Paris fonde un prix sous le nom de : « Prix de la Société de stomatologie. » Ce prix, de la valeur de 500 francs, sera décerné pour la première fois dans le courant de l'année 1899.

Toute latitude est laissée sur le choix du sujet, qui devra naturellement porter sur des questions se rattachant tout spécialement à la stomatologie (maladies de la bouche, odontologie, chirurgie dentaire).

Les mémoires seront adressés au secrétaire général de la Société, au siège des séances : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avant le 31 décembre 1898. Ils devront être inédits, anonymes et accompagnés d'un pli cacheté, contenant le nom de l'auteur. Exception est faite toutefois pour les thèses de doctorat en médecine qui seront soutenues à partir du 1er janvier 1897.

Le jury sera composé de sept membres : le président et le secrétaire général en feront partie de droit ; les cinq autres seront tirés au sort dans la séance de janvier 1899. Les membres de la Société sont exclus du concours.

Le prix étant fondé dans le but d'encourager le corps médical français à s'occuper des questions de stomatologie, nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, docteur en médecine ou officier de santé, ou étudiant en médecine, muni d'au moins seize inscriptions de doctorat.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Picard (de Nancy).

— M. Netter, agrégé, commencera les conférences d'hygiène le 7 novembre 1896, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre. Les samedis, à partir du 16 novembre, la conférence aura lieu, à trois heures, au laboratoire d'hygiène (École pratique).

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 9 novembre 1896, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

— M. F. Vidal, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne le lundi 9 novembre 1896, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Thoinot, agrégé, commencera les conférences de médecine légale le lundi 9 novembre 1896, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Ch. Richet commencera le cours de physiologie le lundi 9 novembre 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Guyon reprendra le cours de clinique des maladies des voies urinaires le mercredi 11 novembre 1896, à neuf heures (hôpital Necker), et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 13 novembre, à dix heures, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu le samedi 14 novembre 1896, à dix heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, le mercredi à neuf heures et demie, le samedi à dix heures (amphithéâtre Trousseau). — Visite des malades (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne) tous les jours.

— *Cours pratique d'ophtalmologie.* — M. le docteur A. Terson, chef de clinique, recommencera le samedi 14 novembre, à l'Hôtel-Dieu, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° ophtalmoscopie (avec malades) ; 2° chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. Mermet, chef du laboratoire, recommencera le lundi 16 novembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes (pièces et technique histologique); 2° bactériologie clinique de l'œil.

Les cours auront lieu : le premier, les mardis, jeudis, samedis, à cinq heures; le second, les lundis, mercredis, vendredis, à la même heure, et dureront six semaines.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmoscopique de l'Hôtel-Dieu.

— M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le mardi 17 novembre 1896, à

dix heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Programme d'enseignement : lundi, dix heures et demie : séméiologie des maladies du système nerveux, MM. J. Charcot et Souques. — Mardi, dix heures : policlinique, M. Raymond. — Mercredi, dix heures et demie : histologie normale et pathologique du système nerveux, M. Philippe. — Jeudi, dix heures et demie : électrodiagnostic et électrothérapie, M. Huet. — Vendredi, dix heures : leçon de clinique, M. Raymond. — Samedi, dix heures et demie, alternativement : psychologie clinique, M. Janet; examen des oreilles, du larynx et des yeux, MM. Gellé, Cartaz et Sauvineau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 129. — MARDI 10 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 10 NOVEMBRE 1896. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 novembre 1896.

Notre très honorable confrère, M. le docteur Ladreit de Lacharrière, vient d'adresser au président de la Société de médecine légale la lettre suivante :

« Monsieur le président,

L'affaire Druaux, qui vient de se terminer devant la cour d'assises d'Amiens par la réhabilitation de la femme Druaux, et la constatation éclatante d'une erreur judiciaire, a vivement impressionné l'opinion publique, et porte une atteinte profonde à la confiance que doivent inspirer les expertises médicales.

La Presse, quelquefois excessive, a pu émettre la pensée que les expertises des médecins peuvent, dans certains cas, être plus nuisibles qu'utiles.

Deux de nos confrères, très justement estimés, ont pu, par une négligence dans leur expertise, contribuer à faire commettre une erreur judiciaire, qui, pour ne pas être la première, n'en est pas moins lamentable, et qui est bien faite pour inspirer une juste défiance des arrêts de la justice.

En présence de l'émotion générale, la Société de médecine légale ne saurait rester indifférente.

Je dois reconnaître qu'elle a la satisfaction de penser que c'est à son ancien président et à un de ses membres les plus distingués que l'on doit d'avoir rectifié les opinions des premiers experts, et, en déterminant la conviction des magistrats et des jurés, d'avoir obtenu la réhabilitation de la malheureuse innocente qui vient de passer sept ans en prison.

Si les réformes que pourra proposer la Société de médecine légale ne peuvent empêcher de nouvelles erreurs judiciaires, il n'est pas moins de son devoir d'étudier les moyens de les rendre plus rares.

Je crois qu'il est urgent de mettre à l'étude la question des réformes à introduire dans les expertises médicales en matière criminelle.

Si l'expert ne présente d'autres garanties que celle de la responsabilité morale, c'est insuffisant. S'il est toujours consciencieux, il peut commettre, comme dans le procès de Rouen, des négligences et des oublis.

Les juges ne sauraient contrôler des affirmations scientifiques, et les conclusions des rapports sont trop souvent acceptées sans contestations.

La Société de médecine légale a déjà mis autrefois à son ordre du jour la réforme des expertises, et, à cette époque, je crois avoir déjà exprimé l'idée qu'il y avait lieu de créer, comme cela existe à l'étranger, un contrôle des expertises en matière criminelle.

En vous demandant, monsieur le Président, de mettre cette question à l'ordre du jour, permettez-moi de formuler la proposition suivante :

Je demande à mes collègues s'il n'y aurait pas lieu de solliciter la création au ministère de la Justice d'une commission permanente composée :

1° Du professeur de médecine légale de la Faculté de Paris;

2° Du président de la Société de médecine légale;

3° D'un certain nombre d'experts (médecins et chimistes), près le tribunal de la Seine;

4° D'un certain nombre de magistrats et d'avocats.

Cette commission serait chargée d'examiner les expertises dans toutes les affaires criminelles.

Aucun rapport ne pourrait être produit par l'accusation sans avoir été approuvé par la haute commission. »

Il est certain que les pouvoirs publics ne peuvent rester indifférents aux projets de réorganisation qui vont leur être soumis.

Nous n'avons pas à refaire ici l'histoire du procès de la femme Druaux. Tous nos confrères l'ont suivi avec intérêt, et n'en ont point oublié les différentes phases. Condamnée comme coupable d'empoisonnement, ainsi le déclarait le rapport médical, la femme Druaux vient d'être acquittée, réhabilitée et indemnisée de 40000 francs de dommages et intérêts à la suite d'une récente et tardive contre-expertise.

Cette lourde erreur des premiers experts leur a été cruellement reprochée, et non sans quelque raison. Sans aucun doute, les juges, le parquet, les jurés, en possession du dossier, en présence de témoignages qu'ils ont eu le tort de négliger lors de la première affaire, ont tous, à des titres divers, une part dans la responsabilité. Mais, écoutons le réquisitoire de l'avocat général lors du procès de réhabilitation, et nous serons édifiés. Ce sont les médecins et les médecins seuls qui sont les coupables. On s'est incliné devant leur rapport, sans rien vouloir entendre d'autre, et cependant il y eut des témoins qui avaient parlé du fameux

four à chaux et de ses émanations dangereuses, entre autres le boucher et le maire de la commune. « L'homme de l'art n'a pas tenu compte de cet avis, dit l'avocat général, et c'est pourtant le garçon boucher qui avait raison. »

N'en déplaise à M. l'avocat général, ce n'était pas aux experts à tenir compte des témoignages, mais à la justice, qui avait à les apprécier, à les comparer aux conclusions du rapport et au besoin à demander une contre-expertise. Sans vouloir innocenter nos confrères, qui ont fait preuve d'une regrettable inexpérience, nous dirons que, dans cette triste affaire, la responsabilité doit être plus partagée qu'elle ne semble l'avoir été.

Si nous restons sur le terrain purement médical, nous voyons que nos confrères de Rouen ont péché, parce qu'en réalité, comme nous tous, ils n'étaient nullement préparés par leurs études antérieures pour ces délicates fonctions d'experts. Ils ont commis de grosses erreurs; et leur examen contient d'inexplicables lacunes. Un de nos collègues de la presse médicale va jusqu'à s'écrier, sur un ton qu'il veut rendre plaisant, mais qui est d'une cruelle sévérité, surtout quand ceux qu'il vise sont des professeurs à une École de médecine : « On leur avait donné deux flacons de sang à examiner; ils les ont peut-être agités, mais ils ne s'en sont point servis; et dame! au quatrième doctorat, on les aurait impitoyablement collés pour cette omission dans leur rapport. » Eh bien, n'en déplaise à notre confrère, on ne les eût pas « collés ». Les juges de notre Faculté sont d'une indulgence et d'une bienveillance réelle, qui, si cela continue, nous préparent, pour l'avenir, des générations médicales dont la quantité ne rachètera malheureusement pas la qualité. Mais, serait-on plus sévère aux examens, que cela n'aurait, dans l'espèce, aucune importance.

L'étudiant en médecine, en effet, même studieux, ne peut être, en médecine légale, qu'un écolier à qui l'on a appris les rudiments, mais qui manquera toujours de pratique. Muni de ce léger bagage, il ira s'installer, restera dix ans, quinze ans, sans avoir besoin de faire appel à ses notions théoriques qu'il a consciencieusement oubliées, sans avoir le plus souvent fait aucune autopsie, quand tout à coup on lui imposera une expertise pour laquelle il n'est rien moins que préparé.

Vous pouvez être un praticien distingué, un chirurgien habile, vous n'en serez pas moins un très médiocre expert devant les tribunaux. L'affaire Druaux vient de le prouver surabondamment.

Pour bien faire des expertises, il faut de vrais experts, comme, pour faire de la bonne chirurgie, il faut de vrais chirurgiens. Pourquoi, lorsque le Parquet nous délègue les fonctions d'expert, ne pas les refuser comme on refuserait de pratiquer une grave opération si l'on n'est pas chirurgien? Ne peut-on pas se récuser? Qui serait le coupable aujourd'hui, si, dans l'affaire Druaux, le médecin désigné, après s'être récusé comme incompétent, avait vu le Parquet passer outre et lui imposer l'expertise? Mais on ne veut pas se récuser, avouer son ignorance, et déclarer son incompétence. C'est cependant là la seule conduite à tenir, la seule digne et la seule qui amènera les réformes nécessaires dans les relations de la médecine avec la justice.

On ne saurait accuser nos confrères d'avoir été guidés par l'appât d'honoraires ridiculement minimes. Mais c'est un peu l'amour de la gloriole, le désir de paraître, le contentement d'avoir été choisi, ou mieux la joie qu'un autre n'ait pas été choisi. C'est pour tous ces petits motifs qu'on ne refuse pas une expertise et pour toutes ces petites causes qu'on enregistre de si pénibles résultats.

La seule réforme que l'on puisse proposer, à notre avis, consiste dans la création de médecins experts, spécialement diplômés à cet effet, par les différentes facultés, après examens spéciaux. Eux seuls auraient qualité pour être appelés en justice, ils offriraient toutes les garanties de savoir désirables. Toutefois il faudrait les honorer comme il convient et modifier sur ce point la jurisprudence actuelle. Il est probable que les 40000 francs alloués à la veuve Druaux feront réfléchir au ministère de la Justice et qu'on voudra bien s'y rendre compte que, pour ce prix, on eût pu largement honorer de vrais experts et éviter une monstrueuse erreur.

Un jeune soldat, dont l'histoire est rapportée à la Société médicale des hôpitaux par M. Catrin (du Val-de-Grâce), voulait perforer une plaque de métal, appuyée contre son thorax, avec une sorte de poignard ayant à peu près la forme d'un fer de lance. Au moment où il faisait pour cela un effort assez violent, l'instrument glissa et pénétra dans la bouche de bas en haut, venant produire une petite plaie à l'arcade dentaire. Le jeune homme tomba et perdit connaissance; il ne reprit ses sens qu'au bout de deux heures. Le lendemain, il avait une hémiplégie droite, avait un certain degré d'aphasie ou plutôt de dysarthrie. En dehors de la plaie de l'arcade dentaire, il existait une ecchymose du voile du palais. L'hémiplégie disparut au bout de quelques jours; il survint alors du trismus, de l'opisthotonos et de la dilatation de la pupille droite; l'hémiplégie se reproduisit, et les membres paralysés subirent une atrophie rapide, très marquée. Les réflexes patellaires étaient à ce moment exagérés des deux côtés. M. Catrin se demande quelle était la cause de ces accidents : **méningite de la base ou hystéro-traumatisme.** Il paraît pencher vers cette dernière hypothèse. M. Rendu, lui, au contraire, penche vers la première, et il nous paraît avoir raison. La lame de l'instrument a pu glisser en arrière du voile du palais et aller blesser la base du crâne aux environs de l'apophyse basilaire. Le sujet ne présente aucun stigmate hystérique, et comme le fait remarquer lui-même M. Catrin, l'atrophie dans l'hémiplégie hystérique ne se produit que très tardivement, ici elle a été très précoce.

Encore une victime du vésicatoire. Un jeune enfant est amené à M. Comby, à l'hôpital Trousseau, dans un état comateux, complètement anurique. Au bout de quelques jours, on obtient une très petite quantité d'urine qui se montre très riche en albumine. Le scrotum était œdématié. A propos d'une bronchite grippale assez légère, on avait appliqué deux vésicatoires, et il semble que c'est à la **néphrite cantharidienne** qu'il faille attribuer les accidents présentés. M. Comby insiste avec raison sur les dangers que présentent l'abus et même le simple usage du vésicatoire chez les enfants.

A la suite d'une récente discussion à la Société de chirurgie, les chirurgiens ont paru d'accord pour donner la préférence à la **laryngotomie intercrico-thyroïdienne** sur la trachéotomie ordinaire. M. Lermoyez présente les pièces nécropsiques d'un malade chez lequel cette opération a accéléré la terminaison fatale. Six semaines après une laryn-

gotomie intercrico-thyroïdienne, qui avait été bien faite, le malade succomba à un accès de dyspnée. La canule était légèrement sortie de la plaie et son extrémité interne, subissant un léger mouvement de rotation, était venue s'appuyer contre la paroi du larynx, au-dessous de la corde vocale.

M. Widal a découvert que le **sérum du sang des albuminuriques** est parfois opalescent, quelquefois même véritablement lactescent. Cela n'est pas attribuable au régime lacté et à la pénétration par le canal thoracique, dans les voies circulatoires, d'une quantité considérable de graisse émulsionnée, car chez deux malades, cet aspect du sang parut s'atténuer sous l'influence du régime lacté. Ce phénomène a été vu au commencement du siècle par Blackall, un des précurseurs de Bright dans la découverte de l'albuminurie.

M. Albert Mathieu présente des **sondes exploratrices et dilatatrices de l'œsophage** fabriquées par M. Galante sur les indications de M. le docteur Ynurrigaro (de Buenos-Ayres). Ce sont des bougies en caoutchouc rouge, percées d'une cavité centrale qui peut recevoir un mandrin à baleine et terminées par une extrémité conique. Le mandrin ne parvient pas jusqu'au bout de la sonde, de telle sorte que celle-ci garde toute la souplesse du caoutchouc. Il devient dès lors très difficile de faire des fausses routes. Ces sondes peuvent être utilisées pour l'exploration de l'œsophage et le diagnostic des rétrécissements de ce conduit, ou pour leur dilatation progressive.

ASSOCIATION FRANÇAISE
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS UROLOGISTES

Première session.

Pendant que le Congrès de chirurgie tenait ses séances, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, l'Association des médecins urologistes élaborait ses statuts, et se constituait à côté.

L'assemblée générale a décidé que le bureau, pour 1897, serait ainsi composé : président, M. le professeur Guyon ; vice-présidents, MM. Ch. Monod et Pousson; secrétaire général, M. Desnos; trésorier, M. Guiard; secrétaires des séances, MM. Banzet, Michon et Vigneron; membres du comité d'administration, MM. Albarran, Carlier, Chevalier, Eraud, Estor, Vigneron.

On a décidé, en outre, que la prochaine réunion aurait lieu pendant la session du Congrès de chirurgie (troisième semaine d'octobre 1897).

VESSIE

Les communications de cette première session ont été nombreuses et intéressantes.

M. LEGUEU prend le premier la parole sur la **valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine.** Il s'exprime ainsi :

« Dans les cas très rares où, en présence d'une rétention aiguë d'urine, le cathétérisme est impossible, la ponction et l'incision sus-pubienne constituent deux ressources précieuses auxquelles j'ai dû avoir recours, neuf fois seulement, dans ces dernières années.

En ce qui concerne la ponction, je n'ai jamais observé aucun des accidents qu'on lui a reprochés, en particulier l'infiltration d'urine. En ponctionnant directement au-dessus de la symphyse, on ne peut léser aucun organe important, le péritoine est élevé, et on compte les cas dans lesquels il y avait cohérence de la séreuse à la symphyse. On reproche encore à la ponction d'être une méthode purement palliative : c'est justement un de ses principaux avantages, elle permet d'attendre, et deux fois j'ai vu le cathétérisme, jusqu'alors infructueux, devenir possible une fois la vessie évacuée par la ponction et décongestionnée.

L'incision sus-pubienne n'a ni cette simplicité, ni cette bénignité dans ses suites : l'avenir des cystotomisés n'est pas toujours brillant, et il faut restreindre la cystotomie aux seuls cas dans lesquels il est absolument impossible de procéder autrement. La ponction et l'incision sus-pubienne ne sont donc pas absolument comparables, elles ont l'une et l'autre leurs indications relatives et leurs contre-indications tirées ou de l'état local ou de l'état général.

Chez les prostatiques, en rétention aiguë, la ponction m'a paru très utile pour parer aux accidents immédiats : on la répète plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et il est rare que le cathétérisme reste impraticable. L'incision sus-pubienne me semble indiquée seulement dans trois circonstances : quand il y a fausse route, quand il y a infection, ou enfin lorsque, malgré les ponctions, l'urèthre reste imperméable. J'ai pratiqué la cystotomie d'urgence pour une rétention aiguë chez un prostatique, chez lequel un cathétérisme intempestif avait créé des lésions, qui ne me laissaient que peu d'espoir de pouvoir passer ultérieurement. D'ailleurs, il y avait en même temps de la fièvre. Malgré la cystotomie et la mise à demeure d'une sonde dans l'urèthre d'arrière en avant, le malade mourut le lendemain d'accident infectieux urinaire suraigu.

Dans les rétentions par obstacle uréthral, rétrécissement ou rupture, le traitement direct par l'uréthrotomie externe, la résection du rétrécissement ou la suture de la rupture, constitue la méthode de choix, toutes les fois que le cathétérisme est impossible et que la nature des accidents ne permet pas de différer l'intervention. La ponction hypogastrique ne peut alors servir qu'à différer de quelques heures cette opération.

L'incision sus-pubienne, au contraire, constitue une ressource précieuse, un expédient auquel on peut avoir recours secondairement pour les obstacles siégeant sur l'urèthre antérieur et primitivement pour ceux qui siègent sur l'urèthre postérieur. Dans le premier cas, l'opération, portant sur le périnée, permet presque toujours, si elle est bien conduite, de trouver le bout postérieur; mais si les recherches sont infructueuses, on incise la vessie pour terminer rapidement par le cathétérisme rétrograde une opération qui menaçait d'être trop longue. J'ai pratiqué une fois cette cystotomie secondaire, et j'ai pu terminer rapidement, et dans de bonnes conditions, l'opération. Par contre, j'ai eu recours une fois à l'incision sus-pubienne primitivement, pour traiter une fausse route de l'urèthre antérieur : malgré le succès que j'ai obtenu, je ne suis pas convaincu que je n'aurais pas réussi autrement, et la cystotomie primitive, pour les obstacles siégeant sur l'urèthre antérieur, ne me paraît jamais indiquée.

Pour les obstacles de l'urèthre postérieur, il en va autrement. De ce côté, les recherches par le périnée, lorsqu'elles ne sont pas dirigées par un conducteur, menacent de s'éter-

niser, qu'il s'agisse de traumatisme récent par fracture du bassin et de rétrécissement traumatique, et le cathétérisme rétrograde à travers la vessie me paraît un expédient utile, auquel on peut avoir recours de prime abord dans tous les cas. J'ai pratiqué deux fois cette incision sus-pubienne primitive pour traiter des rétrécissements infranchissables de l'urèthre postérieur, et je considère cette conduite comme la méthode de choix.

Enfin, quelle que soit la nature de l'obstacle, lorsque la gravité des accidents généraux contre-indique absolument une opération longue et délicate comme l'uréthrotomie externe, la cystotomie primitive s'impose comme le premier temps d'une opération qui ne sera complétée que plus tard, quand l'état général, devenu meilleur, le permettra.

En résumé, je considère la ponction hypogastrique appliquée aux rétentions aiguës, comme un procédé d'expectation effective. Elle peut être utile dans tous les cas; elle n'est absolument contre-indiquée que chez les prostatiques infectés ou atteints de fausse route.

L'incision sus-pubienne, au contraire, est, suivant les cas, un mode de traitement réel ou un expédient, auquel il peut être utile d'avoir recours pour parfaire le traitement direct de la cause de la rétention. Elle s'impose, de prime abord, chez les prostatiques infectés, pour toutes les rétentions qui sont la conséquence d'une lésion de l'urèthre postérieur, et pour celle qui, quelle qu'en soit la cause, s'accompagne d'une infection assez grave pour contremander toute tentative de traitement direct sur la lésion uréthrale.

Elle est utile et souvent nécessaire comme expédient, toutes les fois qu'au cours d'une uréthrotomie externe pratiquée sur l'urèthre antérieur, la recherche du bout postérieur est restée infructueuse. »

M. VIGNERON (de Marseille) ne fait que confirmer les conclusions de M. Legueu; toutefois M. GUIARD fait quelques réserves au sujet de l'innocuité de la ponction : c'est un moyen d'attente qui peut être dangereux. Il insiste sur la manœuvre si simple et si utile du mandrin, manœuvre qui n'est connue que des spécialistes et peu employée par les praticiens. Elle consiste à introduire une sonde sur un mandrin coudé, puis, celui-ci restant fixe et solidement maintenu, à pousser la sonde aux divers segments de laquelle le mandrin imprime la courbure un instant. M. ALBARRAN croit la ponction inoffensive quand elle est strictement aseptique. MM. TÉDENAT, JEAUME et POTHERAT se rangent à cet avis et adoptent les conclusions formulées par M. Legueu.

M. LOUMEAU dit que, dans les cas de rétention aiguë d'urine, visés par les précédents orateurs, on a eu surtout en vue les cas où existent seulement des obstacles momentanément impénétrables à l'excrétion uréthrale de l'urine vésicale. Dans ce cas, la simple ponction, pour les rétentions aseptiques, la taille hypogastrique pour les rétentions septiques et pour certaines rétentions liées à des déchirures de l'urèthre profond, lui paraissent absolument indiquées. Mais ces deux opérations ne sont que préliminaires et pratiquées, pour ainsi dire, à titre d'attente. Ce que l'on a omis de dire, c'est que l'obstacle uréthral peut être non pas temporaire, mais définitif et incurable, comme, par exemple, dans les cas d'oblitération complète du canal par cancer de la prostate ou par certains cas d'épithélioma primitif de l'urèthre. Ici ce n'est plus simplement la ponction ou l'incision temporaire de la vessie qui s'imposent, c'est, que l'urine soit septique ou non, la fistulisation sus-pubienne de la vessie par la cystostomie.

L'incision longitudinale sus-pubienne, suffisante pour un certain nombre d'opérations simples, ne laisse pas un espace assez large pour mener à bien des manœuvres compliquées. C'est pour remédier à cette étroitesse qu'on a proposé la section transversale des muscles droits; mais la suture consécutive de ces muscles échoue le plus souvent et il en résulte une faiblesse de la paroi abdominale, dont il a eu plusieurs exemples.

Dans le but d'éviter cet inconvénient, M. DESNOS a recours à un procédé différent, qu'il n'est pas le premier à avoir employé et qui consiste dans la **désinsertion des muscles droits de leurs attaches pubiennes dans la taille hypogastrique.** L'incision longitudinale est faite comme d'habitude, puis prolongée au-devant du pubis, jusqu'à 1 centimètre de la racine de la verge. Les parties molles sont incisées jusqu'à la symphyse, puis les bords des muscles écartés avec le doigt qui passe derrière eux. En se guidant sur ce doigt, on limite alors l'étendue qu'il faut donner au décollement, et, à l'aide d'un fort bistouri, on sectionne l'entrecroisement des fibres tendineuses jusqu'à la symphyse, puis sur le bord supérieur du pubis, on prolonge latéralement l'incision du périoste à 2 centimètres de la ligne médiane. A l'aide d'une rugine plate ou un peu coudée sur le plat, on décolle le périoste et les insertions tendineuses sur les deux tiers supérieurs de la face antérieure du pubis. L'écartement ainsi produit est considérable : toute la face antérieure de la vessie est découverte; l'incision de celle-ci en montre toute la surface interne, y comprise la région cervicale, surtout si on s'est aidé du ballon de Pétersen, et dans l'immense majorité des cas, on peut se dispenser de recourir à la symphyséotomie.

M. ASSAKY rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'une **fistule vésico-vaginale**, de dimensions moyennes, qu'il a opérée en suivant un procédé particulier. Ce procédé comprend six temps : 1° avivement asymétrique du vagin avec perte de substance; 2° excision de l'anneau et du court trajet muco-muqueux; 3° grattage de la muqueuse vésicale; 4° suture de la muqueuse; 5° suture du reste de la paroi vésicale (points de Lembert-Lauenstein); 6° colporraphie. M. Assaky croit cette manière de faire applicable à tous les cas de fistule vésico-vaginale, dans lesquels les conditions locales permettront une suture soignée, à deux étages, de la vessie, suivie d'une colporraphie.

M. CLADO a employé, depuis quatre ans, le procédé décrit par M. Assaky, sans le publier. Il l'a appliqué à plusieurs reprises avec le plus grand succès.

Mais ce procédé n'est applicable que quand la muqueuse vaginale est souple, facile à mobiliser, quand la fistule n'est pas trop grande.

Dans les cas contraires, fistules calleuses, adhérentes, très larges, il vaut mieux recourir à la taille hypogastrique. L'auteur rapporte deux exemples personnels d'opérations pratiquées dans ces conditions.

URÈTHRE

M. VIGNERON fait ensuite, sur les **uréthrites suppurées**, une longue communication, qu'on peut résumer ainsi :

Très souvent, ce sont des rétrécissements uréthraux qui entretiennent les écoulements chroniques et paralysent tous les traitements; ce rétrécissement peut d'ailleurs consister en une simple étroitesse du méat.

Aussi faut-il, dans ces cas, pratiquer la dilatation en la faisant précéder et suivre de grands lavages de l'urèthre; cette dilatation doit être poussée lentement jusqu'au n° 60 des cathéters Béniqué.

Si le rétrécissement résiste, ou si la vessie est en état d'infection grave, ou si la sensibilité du canal s'oppose aux manœuvres de la dilatation, recourir à l'uréthrotomie interne.

M. JANET n'est pas de l'avis de l'orateur précédent; il croit dangereuses les manœuvres de dilatation en pleine infection; dangereuse aussi l'uréthrotomie pratiquée en pleine gonococcie. En général, grâce aux grands lavages, on arrive à débarrasser facilement l'urèthre de ses gonocoques.

REIN

M. E. CHEVALIER rapporte **deux cas d'anurie traités par la néphrotomie**. Il s'agit de deux malades opérés par la néphrotomie pour anurie, à l'hôpital Necker.

Le premier malade, âgé de dix-sept ans, en anurie depuis six jours, tuberculeux avéré, avec phénomènes douloureux sur le rein droit, est opéré en état très alarmant, le 14 janvier. Rein gauche énorme. Il est impossible d'en faire le tour, de pincer le pédicule vasculaire. Incision de 4 centimètres sur le bord convexe, exploration du bassinet. Drainage avec un gros tube de caoutchouc, opération de durée courte. Rétablissement des fonctions. La vessie rend de l'urine trois jours après.

Le malade se rétablissait, lorsqu'il survient de la granulie pulmonaire; mort le 30 janvier; autopsie. Rein droit détruit, uretère droit imperméable. Rein gauche très gros, plaie de la néphrotomie normale; uretère gauche perméable. Vessie et urèthre postérieur tuberculeux, granulie et tuberculose pulmonaire au troisième degré.

La deuxième malade est une femme de soixante-trois ans, opérée le 7 avril 1896; au quatorzième jour d'anurie calculeuse, en état de semi-coma et hypothermie, 35°7. Néphrotomie droite.

Devant l'état général grave et l'impossibilité de prendre le pédicule vasculaire, incision simple de 4 centimètres sur le bord convexe, lavage du rein, ramenant des graviers : l'exploration du rein ne donne pas sensation de calcul net. Drainage du rein avec deux gros tubes. La sécrétion se fit de suite par la plaie et se rétablit par la vessie; le 10 juin, elle se rétablit progressivement. Et, à la fin de juillet 1896, la malade, qui avait eu deux atteintes de broncho-pneumonie, sortit de l'hôpital.

Ce qui me paraît ressortir de ces faits, en dehors de la rareté de la guérison d'une anurie opérée après quatorze jours d'anurie totale, est ceci, comme MM. Demons et Pousson l'ont montré :

Quand l'état des anuriques est à un degré très avancé de gravité, qu'ils sont pour ainsi dire mourants, il faut rétablir quand même l'issue de l'urine avec le minimum d'intervention.

La cure radicale de l'hématurie, l'enlèvement du calcul, qui en est l'idéal, ne doit pas se chercher dans ces cas, s'il ne peut être obtenu qu'avec des manœuvres trop longues. Il y a là à faire ce qu'on fait dans l'anus contre-nature de nécessité, au lieu de prolonger une intervention dans des limites qui la peuvent rendre mortelle.

M. DURET cite un cas à l'appui de ce fait, qui ressort de la communication précédente, que, chez les anuriques, il faut intervenir coûte que coûte, et n'importe comment. Il a opéré un malade qui se trouvait au sixième jour d'une anurie calculeuse absolue, dans un état extrêmement grave, avec phénomènes nerveux, convulsions, etc. L'opération fut, dès l'abord, extrêmement difficile, étant donné l'obésité du malade. Puis on ne trouva finalement le rein qu'au voisinage de la colonne vertébrale (il s'agissait probablement d'un rein unique). On dut forcément se contenter d'inciser, un peu à l'aveugle, ce rein, et d'y placer des drains. On ne trouva pas de calculs, et le malade n'en rendit pas ultérieurement. Le malade guérit parfaitement.

M. LEGUEU fait, sur la **pathogénie et le traitement de l'hydronéphrose**, la communication suivante : « Par l'expérimentation, on peut réaliser l'hydronéphrose de trois façons : par des corps étrangers introduits dans l'uretère, par la ligature aseptique, ou par la mobilisation artificielle du rein avec fixation de l'uretère. J'ai réalisé l'oblitération aseptique de l'uretère, en produisant des calculs artificiels par l'ingestion d'oxamide sur des lapins, et j'ai obtenu des hydronéphroses, peu volumineuses il est vrai, parce que les lésions sont bilatérales et que les animaux meurent de bonne heure. J'ai également obtenu des hydronéphroses par la ligature complète ou incomplète de l'uretère, et j'ai constaté que les hydronéphroses ouvertes avaient une évolution plus lente, mais qu'elles atteignaient un volume plus considérable que les hydronéphroses fermées.

Trois ordres de causes sont susceptibles de réaliser l'hydronéphrose par un mécanisme identique à celui de l'expérimentation ; elle peut être produite : 1° par des compressions extérieures; 2° par des corps étrangers (calculs); 3° par des coudures ou des rétrécissements de l'uretère.

J'ai observé plusieurs cas d'hydronéphroses relevant de l'un ou l'autre de ces mécanismes : je ne veux envisager que ce qui a trait au mécanisme de l'hydronéphrose par coudure uretérale.

On admet sans conteste, depuis les travaux de Landau, que l'hydronéphrose du rein mobile est produite par une coudure ou une valvule uretérale. Des observations que j'ai pu faire, j'ai conclu, que le rein mobile s'accompagne d'une mobilité correspondante de la portion supérieure de l'uretère. L'uretère déplacé se plisse et se coude, et ces coudures sont intermittentes comme la mobilité du rein qui les entraîne. Ces coudures ne sont pas oblitérantes; pour qu'elles le deviennent, il faut une condition indispensable : la fixité de cette coudure. Cette fixité peut résulter de plusieurs causes : disposition particulière des vaisseaux, adhérences. Cette condition de la fixité de la coudure n'est que rarement réalisée, de là vient la rareté relative de l'hydronéphrose dans le rein mobile.

L'hydronéphrose ainsi constituée est une hydronéphrose ouverte; elle peut se transformer peu à peu en hydronéphrose fermée, ainsi que j'en ai observé un exemple.

La néphrorraphie est le traitement de choix de cette variété d'hydronéphrose au début. Plus tard, lorsque le rein est détruit, la néphrectomie s'impose. Elle est d'autant moins grave que, la lésion étant purement locale, il n'y a pas à craindre un retentissement sur l'autre rein, qui est, depuis longtemps, habitué d'ailleurs à un fonctionnement compensateur.

M. ALBARRAN fait remarquer que l'hydronéphrose calculeuse est moins rare qu'on ne l'admet classiquement : sans pouvoir citer le nombre exact d'hydronéphroses avec calcul, paru récemment, il a lui-même opéré deux cas. Dans l'un, il s'agit d'une malade soignée cet été à Necker et où le bassinet, qui renfermait un calcul de cystine, était dilaté et

contenait de l'urine absolument aseptique. Ce matin même, en ville, il a opéré un malade ayant un rein hydronéphrosé, et où le calcul était oxalique et sans infection.

Au point de vue du traitement, pour l'hydronéphrose de gros volume, la néphrectomie n'est pas toujours le traitement à appliquer; on peut espérer, avec une simple néphrotomie, conserver un rein fonctionnant encore. Chez une malade opérée dans le service de M. Bar, pour une uretéropyonéphrose, il persista après la néphrotomie une fistule; or, ce rein fournit actuellement de l'urine contenant le tiers de l'urée et la moitié des chlorures contenus dans la totalité des urines. Enfin, au point de vue de la fonction éliminatrice, le rein fonctionne aussi rapidement que l'autre. Cet examen a pu être fait, grâce à une sonde introduite dans l'uretère, à l'aide de la cystoscopie; cette sonde uretérale permet aussi de guérir la fistule lombaire, qui, depuis quelques jours, ne suinte plus. La néphrotomie a donc eu ici un avantage sur une extirpation du rein.

M. CARLIER (de Lille) pense aussi que M. Legueu considère peut-être comme trop rares les hydronéphroses calculeuses. Il en a observé deux cas, dont l'un particulièrement intéressant, par le fait qu'il s'agissait d'une hydronéphrose énorme occupant les 4/5 de la cavité abdominale, qu'il a traitée par la néphrotomie. La coque rénale était réduite à une épaisseur de 6 à 7 millimètres au plus. Le malade guérit parfaitement, après avoir conservé pendant quelques semaines une petite fistule. Il rendit spontanément peu après un petit calcul.

M. MONTPROFIT (d'Angers) a eu l'occasion d'intervenir dans trois cas d'hydronéphroses très volumineuses. Il s'agissait d'erreurs de diagnostic, on avait cru avoir affaire à des kystes de l'ovaire; et l'erreur ne fut reconnue qu'au cours de laparotomie. Les énormes poches hydronéphrotiques furent enlevées avec la plus grande facilité, et les malades guérirent sans aucun incident. Il se demande s'il est possible qu'une coque aussi mince que celle qu'il a vue dans ces trois cas, puisse jamais reprendre ses fonctions physiologiques. Ces hydronéphroses, très volumineuses, sont d'ailleurs faciles à enlever.

M. LEGUEU répond qu'on ne peut pas toujours conclure de l'altération macroscopique très marquée d'un rein, à la nullité de son fonctionnement. Dernièrement, il faisait une laparotomie pour tumeur abdominale sur une malade du service de M. Pozzi, à laquelle ce chirurgien avait enlevé le rein droit atteint de dégénérescence polykystique. La tumeur était constituée par le rein gauche considérablement bosselé, et transformé par une multitude de kystes dont les plus volumineux avaient le volume du poing. Cette malade, cependant, vivait d'une façon suffisante avec ce seul rein, que, d'après ses altérations, on aurait pu considérer comme absolument inutile. Il est donc possible qu'un rein très transformé soit plus utile qu'on ne pourrait le croire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le typhus exanthématique de Murchison, traduit de l'anglais et annoté (1), par L.-H. THOINOT et H. DUBIEF.

Depuis quelques années le typhus exanthématique a été découvert dans plusieurs départements français; on a dû prendre des mesures sévères pour empêcher sa propagation et son extension. Le plus souvent, il a été méconnu au début, ce qui a augmenté notablement le nombre des victimes. Les médecins français ne connaissaient guère, en effet, cette maladie que de nom et la croyaient purement exotique. Ceux d'entre eux qui se sont trouvés récemment aux prises avec le typhus ont vivement regretté de ne pas en trouver dans la littérature française une étude magistrale. MM. Thoinot et Dubief, envoyés à plusieurs reprises en mission contre des épidémies de typhus, avaient trouvé, dans le Traité de Murchison, un guide clinique parfait. Ils ont eu la bonne idée de le traduire et de le mettre ainsi à la disposition des médecins français; ils n'y ont ajouté que quelques notes. Il était nécessaire de dire, en effet, sur quels points les idées de Murchison ont vieilli. Ils l'ont fait d'une façon très sobre et, naturellement, très compétente.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel théorique et pratique d'accouchements (1), par le docteur Adrien Pozzi, professeur à l'École de médecine de Reims, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce livre s'adresse aux praticiens, aux étudiants en médecine et aux sages-femmes. Ses principales divisions comprennent : la symptomatologie et la physiologie générale de l'accouchement, l'étude clinique et pratique de la grossesse et de l'accouchement, une étude clinique des différentes présentations en particulier, la pathologie de la grossesse, la dystocie, les complications de l'accouchement et de la délivrance, la grossesse extra-utérine, les interventions obstétricales, la pathologie des suites de couches, les soins à donner à l'enfant, la pathologie du nouveau-né.

Cet ouvrage répond en outre aux programmes des examens des sages-femmes et, avec l' « Anatomie et la physiologie génitales et obstétricales » du même auteur, correspond à l'enseignement complet des maternités.

(1) In-18, cartonné à l'anglaise, avec 138 gravures dans le texte. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 7 novembre 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Boutin et Philip.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Avrilleaud, Wallerand, Caraës, Bailly et Bourdon.

— Par décret, en date du 7 novembre 1896, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — MM. Baissas et Canoville, médecins principaux de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Dupin, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Courmont, agrégé, est nommé, en outre, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée, en remplacement de M. Rodet, dont le temps d'exercice est expiré.

Le concours pour une place de chef de clinique ophtalmologique s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jacqueau, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertin-Sans, professeur d'hygiène.

— M. le docteur Willems (de Hasselt) vient d'être élu président de l'Académie de médecine de Belgique.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 12 novembre 1896, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire du journalisme médical.

La puberté chez l'homme et chez la femme, par le docteur Léon Biérent. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le diagnostic de la suggestibilité, par le docteur L. Moutin. In-8° raisin. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*
Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE MERCREDI 9 DÉCEMBRE 1896

à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 57 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et de produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1897.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 130. — JEUDI 12 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 12 NOVEMBRE 1896. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Très peu de communications et beaucoup de rapports de prix, tel est le bilan de cette séance. Signalons d'abord un travail d'ordre physiologique communiqué par M. Hanriot au milieu du bruit des conversations et dont nous n'aurions pu avoir la moindre idée si M. Gautier n'avait appelé sur elle l'attention fort distraite de l'Académie. Il s'agit pourtant d'une découverte qui mérite quelque considération. On sait de quelle façon se comportent les substances amyloïdes dans leur désassimilation. Elles passent à l'état de glycogène, de matières grasses et d'urée. On n'avait pu savoir jusqu'ici ce que deviennent les matières grasses ou plutôt de quelle façon elles se solubilisent. Or, M. Hanriot a découvert dans le sérum du sang un ferment saponificateur de ces matières grasses. M. Gautier a fait ressortir l'importance de ce fait, qui semble avoir quelque peu échappé à l'Académie.

M. Crivelli (de Melbourne) a adressé une observation de pseudo-coxalgie. Il s'agissait d'une péri-arthrite d'origine traumatique. Ces fausses coxalgies deviennent de plus en plus fréquentes, ou plutôt on les distingue mieux qu'autrefois. C'est ce qui explique, croyons-nous, des guérisons complètes apparentes, sans ankylose, d'un grand nombre de malades considérés comme ayant été atteints de coxalgie vraie.

Signalons encore :

Une observation de tumeur testiculaire guérie par gangrène intercurrente, adressée par M. le docteur Millot-Carpentier ;

Et une note sur l'emploi d'un nouveau médicament dans la thérapeutique infantile, par M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro).

Le reste de la séance a été consacré à des rapports de prix (prix Vernois, prix de l'hygiène de l'enfance et prix Portal), qui n'ont en rien gêné les conversations particulières.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. J. COMBY.

Les hémorragies dans la vulvo-vaginite des petites filles (1).

La vulvite et la vulvo-vaginite des petites filles sont très communes. Tantôt l'inflammation est légère et l'écoulement modéré; la vulvite semble dénuée de toute spécificité, relevant des microbes ordinaires de la suppuration (streptocoques, staphylocoques, et quelquefois bacilles du côlon).

Tantôt la maladie dérive d'une contagion gonococcique et l'inflammation, loin de se cantonner à la vulve, envahit l'urèthre, le vagin et même la vessie et la cavité utérine.

C'est dans cette dernière variété de vulvo-vaginite à gonocoques qu'on est exposé à rencontrer des hémorragies.

Trois fois, cette année, j'ai reçu dans mon service des fillettes atteintes de vulvo-vaginites hémorragiques.

Dans deux cas, il s'agissait d'enfants déjà grandes (six et huit ans), entrées à l'hôpital avec le diagnostic *métrorragies*. Or, ces enfants avaient l'hymen intact et il était facile de voir que le sang ne provenait pas du vagin, mais de quelques bourgeonnements fongueux entourant l'orifice uréthral. En même temps, ces fillettes étaient atteintes d'un écoulement purulent à gonocoques.

N'ayant pas retrouvé l'observation détaillée de ces deux cas, je me contenterai de les mentionner, et je vais insister sur le troisième.

Une fillette de deux ans et demi entre à la salle Blache, le 23 mars 1896. Prise de rougeole le 6 mars, elle avait été reçue au pavillon d'isolement et en était sortie le 19. Ce même jour, sa mère s'aperçut qu'elle avait des taches jaunâtres sur sa chemise et qu'elle perdait en blanc.

Le lendemain, il y avait du sang, et la mère, effrayée, nous conduisit son enfant. Des injections répétées au permanganate de potasse à 1 p. 4, p. 2, p. 1000, firent cesser l'écoulement purulent, mais non les hémorragies vulvaires qui, sans être très abondantes, ne laissaient pas que d'inquiéter un peu. D'autre part, le thermomètre dépassait tous les soirs 40 degrés et tombait le matin à 38 degrés et au-dessous. Cette fièvre rémittente persista pendant huit jours et ne céda définitivement qu'aux lavages répétés faits avec le permanganate de potasse à 1 p. 1000 (1er avril).

Examinant avec soin la vulve de l'enfant, je constatai qu'il était impossible de voir l'orifice de l'urèthre; il était, en effet, dissimulé par des bourgeons charnus, friables et

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

saignants. Au-dessous de ce bourgeonnement fongueux, l'entrée du vagin était intacte et il était facile de voir que le sang ne venait pas de ce conduit. Il n'y avait donc pas de métrorragie. Je pris une sonde molle en caoutchouc et je l'introduisis au milieu du bourgeonnement signalé plus haut; je pénétrai ainsi sans peine dans la vessie, l'urine s'écoula aussitôt par le pavillon de la sonde. En même temps, un saignement superficiel assez abondant se fit autour de la sonde, sur la vulve, l'urine restant toujours claire. Il était dès lors évident que les hémorragies avaient pour point de départ l'orifice de l'urèthre. Quelques cautérisations au nitrate d'argent firent rétracter les bourgeons uréthraux et l'enfant fut bientôt guérie.

Voilà donc une complication inusitée de la vulvo-vaginite des petites filles, sur laquelle il est bon d'appeler l'attention. D'après ce que j'ai vu, cette hémorragie est vulvaire, superficielle, uréthrale; elle n'a pas pour point de départ le vagin ni l'utérus; ce n'est pas une métrorragie.

Elle guérit bien par le traitement antiseptique de la vulvo-vaginite combiné avec des cautérisations de la surface saignante.

Mon collègue, M. Broca, qui observe dans le même milieu que moi, avait déjà signalé cette manifestation morbide sous le nom de *prolapsus de l'urèthre chez les petites filles*, et le docteur A. Pourtier a récemment soutenu une thèse (Paris, 1896) sur le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme. Pour bien fixer les idées à ce sujet, je demande la permission de résumer ces travaux.

Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles, par le docteur Broca (*Annales de gynécologie*, mars 1896).— Une fillette de six ans perdait du sang par la vulve depuis trois jours : suintement léger, mais continu, tachant légèrement la chemise.

L'enfant avait gardé le lit pendant quinze jours pour une bronchite quinteuse, et c'est le jour même où elle s'était levée que l'hémorragie avait apparu.

L'examen de la vulve montre que tout est normal, sauf au méat urinaire, où se montre un petit bourrelet rouge enflammé. Il y avait un prolapsus léger et circulaire de la muqueuse uréthrale. Il a suffi de cautériser le bourrelet pendant trois jours avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 pour arrêter l'hémorragie.

Tel est le processus uréthral au premier degré; s'il était négligé, on pourrait avoir une tumeur fongueuse et violacée atteignant le volume d'une noisette ou d'une noix. Les symptômes qui attirent l'attention sont : écoulement de pus et de sang, dysurie, gêne dans la marche.

Chez une autre fillette, vue par le même auteur, la mère avait cru à un viol, et avait porté plainte en justice. Or, l'hymen était intact, et, en introduisant une sonde dans la tumeur, on pénétrait dans la vessie.

D'après une statistique de Kleinwœchter, 66 p. 100 des sujets atteints de prolapsus uréthral ont de un à quinze ans; 22 p. 100 ont de quarante-sept à soixante-quinze ans; c'est donc aux extrêmes de la vie qu'on rencontre l'affection.

Les causes, chez l'enfant, sont les efforts de toux, la vulvite avec uréthrite et dysurie. Quand la tumeur est grosse et irréductible, il faut l'exciser au bistouri avec suture exacte. Quand il n'y a qu'un léger gonflement, la cautérisation au nitrate d'argent suffit.

Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme, par le docteur A. Pourtier (Th. de Paris, 1896). — Exceptionnel chez la femme adulte, le prolapsus uréthral présente son maximum de fréquence aux deux extrêmes de la vie (femmes âgées, filles de deux à quinze ans). On a indiqué, comme cause déterminante, les efforts de toux (bronchite coqueluche), la masturbation, les catarrhes des voies génito-urinaires, les métrites, les vulvo-vaginites, etc. Le prolapsus se manifeste d'abord par une petite tumeur, de petits bourgeons latéraux à l'embouchure de l'urèthre. Puis la muqueuse fait fortement saillie et peut devenir irréductible. A la période d'état, on constate au niveau du méat urinaire une tumeur vasculaire de couleur rouge sombre, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un œuf de pigeon. Son volume augmente par les efforts et par la miction. L'orifice de l'urèthre est situé au centre de cette tumeur. Les symptômes causés par cette lésion sont des *douleurs* et des *hémorragies*. Mais les hémorragies sont seules constantes; elles se produisent au moindre attouchement et peuvent être très abondantes.

Le traitement sera médical au début, quand le prolapsus est peu prononcé et réductible. Quand la tumeur sera irréductible, elle devra être excisée au bistouri et détruite par le thermocautère ou par le galvanocautère.

Les recherches de M. Broca, de M. Pourtier, les observations que je présente aujourd'hui montrent qu'il faudra compter désormais avec les hémorragies vulvaires qui peuvent accompagner la vulvo-vaginite des petites filles. Il faudrait bien se garder de prendre ces hémorragies pour de véritables métrorragies pathologiques ou pour des exemples de menstruation prématurée; cette erreur a été commise souvent : il est facile de l'éviter aujourd'hui par un examen local.

Dans la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles, l'inflammation peut se propager du vagin à l'urèthre, remontant plus ou moins loin dans ces deux directions.

Quand l'inflammation se propage à l'urèthre, elle détermine quelquefois un bourgeonnement de la muqueuse du méat ou un renversement, un prolapsus de la muqueuse uréthrale (faits de M. Broca). Ce bourgeonnement ou ce prolapsus se présente sous forme d'une petite masse molle, très vasculaire, qui saigne au moindre frottement, au moindre contact.

Il est facile de s'assurer que l'hémorragie part de là, et que l'orifice vaginal ne livre passage à aucun flux sanguin. Il n'y a donc ni règles anticipées, ni ménorragies, ni métrorragies proprement dites.

Cette petite complication de la vulvo-vaginite infantile n'est pas grave, la perte de sang n'est jamais très abondante, et les cautérisations de la surface saignante, combinées avec des lavages antiseptiques, amènent rapidement la guérison.

Toutefois, dans quelques cas, le prolapsus forme une tumeur irréductible qu'on est obligé de traiter chirurgicalement, d'après les observations de M. Broca.

ASSOCIATION FRANÇAISE
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS UROLOGISTES

Première session.

REIN

M. ALBARRAN fait, sur la **physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente**, la communication qui suit :

« On admet généralement que, dans les crises d'hydronéphrose intermittente, la succession des phénomènes est la suivante : obstacle à l'excrétion de l'urine; accumulation

du liquide dans le bassinet; rétention rénale avec distension et augmentation de volume du rein; crise, puis évacuation du liquide et cessation de la douleur. C'est l'urine retenue qui augmente le volume du rein, c'est la débâcle du liquide emmagasiné dans le bassinet qui constitue la polyurie. A mon avis, cette interprétation n'est pas juste.

Augmentation de volume du rein. — A côté de la distension rénale par l'urine accumulée, il faut faire jouer un rôle très important à l'augmentation de volume du rein due à la congestion; dans les premières phases de la maladie, les phénomènes congestifs priment la rétention rénale, et, en les méconnaissant, on s'expose à se tromper sur le degré de l'hydronéphrose.

Dans des expériences pratiquées avec M. Guyon, nous avons montré que la rétention vésicale complète de l'urine détermine une congestion rénale qui augmente d'un tiers le volume du rein. Cette congestion peut déterminer de l'hématurie rénale. Dans la ligature complète de l'uretère, j'ai montré que, dans les premières heures, le rein augmente beaucoup de volume, alors que la quantité de liquide retenue est peu considérable. J'ai opéré une malade qui, depuis quatre ans, avait des crises d'hydronéphrose intermittente avec polyurie terminant la crise (1 litre et demi dans une heure), or, le rein ne présentait pas de traces de dilatation : il en fut de même chez une autre malade dont les crises duraient depuis quatorze mois. J'ai en outre opéré deux malades qui, tout en ne présentant pas des crises caractérisées d'hydronéphrose intermittente, avaient des reins un peu descendus : chez tous deux, le rein congestionné avait un volume à peu près le double qu'à l'état normal.

Cette congestion rénale dans les crises de rein mobile, avec ou sans hydronéphose, peut déterminer de l'hématurie en dehors de toute néphrite coexistante. J'en ai observé trois cas : l'un chez un des derniers malades cités; une autre fois chez un autre malade avec hydronéphrose intermittente et rein dilaté; enfin, dans un troisième cas, chez une hystérique dont les crises douloureuses d'un rein peu mobile s'accompagnent d'hématurie et d'augmentation de volume du rein. Ces faits sont importants à connaître au point de vue du diagnostic différentiel des calculs du rein et certaines névralgies hématuriques.

En résumé, l'augmentation de volume du rein dans les crises d'hydronéphrose intermittente dépend, dans les premières périodes de la maladie, plus de la congestion que de la rétention rénale; dans les périodes plus avancées, la rétention joue un grand rôle, mais la congestion contribue à augmenter le volume du rein.

Polyurie. — Il me paraît facile de démontrer qu'il ne s'agit pas, dans la polyurie post-critique, d'une simple débâcle de l'urine accumulée. Il suffit de parcourir un certain nombre d'observations pour voir qu'il n'y a pas de relation entre l'abondance de l'urine émise et le volume du rein. Une de mes malades est très démonstrative à cet égard. Pendant les crises, le rein paraissait avoir le volume du poing; à la fin de la crise, elle urinait en moins d'une heure jusqu'à un demi-litre d'urine. A l'opération, je constatai que le rein n'était pas dilaté. La polyurie dépend, beaucoup plus que de la débâcle du liquide accumulé, d'un accès de sécrétion après la crise. En dehors des considérations précédentes, nous avons démontré cliniquement et expérimentalement, M. Guyon et moi, l'abondante polyurie qui suit les crises, rétentions complètes d'urine. Cette polyurie est comparable à la sécrétion rénale exagérée qui suit, dans certains cas, l'oligurie ou l'anurie calculeuse, lorsqu'on enlève le calcul. »

M. DURET (de Lille) communique une observation de **volumineuse pyonéphrose très ancienne, fibro-cartilagineuse, chez un homme de quarante-sept ans, suivie de guérison.** Le malade n'accusait, quand on le vit pour la première fois, aucun trouble urinaire, ni au moment de l'observation, ni plus tard. Les urines étaient limpides. Une tumeur dure, volumineuse, occupait la moitié latérale gauche de l'abdomen et remontait, par son pôle supérieur, derrière les fausses côtes. La hauteur totale de la tumeur était de 35 centimètres.

Elle fut découverte dans l'exploration de l'abdomen, à propos d'un état gastrique. Le malade avait, en outre, des sueurs et une légère fièvre le soir. On porta le diagnostic de pyonéphrose, à cause du léger état fébrile et du siège de la tumeur; de plus, le patient maigrissait peu à peu, et ne s'était jamais bien porté depuis une attaque grave d'influenza, remontant à cinq ans.

On pratiqua l'incision de la région lombaire, puis l'incision des parois de la poche. Il s'en écoula 2 litres d'une matière épaisse, grisâtre, puriforme, ayant l'aspect et la consistance d'une purée de marrons. Le doigt introduit dans la plaie démontre qu'il y avait trois ou quatre poches de grand volume, à parois de plusieurs millimètres d'épaisseur et de consistance fibro-cartilagineuse; on ne put découvrir le rein.

Ces énormes poches, très adhérentes aux parties voisines, furent extraites par morcellement. Le pédicule fut lié après qu'on eût formé cinq paquets distincts. Après l'extirpation, on ne trouva nulle part de traces du parenchyme rénal.

Il s'agit évidemment, dans ce cas rare, d'une poche très ancienne d'une hydronéphrose transformée, et, vu l'absence de passé urinaire, comme remontant sans doute au premier âge. Il est possible qu'une infection secondaire ait déterminé la transformation puriforme.

URÈTHRE, PROSTATE

M. REBOUL (de Nîmes) communique une observation de **végétations polypoïdes de l'urèthre** et de la vessie chez une femme, ayant nécessité, pour leur ablation, une uréthrotomie externe et une taille hypogastrique. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, opérée une première fois à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, en mai 1894, pour une végétation polypoïde volumineuse du méat et qui présentait, en octobre 1895, en outre d'une rétention d'urine avec regorgement et urines ammoniacales et purulentes, des végétations polypoïdes du méat, de l'urèthre et de la vessie. Ces tumeurs étaient accompagnées d'hémorragies assez abondantes et d'une dysurie absolue; le cathétérisme était difficile, douloureux. Une taille hypogastrique fut pratiquée le 2 novembre; elle permit d'enlever des végétations siégeant sur la face antérieure et le col de la vessie. Un méat hypogastrique fut ensuite installé, afin de mettre complètement l'urèthre au repos. Sous cette influence et sans traitement direct, les végétations polypoïdes de l'urèthre diminuèrent progressivement, les phénomènes de cystite et l'uréthrorragie disparurent, et la malade put sortir guérie de l'hôpital, fin décembre. A la suite, il s'est produit un rétrécissement fibreux de l'urèthre, rétrécissement qui a nécessité la dilatation à l'aide des béniqués. Actuellement, près d'un an après l'in-

tervention, la malade peut être considérée comme guérie.

M. Reboul insiste sur cette variété de végétations polypoïdes de l'urèthre chez la femme, où ces tumeurs, bénignes au point de vue anatomo-pathologique, évoluent et récidivent tout comme des tumeurs malignes. Le méat hypogastrique temporaire qu'il a établi, lors de la seconde opération, lui a rendu service. Sous l'influence de la dérivation du cours de l'urine, les végétations polypoïdes de l'urèthre ont diminué progressivement sans traitement direct, et cela sans récidive près d'un an après.

M. H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) communique **deux cas d'intervention contre l'hypertrophie de la prostate :**

1° Rétention d'urine, hypertrophie considérable de la prostate. Résultat imparfait.

Il s'agit d'un homme de soixante-six ans, atteint de rétention d'urine avec cathétérisme fort difficile, par suite d'une hypertrophie spécialement localisée sur le lobe médian. La castration amena rapidement l'atrophie de la prostate ; mais le fonctionnement se rétablit fort lentement, ce que l'auteur attribue à l'absence d'atrophie du lobe médian.

2° Rétention d'urine, résection des canaux déférents, rétablissement des fonctions avec atrophie considérable de la prostate.

Homme de soixante-seize ans, qui entre à la clinique chirurgicale de Clermont-Ferrand, avec une rétention aiguë et une énorme hypertrophie prostatique.

On lui fit la résection des canaux, dès le deuxième jour le malade commence à uriner ; un élève du service lui fait une vaste fausse route, la sonde à demeure est remise. Malgré ce traumatisme, dès le quatrième ou cinquième jour, le malade urine seul; depuis cette époque, la prostate a notablement diminué de volume et la miction est restée facile.

M. CARLIER n'a jamais observé de résultats à la suite de la résection des canaux déférents. M. Bousquet a eu affaire à un malade qui avait été très mal soigné ou pas du tout auparavant. Bien soigné, cathétérisé régulièrement pendant quelques jours, ses fonctions vésicales se sont rétablies. Il n'y a là rien d'extraordinaire et que l'on puisse mettre à l'actif de la résection des canaux déférents.

Il a pratiqué sept fois, depuis un an, la résection des canaux déférents chez six malades atteints d'hypertrophie de la prostate, et chez un malade non prostatique, mais âgé et entré dans son service pour un rétrécissement large de l'urèthre. Ses malades n'ont pas été favorablement influencés par cette intervention, et leur dysurie a persisté, aussi accusée qu'avant l'opération. Il croit donc peu à l'influence de la résection des canaux déférents sur l'hypertrophie de la prostate.

Il ajoute qu'il a été surpris que le rétréci, auquel il avait pratiqué la même opération, ait paru, au contraire, en bénéficier, car ce malade a mieux uriné; depuis lors, le résidu urinaire de la vessie a été moins considérable, et l'état des urines s'est amélioré.

Il a renoncé aux incisions pratiquées tout le long du cordon à sa sortie du canal inguinal. Il a recours à une toute petite incision faite au-dessous de la racine de la verge, à la partie supérieure du raphé des bourses. Par cette incision, il va à la recherche du canal déférent du même côté; il lui suffit d'effondrer légèrement la cloison des bourses pour saisir le canal déférent du côté opposé. Un crin de Florence suffit pour fermer cette petite incision, et les malades se lèvent le lendemain.

M. CHEVALIER dit que l'évacuation régulière de la vessie amène très habituellement des décongestions considérables de la prostate, pouvant atteindre presque la moitié du volume primitif de la glande.

M. GUIARD pense, comme les auteurs précédents, que la prostate se décongestionne dans de très larges proportions à la suite des traitements habituels. Il cite l'observation d'un malade, atteint de rétention chronique avec distension, qui, à la suite d'un traitement par le cathétérisme, est revenu assez rapidement à la miction spontanée.

Il a observé un malade, âgé de soixante-dix-sept ans, atteint de rétention complète, chez lequel la prostate offrait un volume et une consistance ferme tels qu'il a cru pouvoir déclarer à la famille, au bout de trois semaines, que la rétention serait définitive. Cependant, trois mois plus tard, le malade revient lui dire qu'il urinait fort bien, et même qu'il vidait complètement sa vessie; sa prostate avait subi une diminution de volume considérable. Il n'est pas douteux que, s'il avait castré cet homme, il aurait pu le compter comme un beau succès à l'actif de la castration.

M. LOUMEAU a pratiqué quatre fois la résection des canaux déférents sur des prostatiques atteints depuis plusieurs années de rétention complète. Comme résultat, prostate, testicule, rétention ont persisté comme par le passé. Mais deux de ces malades ont pourtant retiré un avantage de l'opération : ils avaient eu, à plusieurs reprises, des orchites par cathétérismes; actuellement, ils ne sont plus exposés à cette complication. La résection des canaux déférents a donc été un palliatif atténuant les effets graves du cathétérisme, conformément à l'opinion émise l'année dernière, au Congrès de chirurgie, par M. le professeur Guyon.

M. BOUSQUET revient encore sur son observation. Le traitement par le cathétérisme n'a été que peu prolongé : il est interrompu depuis longtemps. La diminution de la prostate a continué après la cessation du passage des sondes; elle semble bien due à la résection des canaux.

L'adénite sus-claviculaire cancéreuse est observée dans la plupart des cancers viscéraux (estomac, intestin, foie, utérus). M. CARLIER a observé cette **adénite sus-claviculaire dans un cas de cancer de la prostate**, chez un malade âgé de trente-huit ans, et qu'il a vu deux ans après le début de ses accidents urinaires. L'adénite existait, à cette époque, sous la forme d'un ganglion dur, mobile, indolent, gros comme un œuf de pigeon, et situé dans le voisinage immédiat de la partie moyenne de la clavicule.

Le malade est mort sans intervention et sans avoir présenté, à aucun moment, les symptômes d'une lésion cancéreuse de l'estomac.

Il croit que cette adénite se rencontre uniquement dans le carcinome de la prostate, et, en particulier, dans la variété encéphaloïde. Le sarcome, qui est la variété la plus souvent observée chez l'enfant, ne présente sans doute pas cette tendance ganglionnaire envahissante.

M. ÉRAUD (de Lyon) pense qu'il existe entre la **blennorragie** — maladie de jeunesse — et, d'autre part, le **prostatisme** — maladie de vieillesse — une relation assez fréquente. Ainsi, quand on examine certains malades, âgés de cinquante, soixante, soixante-dix ans, qui viennent consulter pour des troubles urinaires spéciaux, on est frappé de rencontrer chez ces malades des lésions, des symptômes qui

vous ramènent de plusieurs années en arrière. Car, d'après la nature de leurs accidents, et, vu surtout leur âge avancé, on est porté à poser le diagnostic d'hypertrophie prostatique; que si, pourtant, on recueille leur sécrétion uréthrale, et si on les fait pisser de façon à avoir les premières parties de l'urine, ainsi que leur résidu urinaire prostatique, on est surpris de trouver des grumeaux, des filaments, qui, examinés au microscope, présentent une composition riche en leucocytes plus ou moins jeunes, au milieu desquels on peut déceler, dans quelques cas, rares il est vrai, des gonocoques soit épars, soit réunis par groupes de deux, trois, mais toujours en petit nombre. Somme toute, de par cet examen, on est amené à conclure qu'on se trouve en présence de lésions qui rappellent, en tous points, une blennorragie plus ou moins ancienne.

De plus, si, par le toucher rectal, on s'applique à bien étudier la configuration, la consistance, la sensibilité de la prostate, on reconnaît que, tout en étant plus ou moins augmentée de volume, cette prostate ne présente pas la dureté ligneuse, fibreuse, qu'offre, en général, une prostate vraiment hypertrophiée.

Une dernière preuve se tire du traitement. C'est ainsi que, chez ces mêmes malades, alors que la sonde utilisée pour évacuer leurs urines ne leur procure souvent pas de bénéfice, voire même les irrite, on voit, par contre, les moyens calmants et décongestifs (suppositoires, lavements, instillations) produire une réelle amélioration, soit dans l'évacuation de leurs urines, soit dans le nombre de leurs mictions.

Il ne semble pas qu'on puisse considérer ces malades comme atteints d'une hypertrophie prostatique vraie, même commençante. Il y a donc lieu de procéder à des démembrements dans cette maladie très complexe qui a pour nom générique hypertrophie de la prostate, car nous n'en connaissons pas encore bien les modalités diverses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

Péri-arthrite coxo-fémorale simulant la coxalgie. — M. DUPLAY communique une observation, adressée par M. Crivelli (de Melbourne), dans laquelle il s'agit d'un enfant de dix ans qui, quatre mois après une chute violente sur la hanche, ressentit de vives douleurs et ne put plus marcher que très difficilement. Malgré un repos absolu, le petit malade présenta peu à peu tous les caractères de la coxalgie. Cependant les mouvements de l'articulation coxo-fémorale n'étaient pas absolument abolis. Le pli de l'aine était à peine effacé et la tuméfaction occupait surtout la région externe et postérieure de la hanche. A ce niveau la peau était chaude et légèrement rouge; il existait de l'empâtement profond et la pression y était extrêmement douloureuse. Absence de douleur à la pression du côté de la tête coxo-fémorale et de la cavité cotyloïde, et dans les mouvements de refoulement de la tête fémorale de bas en haut, par percussion sur le genou fléchi ou sur la plante du pied. Les douleurs d'irradiation du côté du genou faisaient également défaut. Phénomènes généraux graves.

M. Crivelli conclut à une péri-arthrite de la hanche provoquée par la contusion et le surmenage.

Le traitement consista en repos absolu dans le décubitus horizontal, sans appareil; pointes de feu.

Au bout de quinze jours, il y eut amélioration notable, mais l'attitude vicieuse persistait; sous l'influence d'un large vésicatoire appliqué sur la région trochantérienne, l'amélioration s'accentua de plus en plus. Les mouvements spontanés et communiqués se rétablirent peu à peu.

L'enfant revint en France guéri. Depuis, sous l'influence de fatigues et d'une atteinte de grippe, les accidents réapparurent, et deux chirurgiens de Lille diagnostiquèrent une coxalgie et portèrent un pronostic grave. Malgré cela les parents se contentèrent de mettre l'enfant au repos et le ramenèrent en Australie où M. Crivelli a pu se convaincre que la guérison se maintenait parfaite.

Cette observation rentre donc dans les pseudo-coxalgies. Sans parler des coxalgies nerveuses ou hystériques, il existe, en effet, toute une série d'affections péri-articulaires de la hanche, avec intégrité de la jointure, qui donnent lieu à un ensemble de symptômes simulant d'une façon plus ou moins parfaite la coxalgie.

Ces péri-arthrites de la hanche affectent soit les parties molles et plus particulièrement les bourses séreuses de la région, soit le squelette et principalement le grand trochanter.

C'est principalement par l'étude très attentive des divers symptômes objectifs, fournis par l'exploration directe de l'articulation et de l'extrémité supérieure du fémur, que l'on parviendra à reconnaître que la jointure est indemne. Le siège du gonflement et surtout la localisation de la douleur à la pression offrent à ce point de vue une importance capitale.

Emploi de l'analgène. — M. CADET DE GASSICOURT lit un travail de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) sur l'emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile. C'est une poudre blanche, cristallisée, insipide, insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans l'eau acidulée. Ce médicament possède les propriétés antithermiques, analgésiques antinervines sans offrir le moindre danger. M. Moncorvo l'a employé dans les fièvres paludéennes et, sur 59 sujets, il compte 33 cas de malaria. Sous l'influence de ce médicament, la température s'abaisse et les accès de fièvre sont promptement coupés. M. Moncorvo l'a également employé dans diverses maladies d'origine infectieuse ou nerveuse. Jamais il n'a eu à constater le moindre accident. Les doses ont varié de 25 centigrammes à 3 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le ferment saponificateur des graisses. — M. HANRIOT fait une communication sur ce sujet. Il a constaté que la solubilisation des graisses dans l'organisme se fait surtout au moyen d'un ferment provenant du sérum du sang.

Les féculents se transforment, on le sait, en graisse, mais comment se solubilisent ces graisses, de façon à pouvoir être assimilées? On a prétendu que c'était au moyen de sels alcalins. Or, M. Henriot a essayé de laisser en présence pendant fort longtemps des graisses et des solutions alcalines et il n'a rien obtenu.

Afin de pouvoir exécuter plus facilement ses recherches, il a employé un corps gras découvert par M. Berthelot et qui est soluble dans l'eau : la monobutyrine.

Si, à une solution de ce corps, on ajoute un peu de sérum, le milieu devient acide, par suite de mise en liberté d'acide butyrique, et peu à peu le corps gras est complètement décomposé.

On s'aperçoit que, si on chauffe à 90 degrés le sérum, il ne peut plus agir sur le corps gras. D'autre part, on peut remarquer que 5 gouttes suffisent pour transformer une quantité considérable de monobutyrine. Enfin, la transformation est plus rapide et plus complète si on augmente la quantité de sérum. Ces particularités permettent d'affirmer qu'on a affaire à un ferment.

Quels sont les organes dont les extraits donnent le plus

de ce ferment? M. Hanriot a fait des extraits des divers viscères et il a pu ainsi constater que le sérum, le pancréas et le foie seuls se montrent riches en ferment et probablement encore le foie doit-il son action au sang qu'il contient.

M. GAUTIER fait ressortir tout l'intérêt de la communication de M. Hanriot. On sait, en effet, dit-il, de quelle façon se fait la désassimilation des substances amyloïdes. On sait que ces substances passent à l'état de glycogène, de substances grasses et d'urée. Nous savons ce que devient l'urée, ce que devient la glycogène, mais nous ne savions pas comment se transforment les matières grasses. Or, M. Hanriot vient de nous l'apprendre. Dans le sérum du sang, il existe un élément de désassimilation de ces matières grasses. C'est le ferment saponificateur dont M. Hanriot vient de démontrer l'existence.

RAPPORTS

Prix Vernois. — M. LEREBOULLET donne lecture du rapport sur les travaux adressés pour le prix Vernois.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. CHARPENTIER lit le rapport sur les ouvrages pour le prix de l'hygiène de l'enfance.

Prix Portal. — M. CORNIL lit un rapport sur les travaux envoyés pour le prix Portal.

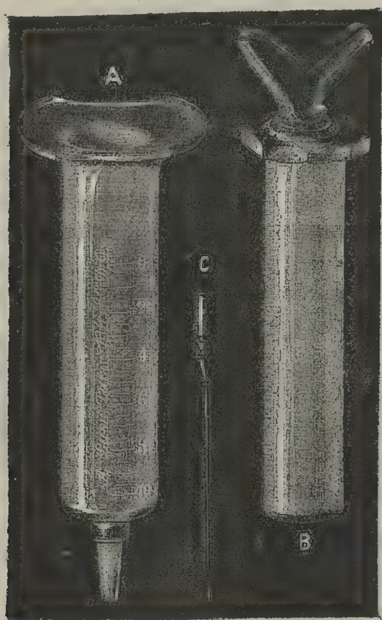
PRÉSENTATION

Seringue à injections. — M. BERGER présente une seringue à injections, très facile à stériliser, fabriquée par M. Wulfing-Lüer.

Cette seringue, complètement en cristal, se compose uniquement d'un cylindre fermé remplissant l'office de piston et d'un cylindre ouvert comme tout corps de seringue. Elle se distingue de tous les modèles connus par l'extrême simplicité de ses éléments, et par l'homogénéité et l'asepsie de la matière dont elle est faite. Elle l'emporte, en outre, sur les autres seringues :

1° En ce que, avec elle, on n'a plus à se préoccuper du renouvellement continuel du piston, nécessité qui constitue le principal inconvénient des autres systèmes;

2° Par la suppression d'un lubréfiant quelconque, destiné à faciliter le glissement du piston et à le maintenir étanche.



Comme ce système repose sur un phénomène de capillarité, l'emploi de matières onctueuses devient inutile pour prévenir le reflux du liquide injecté entre les parois du piston et du corps de la seringue ;

3° Par l'assurance que nulle parcelle du piston ne se désagrégera et ne pourra être entraînée par le liquide injecté à travers les tissus ou dans les veines du malade, comme cela s'est malheureusement produit avec quelques pistons encore usités;

4° Par la facilité avec laquelle on en obtient la stérilisation. M. le docteur Malassez a soumis cette seringue à une température de 125 degrés dans l'eau chauffée à l'autoclave, et elle y a parfaitement résisté, grâce aux soins particuliers avec lesquels est recuit le cristal après l'achèvement de la seringue.

LECTURE

Tumeur testiculaire guérie par gangrène. — M. LABORDE communique une observation adressée par M. Millot-Carpentier. Il s'agit d'une énorme tumeur testiculaire de nature indéterminée développée en quinze ans chez un vieillard de soixante-dix-huit ans. Comme il s'était produit un énorme œdème des régions scrotale et pénienne, l'auteur y pratiqua une série de mouchetures et malaxa les parties infiltrées. Après huit jours, il se produisit une plaque de sphacèle à la partie inférieure du scrotum avec élévation de la température générale. Bientôt se produisit une adhérence complète des parties superficielles et de la tumeur profonde.

Alors, peu à peu, M. Millot-Carpentier enleva les parties mortifiées. Au fur et à mesure que l'élimination se faisait la tumeur diminuait sous l'influence, probable, des ptomaïnes créées par la gangrène et absorbées sur place, et en présence de l'intervention leucocytique causée par le nouveau processus.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale [Hôtel-Dieu, 1894-1895 (1)], par le docteur Pierre MARIE.

M. Pierre Marie s'était surtout fait connaître par ses travaux sur des sujets de neuropathologie. Chargé du service de clinique de l'Hôtel-Dieu, pendant l'année scolaire 1894-1895, il y a fait un enseignement très brillant, avec un légitime succès. Il en a écarté les sujets habituels de ses études antérieures; il n'y a guère été question des maladies du système nerveux. Quelques-unes de ses leçons ont été rédigées et réunies dans le présent volume; elles portent sur le rhumatisme chronique infectieux et arthritique, sur certaines déformations thoraciques, sur les diabètes sucrés, sur le diabète bronzé, l'albuminurie cyclique, la cyanose congénitale par malformations cardiaques et la neuro-fibromatose généralisée.

S'il a fait des leçons sur ces différents sujets, ce n'était pas seulement pour faire acte d'érudition, pour faire à propos de tel ou tel sujet de pathologie un exercice oratoire n'ayant que le mérite de la compilation et le brillant d'un exposé ingénieux, mais parce qu'il avait réellement quelque chose de nouveau et de personnel à dire.

Nous avons lu avec un intérêt tout particulier les leçons sur le rhumatisme chronique, sur les diabètes sucrés et sur l'albuminurie cyclique.

D'assez nombreuses figures se trouvent jointes au texte, elles seront très utiles pour faire bien saisir ce que sont les déformations extérieurement appréciables du rhumatisme chronique et de la neuro-fibromatose généralisée.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

— M. Bonnaire, agrégé, commencera ses conférences d'obstétrique le jeudi 12 novembre, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure (au lieu des lundis, mercredis et vendredis indiqués à l'affiche générale).

— M. le professeur Tarnier commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 14 novembre, à neuf heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 131. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1896. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des diverses lésions produites chez l'homme par les projectiles des armes à feu de petit calibre.

Par le docteur J. HUGUET,
Médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger,
Lauréat de la Société de chirurgie.

Nous étudierons successivement dans ce travail (1) :

A. Les lésions des parties molles;

B. Les lésions des os et des articulations;

C. Les lésions des vaisseaux et des nerfs;

D. Les lésions des principaux organes;

E. Les données générales sur la mortalité; la répartition des blessures suivant leur siège, et le rôle des petits projectiles dans l'infection des plaies;

F. L'urgence des premiers secours dans les guerres futures et la fréquence des cas de mort par le fait des hémorragies;

G. Les différentes théories émises sur la balle humanitaire et la limite maxima de réduction des armes de guerre;

H. Les balles tubulaires; les cartouches à blanc, leurs blessures et complications.

I

A. **Lésions des parties molles.** — ORIFICES D'ENTRÉE. — Les orifices d'entrée se présentent d'ordinaire sous l'aspect d'une perforation nette, circulaire ou légèrement ovalaire, à bords lisses, unis, quelquefois taillés en biseau et comme enlevés à l'emporte-pièce.

Ces orifices sont d'un diamètre égal (aux moyennes distances), ou un peu inférieur (à des distances éloignées) à celui de la balle (2). D'après M. le professeur Delorme, l'orifice d'entrée ne serait plus que de 3 millimètres à 1 600 mètres. Ce qu'il importe de retenir, c'est que le trou d'entrée a des dimensions relativement faibles. Habart a bien observé ce fait sur les blessés de Nürschau (ouvriers sur lesquels les troupes durent tirer); on croyait, au premier abord, avoir affaire à des plaies par balles de revolver.

Exceptionnellement, l'orifice est elliptique, lorsque la balle a pénétré obliquement dans les tissus; il peut aussi, dans ce cas, être angulaire à bords dentelés (Von Coler et Schjerning).

Au pourtour du trou d'entrée, les téguments sont contus sur une étendue de quelques millimètres et fournissent le plus souvent une eschare, même sous des pansements antiseptiques (Delorme). Cette érosion circulaire, qui se présente sous l'aspect d'une zone brune, noirâtre, s'observe à la suite des coups de feu tirés aux moyennes et surtout aux courtes distances (1). Habart et Reger la considèrent, non comme un indice de brûlure, mais comme le résultat de la « mâchure énorme » et de la mortification des tissus. Ce qui, d'après Habart, rendrait une semblable explication encore plus plausible, c'est que, dans certains cas, on trouve la même coloration à l'orifice de sortie.

ORIFICES DE SORTIE. — Les orifices de sortie sont, soit régulièrement circulaires (2), soit de forme variée, en étoile, en L, en T, en Z, suivant les régions traversées. Les bords sont irréguliers, déchirés, éversés en dehors. Il est exceptionnel de rencontrer, ainsi que la chose a été publiée pour un cas de blessure produite par le Metford Lée, les deux orifices d'entrée et de sortie de 6 millimètres de diamètre, « circulaires et tellement identiques qu'on ne pouvait reconnaître le trou d'entrée ou le trou de sortie de la balle ».

On peut dire qu'en général c'est l'orifice d'entrée qui est plus petit que l'orifice de sortie. Quand les balles ont une grande vitesse, ils peuvent avoir des dimensions peu différentes et parfois les mêmes caractères (3). Les dimensions

---

(1) Les armes à feu de petit calibre, l'action des projectiles sur les différents milieux et leurs effets généraux sur l'homme ont fait l'objet d'une précédente Revue générale. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, n° 46.

(2) D'après La Garde, la différence serait seulement apparente.

(1) Cette zone mesure le plus souvent de 1 à 2 millimètres; mais elle peut aller jusqu'à 1 centimètre, à une distance de 300 pas (Habart). Cette particularité n'est pas propre aux projectiles modernes : Poiogoff, Büsch l'ont observée avec les anciens projectiles; de même Hoffmann, dans les blessures par balles de revolver.

(2) Plus fréquemment qu'autrefois (Habart).

(3) Dupuytren admettait qu'un projectile traversant les tissus déterminait la production d'un cône dont la pointe correspondait à l'orifice d'entrée, et la base à l'orifice de sortie. Cette assertion est inexacte quand il n'y a d'atteints que des tissus mous. La base du cône serait même plutôt placée à l'orifice d'entrée quand la balle a une grande vitesse (Delorme).

de l'orifice de sortie, qui sont d'ordinaire un peu supérieures à celles de l'orifice d'entrée, augmentent dans certaines lésions osseuses : d'après Bruns, si l'orifice de sortie mesure de 1 à 3 centimètres, il y a lésion osseuse probable ; cet auteur considère la lésion comme certaine quand la déchirure est plus grande.

Les trous de sortie ne sont plus béants comme ceux d'entrée; ils sont recouverts par la peau déchirée par le projectile. Habart a même trois fois trouvé la lumière de l'orifice obstruée par l'enveloppe métallique détachée du projectile.

Tandis que M. Delorme admet que le diamètre des plaies cutanées et, par suite, l'étendue des dégâts croissent proportionnellement à la vitesse, c'est-à-dire sont plus considérables aux courtes qu'aux grandes distances, opinion acceptée du reste par Bruns et Demosthen, Habart n'a confirmé le fait que pour les cas où intervient l'effet explosif d'une diaphyse placée sous la peau. Avec MM. Chauvel et Nimier, comme avec Kikusi, Habart croit, au contraire, que le diamètre des trous d'entrée et de sortie augmente avec la distance.

Trajet dans les parties molles. — Après avoir traversé la peau, le projectile passe dans le tissu cellulaire. Quand celui-ci est lamelleux, la balle l'abrase, fait une ouverture à peu près circulaire ; quand il est chargé de graisse, elle détruit les lobules graisseux, met la graisse en liberté, et les lobules voisins viennent combler la plaie (Delorme).

Quand la balle arrive sur une aponévrose, les lésions diffèrent suivant la vitesse du projectile et la direction des fibres aponévrotiques. Quand ces dernières sont longitudinales, la balle les écarte et produit une plaie linéaire ; cette plaie a d'ordinaire une étendue moins considérable que les diamètres de la balle, à cause de l'élasticité du tissu (Delorme, Chauvel et Nimier, Demosthen). Si les fibres sont transversales, l'orifice est encore linéaire dans le sens des fibres ; si les fibres sont entremêlées dans divers sens, l'orifice est de forme variable, avec perte de substance. On observe aussi le décollement des aponévroses au niveau de l'orifice de sortie (Delorme).

Dans les muscles, les balles pénètrent très aisément et déterminent des trajets irréguliers, de dimensions plus considérables que celles des balles, pouvant représenter trois et même quatre fois le calibre du projectile (Habart), parce que le muscle est très faible et que la rétraction augmente encore le trajet fait par la balle. Les solutions de continuité sont en forme d'échancrure, ou, le plus souvent, en canal béant. Les tendons sont tantôt aplatis, tantôt cylindriques, adhérents ou non dans des gaines. Lorsqu'un projectile traverse le tendon d'Achille ou un tendon similaire, les lésions sont les mêmes que pour les aponévroses à fibres verticales, c'est-à-dire une plaie linéaire. Quand la balle rencontre un tendon arrondi libre dans sa gaine, elle ne produit guère qu'une érosion légère, parce qu'il se laisse déplacer ; c'est ce qui arrive notamment dans les régions du poignet et du cou-de-pied. Quand le tendon est fixé dans sa gaine, il présente des échancrures ou des sections complètes; parfois, on constate des sections longitudinales (Delorme).

De ce que nous venons d'exposer, il résulte que le trajet d'un séton est loin de présenter une plaie régulière ; le trajet est rétréci à chaque aponévrose, plus large au niveau des orifices cutanés et musculaires (Delorme). Au niveau des muscles, la perforation est étroite exceptionnellement : c'est dans le cas où le trajet s'est effectué parallèlement à la direction des faisceaux musculaires (Chauvel).

Il a été, d'autre part, constaté qu'à des distances inférieures à 300 mètres, surtout à 200 mètres et au-dessous, on pouvait observer des effets explosifs des orifices cutanés et musculaires, des trajets à dimensions très agrandies, des perforations musculaires parfois énormes, que les os soient d'ailleurs ou non fracturés (Delorme).

Rapports des orifices d'entrée et de sortie. — En règle générale, la ligne droite du trou d'entrée à celui de sortie indique le trajet de la balle et permet de préciser les organes blessés (Habart, Von Coler et Schjerning). Les coups de feu de contour ne s'observeront plus guère qu'aux très grandes distances, ou parfois dans les coups de feu indirects (Habart). Les balles peuvent faire des trajets multiples et le même projectile traverser par exemple les deux jambes d'un même blessé ; dans ce cas, les caractères des trajets et les rapports respectifs des orifices ne changent pas.

La direction du projectile est établie non seulement par la détermination exacte du trou d'entrée et du trou de sortie, dont nous avons donné plus haut les caractères particuliers, mais aussi, dans certains cas de lésion osseuse concomitante, par la constatation de l'existence de poussière osseuse dans l'un des orifices de la plaie (orifice de sortie). Habart a insisté avec raison sur l'importance que présente un signe de certitude de cette valeur, tant pour confirmer la direction du projectile, que pour permettre de faire un diagnostic exact de la lésion osseuse.

Déformation des projectiles; ricochets. — Quand une balle a ricoché, ses dimensions sont modifiées; elle est déformée, étalée et ses dégâts sont tout autres.

Les coups par ricochet semblent devoir devenir relativement plus rares qu'autrefois. Habart, au cours de ses essais, n'a pas obtenu un seul coup par ricochet; d'après cet auteur, on ne les rencontrera, à l'avenir, qu'aux plus grandes distances (3 000 pas et au delà). Demosthen, dans ses expériences, n'a observé que deux fois des coups par ricochet. Cependant les ricochets sont grandement escomptés dans les tirs de compagnie, un tiers environ des balles n'atteignant le but qu'après avoir touché le sol.

Les balles actuelles après ricochet peuvent, plus fréquemment que les anciennes, suivre une trajectoire nouvelle et déterminer des trajets semblables à ceux des balles tirées de plein fouet ; certaines produisent des orifices et des trajets ovalaires ou ellipsoïdes (balles se présentant de travers), des orifices ou des trajets irréguliers (déformation de la balle), ce qui est plus rare (Delorme).

Quand la balle ricoche avant d'atteindre le blessé, les débris du manteau et les parcelles du noyau causent des plaies irrégulières, de dimensions variables (1). Les parcelles restent d'ordinaire dans les tissus (Bruns), et le projectile s'arrête le plus souvent au point opposé à son entrée (Bogdanik).

(1) C'est tantôt une déchirure ou une perte de substance légère, tantôt un trou de 4 à 15 millimètres de diamètre, tantôt une série de lésions beaucoup plus étendues; ainsi, les orifices peuvent présenter trois et même quatre fois et au delà le calibre du projectile. On a observé des plaies ayant jusqu'à 4 et 5 centimètres et plus, exceptionnellement 15 centimètres de longueur (Bogdanik).

On conçoit que la gravité des blessures par balles résulte surtout du mode de fragmentation du manteau. C'est ainsi que, quand le projectile ricoche sur une pierre régulière, il devient tranchant et produit une plaie linéaire : dans un cas de cet ordre (projectile Metford Lée), on trouva au fond de la blessure l'enveloppe de nickel complètement détachée, et la balle ayant conservé intégralement sa forme primitive. Le professeur Delorme a observé sur le membre inférieur d'un blessé de Fourmies, frappé par les nombreux fragments d'une balle Lebel ricochée sur une marche d'escalier, une vingtaine de plaies pénétrantes étroites qui semblaient produites par une charge de plomb. Bogdanik a cité un cas où deux petits fragments de balle avaient arraché l'œil, fracturé l'orbite et pénétré profondément dans le cerveau par un trajet à peu près régulier. Habart a relaté, dans un de ses mémoires, qu'à Biala, les projectiles déformés par ricochets produisirent sur les ouvriers des plaies telles que ceux-ci crurent au premier abord qu'on avait tiré sur eux avec des armes autres et plus puissantes que les fusils.

La déformation des projectiles ne se produit pas seulement par le fait des ricochets; on l'observe aussi quand la balle, effectuant son trajet dans les tissus, rencontre un obstacle osseux d'une certaine importance. On sait que la résistance d'un même os, chez différents sujets, est très variable, et ce fait explique pourquoi, dans les blessures similaires, la balle n'est pas toujours déformée (Von Coler et Schjerning). D'après ces mêmes auteurs, la déformation des projectiles cuirassés aurait été relevée dans 4,5 p. 100 des coups. Nous ne pouvons, faute d'espace, entrer ici dans le détail des diverses expériences entreprises (Chauvel et Nimier, Delorme) pour démontrer la fréquence relative des déformations des nouveaux projectiles dans les tissus de notre organisme. Nous dirons seulement que MM. Chauvel et Nimier les considèrent comme absolument exceptionnelles, tandis que MM. Delorme et Chavasse ont décrit des déformations de pointe dans les perforations diaphysaires, des déformations latérales dans les lésions tangentielles, des déchirures de la chemise à la base du champignon, la séparation de la balle et de la chemise, la fragmentation du noyau et de la chemise. Ces déformations ont été retrouvées par Bruns, dans ses expériences.

Quoi qu'il en soit, on peut, croyons-nous, conclure avec MM. Chauvel et Nimier, que les déformations des balles à manteau sont comparativement rares, généralement considérables, ne se produisant qu'aux grandes vitesses et avec de fortes résistances, enfin n'offrant pas des variétés aussi typiques que celles observées autrefois sur les balles de plomb.

Ainsi que l'ont fait remarquer Von Coler et Schjerning, la nature de la déformation d'un projectile ne permet pas de déduire la distance à laquelle il a été tiré, car la déformation dépend, non seulement de la distance et de la force de pénétration de la balle, mais encore de la résistance qu'elle a éprouvée, de la manière dont elle a frappé, etc.

Corps étrangers; arrêt dans les tissus des projectiles, des débris de vêtements, etc. — Les corps étrangers arrêtés dans les plaies sont constitués par les projectiles eux-mêmes ou des fragments de projectiles, par les débris de vêtements, de cuir, par les boutons des effets, par de la terre, des cailloux, des fragments de pierre, etc.

MM. Chauvel et Nimier pensent que, grâce à l'emploi des nouveaux projectiles, leur arrêt dans les tissus, même après fracture, ne sera jamais qu'une exception. Habart considère aussi que, grâce à l'action balistique énorme des balles modernes, on rencontrera rarement des corps étrangers dans l'organisme. De même, pour Longmore, le séjour des balles dans les plaies aurait été plus fréquent qu'il ne sera dans l'avenir. M. Delorme trouve que cette proposition ne saurait être prise à la lettre. D'après lui, à l'heure actuelle, une des causes qui contribue le plus au séjour des balles, quelle que soit la vitesse dont elles sont primitivement animées, est leur contact avec les os. Nous venons d'étudier plus haut les déformations que les projectiles peuvent subir par suite de leur choc contre les éléments osseux, avant de s'arrêter dans les plaies ; aussi, n'insisterons-nous pas davantage sur ce point.

Au cours des essais entrepris par Demosthen, Von Coler et Schjerning, le premier de ces auteurs n'a recueilli que trois cas d'arrêt de projectile Männlicher dans les tissus, à la suite de tirs directs; les autres, deux cas seulement.

D'après Von Coler et Schjerning, on observe surtout (dans un quart des cas) l'arrêt de fragments du projectile, et, en particulier, de débris du manteau. Comme ces éclats tranchants par leurs bords peuvent aller profondément blesser les vaisseaux, ces expérimentateurs considèrent qu'une semblable particularité mérite d'être signalée.

Des expériences de M. Delorme, il ressort que les balles actuelles s'arrêtent très souvent dans les tissus, après des tirs à la distance de 1500 mètres, séjournent quelquefois dans les parties molles au delà de 1000 mètres (1), et rarement quand la portée est inférieure à 500 mètres.

On doit regarder comme très exceptionnel le séjour dans les plaies de la rondelle de feutre qui sépare la poudre de la balle; ce fait ne peut guère se produire qu'à la suite de coups tirés à courte distance; c'est dans ces conditions qu'a dû être frappé le blessé, dont Porter a récemment publié l'observation, et chez lequel, après débridement de la plaie, il fut trouvé une bourre de cartouche du fusil Metford Lée.

Les corps étrangers vestimentaires seraient susceptibles de compliquer très souvent les plaies par balles (Delorme, Habart). Pour MM. Chauvel et Nimier, la présence de ces débris serait très rare.

M. Delorme a constaté que, généralement, la plus grande partie du trajet des projectiles était tapissée de filaments très ténus, provenant de la laine du pantalon ou de la capote : « Ces filaments étaient très reconnaissables à leur coloration qui tranchait nettement sur celle des tissus exsangues (2). »

Habart croit que les corps étrangers vestimentaires ne pourront jamais pénétrer très avant dans les trajets et seront retenus à peu de distance des orifices d'entrée.

Frænkel, et ultérieurement Pfuhl, ont recherché dans quelle proportion les corps étrangers vestimentaires étaient susceptibles de servir au transport des éléments pathogènes dans les plaies. Des essais de Frænkel, il résulterait que des morceaux de vêtements, même imprégnés de microbes pathogènes, peuvent être supportés par les tissus, n'y déterminant, pour tout désordre, qu'une suppuration locale.

Pfuhl a opéré avec cinquante et un échantillons de vêtements (de soldats, de garçons de laboratoires, d'ouvriers),

(1) Dans les coups de feu jusqu'à 1200 mètres, Bruns n'a jamais vu la balle rester dans les tissus. Habart et Chauvel ont fait les mêmes constatations jusqu'à 1500 et 2000 mètres.

(2) Le même fait a été observé sur les blessés de Fourmies.

auxquels il avait fait traverser la peau de différents animaux d'expérience (lapins, souris blanches). Chez aucun d'eux, on ne décela la présence des microbes ayant servi à l'infection de la diérèse initiale. Les fragments mis en usage renfermaient, cependant, des streptocoques, des staphylocoques, etc.

Les expériences de Frænkel et de Pfuhl, quoique ne pouvant être considérées comme décisives, permettent toutefois de penser que les fragments d'étoffe, dans les plaies, jouent surtout un rôle mécanique et ne sont pas, en somme, aussi dangereux qu'on pourrait le supposer au premier abord.

D'après Pfuhl, le contact des blessures avec les vêtements ne serait pas davantage nocif au point de vue de l'infection traumatique (??).

Trous vestimentaires; valeur des signes fournis par les orifices de perforation des vêtements. — Demosthen a procédé à l'examen de cinquante trous vestimentaires obtenus expérimentalement, et il a émis les données suivantes :

L'orifice d'entrée est ordinairement rond, plus petit que le calibre du projectile, ses bords sont toujours rentrés et plus déprimés que ceux du trou de sortie. Il est d'ordinaire plus petit que l'orifice de sortie (seize fois sur vingt-cinq), plus rarement égal (six fois sur vingt-cinq). Si, exceptionnellement, il est plus grand que le trou de sortie, le fait tient uniquement à l'obliquité de la direction de la balle, à l'usure et aux plis de l'étoffe au niveau de la solution de continuité. D'ailleurs, le dépôt pulvérulent du drap ou du linge, autour d'un trou cutané, est un bon signe pour préciser l'entrée du projectile (Demosthen). On ne saurait donc être induit en erreur, si l'examen a été attentif et méthodiquement conduit.

L'orifice de sortie est rarement égal, plus souvent un peu plus grand que le trou d'entrée. Il présente quelquefois une perte de substance; ses bords sont toujours plus ou moins déchirés, parfois étalés, constamment éversés au dehors. La présence des filaments de linge ou de doublure dans le trou vestimentaire indique la sortie du projectile (Demosthen). Le trou de sortie peut être manifestement plus grand, quand la balle a produit un foyer de fracture; ses dimensions sont plus considérables encore, quand il y a fracture par éclatement. Bogdanik a trouvé aux orifices d'entrée et de sortie des pertes de substance, grandes surtout quand le projectile avait été déformé. Les trous de sortie sont variables, non seulement suivant la nature de la lésion, mais aussi suivant celle de l'étoffe. Le professeur Delorme a établi que les étoffes de drap des vêtements (veste, pantalon) présentent de plus petites pertes de substance, au niveau du trou d'entrée, que les toiles (chemises, caleçons) qui ont presque le calibre du projectile.

Dans le cuir, les trous sont généralement plus étroits que dans les étoffes; ils concordent presque avec les orifices cutanés.

D'après certains auteurs, il serait hasardeux de vouloir déduire des caractères propres des orifices vestimentaires et particulièrement de l'orifice de sortie, la nature de la lésion osseuse qu'ils peuvent masquer. Cependant, la possibilité de poser le diagnostic de fracture par l'inspection des trous cutanés et vestimentaires de sortie, admise par MM. Delorme et Chavasse, se vérifie pour les blessures des membres, avec fractures diaphysaires par éclatement. Demosthen croit qu'on peut reconnaître même les fractures épiphysaires, lorsque le projectile produit des fractures complètes avec esquilles. Il pense, en outre, que l'examen isolé des trous vestimentaires peut, le plus souvent, donner des indications suffisantes pour déceler l'existence des foyers de fracture.

Cependant, il faut être prévenu de la possibilité d'une confusion avec les trous vestimentaires, appartenant à une plaie en séton ou par balle ricochée. Alors, la forme des orifices d'entrée n'est plus petite et régulière : dans le premier cas, le trou d'entrée peut être grand et allongé; dans le second cas, les dimensions de l'orifice d'entrée se rapprochent beaucoup de celles du trou de sortie. C'est pourquoi, dans le but d'éviter toute erreur, il ne faut jamais négliger l'examen du trou d'entrée (Delorme et Chavasse).

Faibles dimensions des orifices d'entrée et de sortie; leurs conséquences; interprétation de la gravité réelle des blessures par balles. — De tout ce qui a été dit à propos des trous d'entrée et de sortie, il résulte que ces orifices sont relativement petits et pourraient, à un examen superficiel, être considérés comme de peu d'importance. Habart fait remarquer avec raison que le chirurgien qui croirait à des blessures d'un faible degré, risquerait de commettre une grossière erreur, en interprétant d'une façon inexacte le mode de production, la gravité et l'étendue des lésions.

MM. Chauvel et Nimier ont démontré que, dans certains cas, l'aspect du trou de sortie est sans rapport avec la gravité des lésions osseuses, et qu'un orifice de 3 millimètres peut parfois coïncider avec des fracas osseux considérables. Cette opinion est partagée par Habart.

De même, il ne faudrait pas conclure rigoureusement à l'existence d'une fracture comminutive avec esquilles, par ce fait qu'on aurait constaté l'existence d'un trou de sortie grand, à bords déchirés, éversés au dehors. On ne doit pas oublier qu'une balle, déformée par le choc contre des éléments osseux résistants (diaphyses, apophyses, etc.), peut déterminer dans la peau et les parties molles de grandes diérèses, après avoir occasionné seulement des lésions osseuses de peu de gravité (Chauvel et Nimier).

Les recherches manuelles extérieures, guidées par l'appréciation de la distance du tir, la connaissance de la position et de la direction dans laquelle a été reçu le coup, rendent seules possibles la détermination du degré de gravité des lésions. Rappelons que la crépitation osseuse doit être recherchée, non par le procédé habituellement employé en clinique, mais en saisissant le membre à pleines mains, de manière à obtenir le bruit caractéristique en opérant le rapprochement des esquilles (Delorme), ce qui ne peut être qu'avantageux pour la lésion et pour le blessé.

La plupart des chirurgiens pensent que celles des plaies qui seront sans gravité immédiate, guériront très facilement, vu l'étroitesse considérable des orifices. Mais tous les auteurs sont aussi d'un avis unanime en ce qui concerne la fréquence, plus grande dans l'avenir, des hémorragies mortelles. Nous étudierons plus loin, dans un chapitre spécial, la nécessité de l'urgence des premiers secours dans les guerres futures, et la fréquence des cas de mort par le fait des hémorragies. Qu'il nous suffise de faire remarquer ici que l'étroitesse des orifices d'entrée et de sortie favorisera dans une grande mesure la production des hémorragies rapidement mortelles, généralement internes, pouvant déterminer des hématomes ou des anévrysmes parfois artérioso-veineux (Habart). « A cause de la portée plus grande des

armes nouvelles, dit encore Habart, les blessures multiples seront plus fréquentes qu'autrefois ; elles causeront, surtout, de fortes hémorragies qui, pouvant trop difficilement se faire jour au dehors, constitueront ces hémorragies internes. »

Certains auteurs, cependant, considèrent comme avantageuse l'exiguité des trous d'entrée et de sortie; ils sont facilement obstrués par des caillots et, par la suite, les collections peuvent évoluer sans désordre dans les cavités intérieures ou dans les diérèses opérées au niveau des tissus profonds : « Autrefois, une hernie du poumon, du pancréas, de la rate, du foie, de l'épiploon, de l'intestin, constituaient fréquemment des complications qu'on verra beaucoup moins aujourd'hui. » Il est à craindre que cette opinion, en somme optimiste, émise par Habart, ne soit un peu trop une vue théorique. On ne doit pas oublier, en effet, qu'en campagne, les chances d'infection secondaire seront augmentées dans une proportion très considérable, et que les chirurgiens auront trop souvent à compter avec ses néfastes effets.

II

B. **Lésions des os et des articulations.** — Les os présentent des lésions d'une extrême diversité qui, d'une façon générale, diminuent à mesure que la distance parcourue par la balle augmente. Les balles 1886 animées d'une très grande vitesse produisent, jusqu'à 280 à 300 mètres, des effets explosifs sur les os (1). De 300 à 800 mètres, les lésions sont toujours très sérieuses, mais cependant de moins en moins graves, au fur et à mesure que la portée devient plus grande; ce sont des échancrures, dea gouttières, des perforations, des fêlures propagées, des fractures avec esquilles libres nombreuses. De 800 à 1 200 mètres, l'état comminutif est moins accentué, les fractures sont moins graves; la fragmentation des esquilles libres n'est pas si fréquente à partir de 1 200 mètres (Delorme).

Il résulte, d'autre part, des expériences de Habart, que les nouveaux projectiles sont susceptibles de traverser des os à une distance de 1 500 et même de 2 300 mètres. D'après Habart il faut, quand on étudie les lésions osseuses, tenir compte des différences d'action qui résultent : 1° des conditions anatomo-histologiques et de la structure de l'os ; 2° de la vitesse du projectile, c'est-à-dire de sa force vive au moment où il frappe l'os; 3° de l'angle suivant lequel l'os a été abordé par le projectile.

Il y a donc lieu de différencier les lésions par coups de feu des os plats, des os longs (diaphyses) et des os spongieux (os courts, épiphyses des os longs). Il est, en outre, un fait qui se dégage de tous les cas observés, et qui mérite d'être signalé ici, à savoir que « l'on constate un rapport remarquable entre l'effet du coup de feu et la proportion du tissu compact » (Habart).

(1) Habart a cité deux cas d'effets explosifs obtenus, l'un à l'avant-bras, l'autre à la jambe, à la distance de 1000 pas. Nous donnons, d'après ce chirurgien, la description des désordres spéciaux, produits au niveau des diaphyses des os longs, à la suite des effets explosifs : « Dans les coups de feu tirés à des distances variant de 75 à 375 mètres, les projectiles à manteau produisent sur les os cylindriques des éclatements étendus particuliers ; ils les brisent en un nombre incalculable de fragments et en rompent la continuité. Ces esquilles de la zone d'explosion sont caractéristiques ; c'est du sable ou du gravier osseux qui, projeté dans les trajets d'entrée et de sortie de l'os et dans les muscles voisins, en obstrue la lumière ou reste fixé sur le projectile. De plus, de nombreux fragments gros comme une lentille, un haricot, une amande, lisses ou rugueux, aux courtes distances, remplissent la cavité médullaire et peuvent obstruer les trous cutanés d'entrée et de sortie, à travers lesquels, dans les coups très rapprochés, ils sont parfois projetés. » Dans les muscles atteints, se forme une grande cavité qui, occupée par des débris d'os et de tissus, conduit au trou cutané de sortie. De cet orifice, le plus souvent large, s'échappent, avec des esquilles, des lambeaux musculaires et tendineux.

D'après Von Coler et Schjerning, à 100 mètres, la portion moyenne de la diaphyse fémorale est broyée sur une étendue de 7 à 13 centimètres, celle de l'humérus sur une étendue de 6 à 15 centimètres. Bogdanik a mesuré des esquilles atteignant 16 centimètres. Le professeur Delorme, ainsi qu'on le lira plus loin, en a observé qui mesuraient 10, 15 et jusqu'à 20 centimètres, suivant les os.

Lésions des os plats. — Les lésions des os plats se réduisent à deux variétés, les contusions et les fractures; ces dernières sont de beaucoup les plus communes (1), elles peuvent être indirectes ou directes. Les fractures directes comprennent différentes variétés sur lesquelles nous n'insisterons pas, et que nous énumérerons d'après MM. Chauvel et Nimier : ce sont les lésions isolées d'une des tables et les dépressions ou enfoncements simples (rares); les fêlures et fissures (fréquentes comme complications de fractures, rares comme lésion isolée); le diastasis des sutures et la disjonction des symphyses (rares); les sillons et gouttières (assez fréquentes) ; les pénétrations (possibles); les perforations (2) [des plus fréquentes avec les nouveaux projectiles]; et les pertes de substance ou séparations de fragments, tels que des épines, tubérosités, apophyses (plus fréquentes aux os plats qu'aux os longs).

Il va sans dire que ces lésions sont très variables d'aspect suivant leur nature ; les orifices sont tantôt nets (os du nez, omoplates, côtes), tantôt compliqués de la présence de fêlures et quelquefois aussi d'esquilles isolées (Habart).

Lésions des diaphyses des os longs. — Les lésions des diaphyses des os longs ont été très bien étudiées, surtout dans ces derniers temps, et notamment par le professeur Delorme.

Ces lésions sont de plusieurs ordres : contacts, fêlures, fractures par contact, gouttières et perforations. Nous les résumerons d'après les descriptions magistrales de M. Delorme, qui leur a consacré des recherches nombreuses et approfondies.

La proportion des blessures des os longs, au cours des différentes guerres (Crimée, Sécession, franco-allemande, russo-turque), a oscillé entre 14 p. 100 (guerre d'Amérique), et 28 p. 100 (guerre franco-allemande). Fischer donne 21 p. 100 comme chiffre moyen.

1° *Fractures simples non compliquées de plaies.* — Ces fractures ne diffèrent en rien de celles observées dans la pratique journalière. Saurel, en Crimée, en a observé 11 cas sur 300 fractures et Demme, dans la guerre d'Italie, en a vu 33 sur 600 fractures.

2° *Contacts ou contusions des diaphyses.* — Quand une balle à faible vitesse arrive contre un os très résistant, elle s'aplatit contre lui sans arriver à le fracturer; elle détermine au point frappé et dans tout l'os des lésions particulières. Les balles à moyenne et même à grande vitesse peuvent aussi faire contact, mais seulement quand elles frappent l'os tangentiellement (Delorme).

(1) C'est ainsi que, pour l'omoplate, on a noté des contusions dans la proportion de 34 p. 100, et 65 p. 100 de fractures.

(2) Ces perforations sont plus souvent cylindriques qu'en entonnoir (Bogdanik).

Au niveau du point frappé, le périoste est détruit; dans les rainures, la balle a laissé des portions de plomb; généralement on trouve dans le canal médullaire des suffusions sanguines, qui peuvent s'étendre à des distances plus ou moins considérables, jusque dans les extrémités épiphysaires (Muron).

3° *Fissures et félures*. — Elles peuvent présenter une direction parallèle à l'axe de l'os ou des directions très variables; elles ne sont que les traits fissuriques des fractures par contact. Les fissures longitudinales ont été décrites par Bouisson. Elles s'observent souvent avec les balles à faible vitesse. Tantôt elles correspondent à la face frappée, ou bien à la face opposée au contact, et la fissure est sur un point symétrique du point contus. Cette disposition est très fréquente, peut-être plus fréquente que l'autre. On peut aussi avoir les deux fissures. La fissure est souvent reportée d'un côté ou d'un autre, quand il existe une crête sur la face opposée au contact (Delorme).

Il est des fissures qui présentent des directions spéciales; elles seront décrites après les fractures par contact.

4° *Fractures par contact*. — Elles sont peu comminutives, comminutives ou très comminutives (Delorme).

Fractures peu comminutives. — Tantôt ces fractures sont à peu près transversales, tantôt l'os est aussi bien atteint dans le sens de son axe que perpendiculairement à cet axe.

Les premières sont transversales ou un peu obliques. Elles se produisent souvent quand les os sont atteints par des balles à faible vitesse. Certains os présentent une tendance à se fracturer transversalement; ce sont ceux à canal diaphysaire peu étendu et à tissu compact épais (péroné, radius, clavicule, métacarpiens, métatarsiens). On peut aussi observer ces types de fractures sur le fémur, le tibia. La fracture peut tantôt siéger au point directement frappé (fracture directe); d'autres fois, l'os se fracture en un point plus ou moins éloigné du point atteint (fracture indirecte déjà signalée au XVIe siècle, par Maggi).

Parmi les fractures qui s'étendent dans les divers sens de l'os, le type le plus complet est la fracture en X. La balle détermine d'abord une fissure au point symétrique, puis elle produit au niveau du contact des traits fissuriques obliques en X, qui vont se réunir à la fissure symétrique sur la face opposée. Ces traits délimitent deux grandes esquilles qui se réunissent en arrière à la fissure symétrique. Les fragments supérieur et inférieur forment sur la face frappée deux angles saillants, et on voit sur la face opposée deux traits transversaux (fig. 1). Les esquilles sont généralement très étendues, jusqu'à 16, 18, 20 centimètres [Delorme (1)].

Il y a des variétés assez nombreuses de la fracture en X. On peut n'avoir qu'une seule esquille aboutissant à la fissure symétrique (fig. 2). D'autres fois, on a un trait en diagonale, la fracture est oblique en avant, et longitudinale en arrière (fig. 3). On peut n'avoir qu'une seule esquille et la portion d'os qui reste est subdivisée par un trait circulaire (fig. 4) ou oblique. Enfin, le type primitif à deux esquilles peut être modifié par un trait transversal. Telles sont les principales variétés du type simple en X. En général, le périoste est détaché et soulevé par le sang au niveau des traits de fissures.

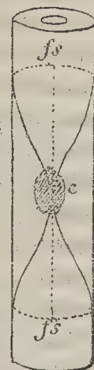


Fig. 1.

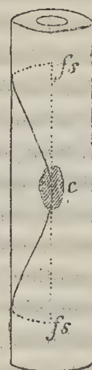


Fig. 2.

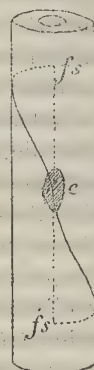


Fig. 3.

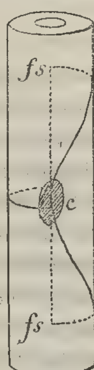


Fig. 4.

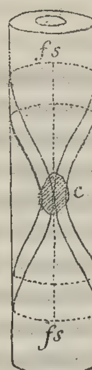


Fig. 5.



Fig. 6.

Ces figures sont empruntées aux Leçons professées par M. le médecin principal Delorme à l'École du Val-de-Grâce.

Fractures comminutives et très comminutives. — Quand la vitesse est plus considérable, on observe une subdivision de l'une ou des deux grandes esquilles; celles-ci sont subdivisées par des traits courbes parallèles aux traits courbes primitifs, aboutissant, eux aussi, à la fissure symétrique (fig. 5). Avec une plus grande vitesse, on a un troisième trait courbe et des traits transversaux plus ou moins obliques (fig. 6).

Ainsi, les lésions les plus comminutives sont celles qui sont produites par les vitesses les plus considérables; les projectiles animés d'une faible vitesse ne produisent d'ordinaire que deux longues esquilles; la subdivision et le déplacement varient suivant la vitesse dont le projectile est animé; elles sont plus ou moins étendues, suivant que l'os a un tissu compact plus ou moins épais, un canal médullaire de dimensions plus ou moins considérables, et pour les grosses diaphyses, suivant que la vitesse du projectile est moindre. Il résulte de ces données que si, dans les types peu comminutifs, la continuité de l'os peut ne pas être interrompue, dans les types comminutifs elle doit l'être presque toujours, sinon toujours (Delorme).

5° *Perforations*. — Elles sont complètes ou incomplètes; elles peuvent siéger dans toute l'étendue de la diaphyse, sont parfois difficiles à reconnaître sur le vivant, et on les confond souvent avec les fractures comminutives. Les perforations forment la classe la plus nombreuse des fractures.

Perforations incomplètes. — Pour que la balle ne puisse traverser qu'une paroi osseuse, il faut qu'elle ne soit animée

(1) Les esquilles sont tantôt maintenues réunies par le périoste, tantôt tout à fait libres (Bogdanik).

Tandis que les esquilles adhérentes peuvent atteindre des dimensions variables, dont nous venons de citer les plus considérables, les esquilles libres sont courtes. Les variétés de nombre et d'étendue des esquilles sont surtout intimement liées au degré de vitesse de la balle qui a déterminé la fracture. Plus la vitesse du projectile est considérable, plus les esquilles sont nombreuses et courtes et réciproquement. De la vitesse du projectile dépend également la solidité de leurs adhérences (Delorme).

que d'une faible vitesse; on a donc affaire à des fractures d'un type peu comminutif. Il y a un trou d'où partent des fissures en différents sens; avant de perforer l'os, la balle a fait contact avec lui, et déterminé la fracture par contact, généralement la fracture en X a deux esquilles, puis elle continue son trajet et produit un trou qui a ses dimensions. C'est donc une fracture par contact avec une perforation surajoutée; seulement elle est compliquée de la présence de la balle dans le canal médullaire.

Quand la balle, après avoir perforé la première paroi osseuse, possède quelque vitesse, elle peut encore délimiter plusieurs esquilles au-dessous desquelles elle s'arrête au niveau de la deuxième paroi osseuse; dans ce cas, en enlevant ces esquilles, on peut donner issue à la balle. On a alors affaire à un type intermédiaire entre la perforation incomplète et la perforation complète.

Perforations complètes. — Ici, la balle a une vitesse suffisante pour traverser les deux parois. On retrouve tous les différents types de la fracture par contact, avec une perforation complète.

Sur la première face, on a une perforation nette, du diamètre de la balle, parfois de dimensions inférieures. A l'orifice de sortie, on a des dispositifs très différents. La balle peut avoir fait contact et déterminé une fissure symétrique, capable de servir de porte de sortie au projectile; il n'y a pas d'orifice de sortie proprement dit, le projectile s'étant échappé en écartant les esquilles. Plus souvent, au niveau de la deuxième face, la balle échancre légèrement les deux esquilles au niveau de la fissure symétrique (1). D'autres fois, elle détermine une perforation aussi grande que l'orifice d'entrée. Ces différentes variétés (2) constituent le premier type des perforations complètes peu comminutives du professeur Delorme.

Dans le deuxième type (dérivé du second type des fractures par contact de même que le premier type des perforations complètes dérive aussi du premier type des fractures par contact), les orifices d'entrée et de sortie présentent les caractères déjà décrits, mais les esquilles primitives sont, en outre, subdivisées par un trait transversal (3).

Le troisième type n'est autre qu'une fracture par contact en V, à une grande esquille, avec perforation surajoutée et esquilles courtes plus ou moins nombreuses dans le canal de sortie.

Il est en effet à remarquer que, dans les types peu comminutifs, même dans le premier type, on trouve dans le canal de sortie un certain nombre d'esquilles et de fragments esquilleux.

Les types comminutifs de perforations complètes sont, en somme, les types composés de fractures par contact. M. Delorme a reconnu deux types comminutifs. Dans le premier, le plus ordinaire, chacune des grandes esquilles est divisée suivant sa longueur, par un trait semi-lunaire, rarement vertical qui, comme les traits principaux, ne s'arrête qu'à la fissure symétrique; il en résulte la formation de quatre esquilles principales, deux sur chaque paroi. Dans le second type, plus compliqué, mais plus rare, deux traits semi-lunaires subdivisent chaque esquille principale, ce qui entraîne la formation de trois grandes esquilles sur chaque paroi au lieu de deux. Cliniquement, ces types, qui donnent la crépitation du sac de noix, peuvent parfois être distingués, par ce fait que dans le premier type les esquilles, quoique très subdivisées, restent encore en place, tandis que, dans le second, elles sont en partie chassées dans l'épaisseur des tissus du membre fracturé (Delorme).

(1) Souvent, après son contact, la balle subit une certaine déviation, et vient rencontrer la face d'une des esquilles qu'elle abrase en déterminant, soit des fragments en forme de volet, soit des fragments plus ou moins divisés (Delorme).

(2) Bruns dit avoir observé une variété de perforation dans laquelle il y aurait eu production des deux orifices avec petites fissures, sans fracture. Ce type spécial ne saurait guère trouver place dans les fractures par perforations, puisque, en somme, la fracture proprement dite ferait défaut.

(3) Le professeur Delorme fait remarquer que, cliniquement, ce deuxième type ressemble plutôt à une fracture transversale qu'à une fracture à grandes esquilles perforées.

6° *Gouttières.* — On ne considérait autrefois comme gouttières que les abrasions des crêtes des os; cependant les diaphyses peuvent aussi en présenter souvent.

Gouttières des crêtes. — Quand une balle échancre une crête, elle peut n'y déterminer qu'une échancrure très simple. Mais, dans la majorité des cas, elle produit sur la face opposée de l'os une fissure plus ou moins étendue. Quelquefois l'abrasion est accompagnée d'une fracture transversale (cubitus, radius).

Gouttières des diaphyses. — Quand la balle fait gouttière, elle ne se borne pas à creuser une échancrure; elle a tout d'abord effectué un contact et déterminé une fissure symétrique sur la face opposée, et, sur la face directement frappée, la formation de deux traits obliques qui vont rejoindre la fissure symétrique. Le projectile a donc produit une grande esquille dont il a abrasé le milieu. C'est là le type le plus simple (premier type, peu comminutif). Mais on peut, en outre, trouver sur la portion d'os opposée à la plaie, une fissure dite fissure opposée, perpendiculaire au trajet de la gouttière, et réunie par deux fissures obliques au canal creusé par la balle, d'où production d'une grande esquille latérale (deuxième type).

Dans le troisième type, plus complexe, l'esquille se continue jusqu'à la fissure opposée. Cette gouttière peut représenter une véritable fracture en X; mais, dans ce cas, la grande fissure à laquelle aboutissent les traits fissuriques en X ne saurait être symétrique; c'est la fissure opposée (1) [Delorme].

Lésions des épiphyses et des articulations. — C'est aux balles de fusil que revient la plus grande part des blessures articulaires. Gürlt, dans les quatre dernières guerres prussiennes, en trouve près de 52 p. 100 en 1848, 97 p. 100 en 1864, 89 p. 100 en 1866, 94 p. 100 en 1870.

D'autre part, les lésions articulaires varient comme fréquence relative entre 6 et 12 p. 100 du nombre total des blessures par projectiles.

Ces lesions sont un peu plus fréquentes au membre supérieur; on les observe particulièrement à l'épaule, au genou, au coude droit, plus rarement à la hanche et à la main. L'épaule gauche est plus souvent atteinte que la droite.

Les blessures sont pénétrantes ou non pénétrantes. Les blessures non pénétrantes peuvent être des contusions ou des plaies péri-articulaires. Les contusions peuvent s'accom-

(1) La fissure symétrique est située dans le plan suivi par le projectile, tandis que la fissure opposée est dans un plan perpendiculaire. Les types de gouttières se rapprochent de ceux des fractures par contact, mais la fissure opposée joue chez elle le rôle que la fissure symétrique joue dans ces dernières (Delorme).

pagner de fracture sous-cutanée; elles sont relativement bénignes. Les plaies péri-articulaires peuvent intéresser seulement les parties molles et les bourses séreuses. La chute de l'eschare est susceptible de les transformer en plaies pénétrantes. Il ne faut pas oublier que l'écoulement de synovie peut provenir des gaines tendineuses ou des bourses séreuses. Ces plaies, produites ordinairement par des balles tangentielles, peuvent être simples ou compliquées de corps étrangers, de lésions de vaisseaux, des nerfs, des gaines. Il y a généralement dénudation de la capsule, ce qui entraîne ultérieurement l'ouverture de l'articulation. On n'observe pas de plaies de contour au niveau des articulations (Larrey). Les plaies péri-articulaires peuvent être compliquées de lésions osseuses, éraflures, fractures sans pénétration, quand la balle a frappé au-dessus de la ligne épiphysaire (1).

Les plaies pénétrantes n'ont atteint, en Crimée, que la proportion de 1 p. 100 (Chenu), de 6 p. 100 pendant la guerre de 1870, donc un peu plus fréquentes. Elles sont capsulaires ou accompagnées de lésions des os. Les lésions capsulaires s'observent surtout au genou (Guthrie, Pirogoff, Legouest), au coude (Beck, Bergmann); elles sont rares à la hanche. On peut les observer sous forme de simple sillon de la capsule, de plaie capsulaire en cul-de-sac, d'ouverture capsulaire double.

D'autre part, Habart a fait récemment remarquer qu'en raison de leur petit calibre, les petits projectiles actuellement en usage dans les armées peuvent traverser les cavités articulaires, sans toucher aux parties osseuses de l'articulation; il considère qu'une perspective heureuse s'ouvrira dans l'avenir pour les blessures des articulations par coups de feu.

Dans la production des lésions avec fractures intra-articulaires, trois facteurs interviennent (Delorme) : 1° le point osseux frappé; les balles qui frappent au même point produisent des lésions similaires ou analogues; 2° la vitesse de l'agent vulnérant augmente le type comminutif, sans augmenter l'étendue des lésions; 3° la disposition architecturale de l'os influe sur l'étendue des lésions. Quand la balle frappe au niveau du cartilage d'accroissement, on peut trouver le type des fractures diaphysaires, le décollement de l'épiphyse; on a des fissures diaphysaires et des fissures épiphysaires (2). Dans ces régions, on peut observer toutes les lésions osseuses, éraflures, gouttières, contacts, perforations complètes ou incomplètes.

Quand le tissu spongieux est très abondant, on peut avoir une perforation avec très peu de fissures et pas d'esquilles (Delorme).

Demosthen dit n'avoir jamais, chez l'homme, obtenu une perforation nette sur les épiphyses des os longs; mais les lésions qu'il a observées étaient, par les hasards du tir, produites à de courtes distances. MM. Chauvel et Nimier croient ces perforations nettes possibles, quand la vitesse de translation du projectile s'est notamment amoindrie; ils les ont plusieurs fois observées dans ces conditions. Habart dit avoir toujours obtenu au niveau du tissu spongieux, dans les coups directs et dans toutes les zones d'action, des perforations du calibre de la balle.

(1) Dans ce cas, l'articulation est presque toujours ouverte (extrémité supérieure de l'humérus, coude, genou).

(2) Les fissures épiphysaires sont recouvertes par le périoste indemne, et à l'orifice de sortie il n'existe qu'une dilacération peu considérable des parties molles parsemées d'esquilles (Von Coler et Schjerning).

Lorsque la balle atteint une tête articulaire, généralement elle la fait éclater; elle résiste rarement et seulement quand elle a été atteinte à sa base; la balle peut alors se former une cavité où elle reste enclavée.

III

C. **Lésions des vaisseaux et des nerfs.** — Les nouveaux projectiles produisent, sur les vaisseaux, des lésions variées autant que nombreuses. Le professeur Delorme pense d'ailleurs qu'on a exagéré la facilité avec laquelle les artères notamment pouvaient échapper à l'action des balles. Sur 36508 blessures des artères, Otis n'avait pu relever que 27 plaies des gros vaisseaux. MM. Chauvel et Nimier, avec la balle 1886, ont observé des blessures dans 21 p. 100 des cas.

En ce qui concerne les traumatismes des veines, les mêmes auteurs, sur 48 coups de feu, ont constaté 7 plaies des grosses veines, soit un peu plus de 14 p. 100. Pendant la guerre de Sécession, Otis a rapporté 20 cas de lésion primitive de ces veines dont 15, soit 75 p. 100, ont été suivis d'hémorragie immédiate.

Les blessures des gros nerfs sont relativement rares. Fischer en a relevé 260 cas pour les guerres de Crimée, de Sécession et franco-allemande : il est vrai que les lésions des rameaux nerveux sont plus fréquentes.

Les lésions que l'on observe sur les *artères* sont des contusions et des plaies.

Les contusions peuvent se présenter sous trois degrés différents de gravité; quant aux plaies, on les divise en plaies latérales, perforations et sections. D'après M. Delorme, les plaies latérales sont, avec les perforations, les plaies que les projectiles de guerre produiront le plus souvent sur les grosses artères, et particulièrement dans des cas où les anciens projectiles auraient déterminé des sections. Ce qui ressort de toutes les expériences faites, c'est la fréquence, c'est l'abondance des hémorragies immédiates (Demosthen). Nous reviendrons plus loin sur cette importante question. Qu'il nous suffise de rapporter ici que Habart a observé des cas mortels par suite de blessures de l'artère sous-clavière, des vaisseaux fémoraux, etc. Dans un cas suivi de guérison, il y avait eu blessure de l'artère iliaque externe, thrombose consécutive et étendue avec gangrène du membre inférieur. On dut pratiquer l'ablation de la cuisse en son milieu, et neuf jours après pratiquer une nouvelle amputation plus haut.

Les *veines* présentent les mêmes ordres de lésions que les artères. Dans les contusions, on n'observe plus les sections transversales, les petites plaies horizontales dont la direction, pour les artères, est due à la direction transversale des fibres musculaires qui résistent alors que les fibres élastiques les réunissant sont déchirées. Cet aspect particulier ne se retrouve aucunement sur les veines dont les contusions présentent la même apparence que celles produites sur les autres tissus mous. Les plaies latérales ont le même caractère, c'est-à-dire qu'elles sont à bords nets et réguliers; les perforations se présentent aussi sous la forme de plaies circulaires ou légèrement ovalaires, à bords réguliers, sans retroussement des tuniques (Delorme).

Il ressort des expériences entreprises dans ces dernières années que bon nombre de blessures vasculaires sont à mettre sur le compte d'esquilles osseuses détachées et propulsées par le projectile (Habart); le fait mérite d'attirer l'attention des chirurgiens.

Les différents traumatismes que les *nerfs* peuvent subir sont des commotions, des contusions, des sections complètes et des arrachements.

Les contusions peuvent être directes ou indirectes : tantôt le nerf a été contus par l'action d'un projectile à travers les tissus (contusion indirecte), tantôt le nerf a été contus quand le projectile est arrivé à son contact immédiat (contusion directe). Dans la contusion légère, on observe parfois quelques suffusions sanguines; il y a destruction de quelques tubes nerveux. Dans la contusion forte, on constate une diminution dans le calibre du nerf; ce dernier est rétréci sur un point, renflé au-dessus et au-dessous de ce point; il se produit un refoulement de la myéline dans les renflements.

Les sections peuvent être complètes ou incomplètes; dans le cas de section incomplète, la portion restante du nerf est le plus souvent contuse et on observe fréquemment l'abolition totale de la sensibilité et de la motilité. Ajoutons, avec MM. Chauvel et Nimier, qu'en raison du calibre des balles actuelles, on est exposé à voir les gros troncs, le sciatique en particulier, perforés par eux. Les perforations sont donc rendues possibles et constituent une variété de plus dans les traumatismes des nerfs par armes à feu.

(A suivre.)

DE LA RHINOTOMIE TRANSVERSALE INFÉRIEURE (1)

Par le docteur A. Castex,
Ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

1° On peut distinguer, pour le nez, la chirurgie extérieure et la chirurgie intérieure (ou des fosses nasales).

La première est indiquée dans les plaies, fractures, pertes de substance, tumeurs diverses (éléphantiasis, etc.). Elle est bien connue.

2° La conduite à suivre par le chirurgien, dans le cas de rhinosclérome, est moins fixée. C'est que nous observons rarement en France cette affection toute particulière, si fréquente sur les deux rives du Danube, où elle est endémique; fréquente aussi en Russie et dans l'Amérique du Sud. J'ai pu en observer huit cas, personnellement, et j'en ai opéré deux.

L'affection, spécialisée au point de vue bactériologique par le bacille de Frisch, débute en général par l'hyperplasie des revêtements cutané et muqueux du nez et de la lèvre supérieure, puis elle gagne les deux fosses nasales, qui s'obstruent; le voile du palais, dont la luette finit par disparaître; le pharynx, le larynx, qui devient le siège d'une sténose rebelle. Le mal s'arrête généralement à la trachée. Cette évolution se fait avec lenteur.

Avec le traitement interne, dont l'iodure de potassium représente le plus utile agent, il y a lieu de mettre en œuvre le traitement chirurgical. Si le mal est limité, il faut l'extirper, avec ou sans autoplastie suivant l'étendue. Dans les cas ordinaires, il suffit d'ouvrir le nez, comme je l'indiquerai en terminant (rhinotomie transversale inférieure), puis de cureter et de cautériser les surfaces avec le thermocautère.

3° Quant à la *chirurgie intra-nasale*, ses procédés sont très variables. Le plus souvent, elle s'applique au nivellement des malformations du septum (déviations, éperons). On peut les attaquer au bistouri après cocaïnisation, en procédant de bas en haut, si la saillie est simplement cartilagineuse. Quand la malformation est constituée par du tissu osseux, les scies sont préférables, scie droite de Bosworth ou scie circulaire actionnée par un moteur électrique. L'électrolyse est préférée par quelques rhinologistes. La pince-gouge coudée reste un bon instrument en l'espèce. L'inconvénient de faire une perte de substance à la cloison est sans importance, puisque la forme extérieure du nez n'en est pas changée.

4° Pour les cas divers où il est indiqué d'avoir un large accès dans les fosses nasales sans détériorer l'extérieur de la région, j'ai eu recours déjà plusieurs fois à un procédé spécial de rhinotomie qui peut prendre le nom de *rhinotomie transversale inférieure*. Pour pouvoir cureter à fond les rhinoscléromes, il m'a été particulièrement utile.

En voici la description sommaire :

On mène une incision commençant dans le sillon vertical, qui sépare en dehors l'aile du nez de la joue. Elle détache ainsi l'aile correspondante qui passe horizontalement entre les narines et la limite supérieure de la lèvre, arrive ainsi sur l'autre côté de la face, où elle se termine symétriquement en dehors de l'aile nasale correspondante, qu'elle détache de même. Quand cette incision est bien complète, on détache avec des ciseaux droits ou même avec le bistouri, en procédant horizontalement d'avant en arrière, la cloison cartilagineuse de son attache inférieure au plancher. Toute la portion molle du nez est alors complètement mobilisée au point que sa pointe peut être très relevée. Les deux fosses sont largement accessibles à la vue et aux manœuvres chirurgicales. Veut-on, par exemple, réséquer une portion de la cloison, rien de plus facile : elle est au premier plan du champ opératoire. On conservera le bord antérieur de la cloison cartilagineuse pour prévenir l'affaissement du globe nasal. Les parties une fois remises en place et suturées, la matrice est à peine visible, dissimulée qu'elle est sous l'ombre portée par l'auvent nasal.

Le rétrécissement ultérieur des narines n'est pas à craindre, puisque l'incision respecte leur orifice inférieur.

Ce procédé a un autre avantage. En cas de rhinosclérome, lorsque le curetage est achevé, il y a lieu, pour arranger la figure du malade, de redescendre les ailes du nez que l'affection a relevées. Dans ce but, j'ai recours au moyen suivant, dont l'idée appartient à mon maître et ami Campenon. Un ou plusieurs fils d'argent résistants traversent l'aile du nez et l'un des deux bouts ressort entre les deux lèvres de l'incision transversale, vient traverser la gencive, puis remonte pour aller s'entortiller avec l'autre. Ce fil fixateur, très bien toléré, peut rester en place plusieurs semaines. On peut d'ailleurs, soit pour enlever la portion du rhinosclérome qui a envahi la lèvre, soit pour abaisser davantage l'aile du nez, réséquer d'abord une partie de la lèvre sur son bord, qui confine au nez. Ce procédé de *rhinotomie transversale inférieure* me paraît, après expérience, très recommandable parce qu'il donne un large accès sans laisser les désagréables cicatrices des autres procédés. Il est donc distinct de celui qui détache le nez verticalement, de bas en haut, en attaquant le squelette même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1896. — Présidence de M. Monod.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL

M. Bazy, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Nélaton, communique une observation de prolapsus rectal chez une femme qu'il a opérée par un procédé de recto-coccypexie analogue à celui qu'a décrit M. Gérard-Marchant. Le résultat a été très satisfaisant, puisque, plusieurs mois après l'opération, cette femme a pu

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1202.

faire une fausse couche de sept mois, sans que son prolapsus se soit reproduit.

M. G. MARCHANT rappelle la communication de M. Nélaton et le procédé opératoire auquel il a eu recours. M. Nélaton a fait une laparotomie, il a libéré l'anse oméga, puis a refermé le ventre. Dans un second temps, il a attiré au dehors, par l'anus, tout ce qu'il a pu de l'intestin et en a réséqué 26 centimètres. On verra ce que donnera cette opération. Il faut toutefois féliciter M. Nélaton d'avoir éclairé la question au point de vue de la pathogénie des prolapsus rectaux. M. Gérard-Marchant rappelle l'opération proposée par Jeannel, la colopexie, le procédé de Vieuss. Ces procédés n'ont pas donné les résultats qu'on espérait.

Dans le cas de M. Nélaton, doit-on considérer l'affection comme un véritable prolapsus? Il s'agit plutôt d'une invagination recto-colique. Tout le monde est d'accord sur la pathogénie du prolapsus muqueux. On est moins d'accord sur la pathogénie du prolapsus vraiment rectal. Pour M. Marchant, ces prolapsus peuvent revêtir deux formes bien différentes : tantôt il s'agit d'une raréfaction et d'une atrophie des fibres musculaires ayant pour conséquence une augmentation de l'ampoule rectale : c'est le prolapsus des vieillards; tantôt le prolapsus rectal se produit chez des sujets jeunes, des soldats, à la suite d'efforts violents, d'efforts de défécation. Si, dans ces cas, on fait l'examen histologique, on voit que les fibres musculaires sont hypertrophiées. Pour distinguer ces variétés, M. G. Marchant avait donné aux unes le nom de prolapsus de faiblesse et aux autres celui de prolapsus de force. La conséquence des lésions anatomiques, pourtant si différentes, est la même dans les deux cas : c'est l'augmentation de l'ampoule rectale. De là l'idée qui est venue à M. G. Marchant de fixer cette ampoule et de renforcer cette fixation par une périnéorraphie. M. G. Marchant a pratiqué trois fois cette opération à laquelle il a donné le nom de recto-coccypexie. Il reste à la suite de cette opération un prolapsus muqueux qu'il faut corriger ultérieurement.

RAPPORT

Hernie du cæcum à gauche. — M. REYNIER fait un rapport sur une observation de M. Courtin (de Bordeaux), observation intéressante en raison de la rareté de la lésion, des difficultés opératoires et de l'heureuse terminaison. Il s'agit d'une hernie du cæcum à gauche. Un homme de soixante-deux ans, ouvrier, bien portant, était atteint d'une hernie inguinale gauche pour laquelle il ne portait plus de bandage depuis longtemps et qui était devenue irréductible. Cet homme demandant à être débarrassé de cette infirmité, M. Courtin consentit à l'opérer. Après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage, il fit une incision sur la partie externe de la tumeur ; incisa successivement la peau, le tissu cellulaire et arriva sur une tumeur herniaire dont le sac, étant complètement confondu, faisait symphyse avec les organes qui y étaient contenus. En cherchant à ouvrir ce sac, il fit une première perforation à l'intestin; cherchant à l'ouvrir en un autre point, il perfora de nouveau l'intestin. Il s'appliqua alors à décortiquer la tumeur et arriva ainsi jusqu'au niveau de l'anneau inguinal où il put alors ouvrir le sac. Il tira au dehors deux anses d'intestin paraissant saines; il y appliqua deux pinces dont les mors étaient garnis de caoutchouc et réséqua tout ce qui dépassait l'anneau. Il se trouva en présence de deux anses intestinales dont une appartenant au gros intestin et l'autre à l'intestin grêle; il se trouvait avoir réséqué une anse iléo-colique. Aussi au lieu de faire une entérorraphie, il préféra faire un abouchement latéral. Il ferma complètement le bout du cæcum et aboucha dans le cæcum l'intestin grêle, puis il réduisit. Son malade a parfaitement guéri.

M. Reynier fait remarquer combien sont rares ces lésions. On n'a pu réunir jusqu'ici que 36 cas de hernies du cæcum à gauche (Voy. Pujol, *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 1121). Dans ces cas, le cæcum ne peut pas se déplacer sans que se déplace avec lui le péritoine pariétal. C'est là un fait important qui avait déjà été signalé par Scarpa. De là l'explication de cette symphyse, de ces adhérences intimes de l'intestin avec le sac. Ce sont ces adhérences qui donnent lieu aux difficultés semblables à celles que M. Courtin a rencontrées.

M. POIRIER demande si, avant de recourir à son opération, M. Courtin avait essayé la réduction en masse.

M. REYNIER répond que M. Courtin ne pouvait songer à réduire un intestin perforé en deux endroits.

COMMUNICATIONS

Ostéome vrai du maxillaire inférieur. — M. LEJARS rappelle l'observation d'ostéome vrai du maxillaire inférieur qu'a récemment communiquée M. Berger. C'est une observation du même genre qu'il désire porter à l'attention de la Société. Il s'agissait d'une Bretonne, âgée de quarante-deux ans, qui entre à Beaujon en juillet dernier. Depuis dix ans, cette femme portait une petite grosseur sur la branche montante du maxillaire inférieur, qui, dans les derniers six mois, avait notablement grossi et était devenue très douloureuse. M. Lejars enleva cette tumeur avec la gouge et le maillet et il put l'enlever complètement en laissant le maxillaire intact, la tumeur n'occupant que la table externe de l'os. A l'examen macroscopique, cette tumeur présentait tous les caractères du tissu osseux pur. L'examen histologique montra, en effet, qu'il s'agissait d'un ostéome pur. C'est là un nouveau fait qui vient s'ajouter aux faits très rares d'ostéomes purs. La situation périphérique de la tumeur a permis, dans ce cas, la conservation du maxillaire inférieur.

M. KIRMISSON demande à M. Lejars des renseignements sur le système dentaire de sa malade.

M. LEJARS répond que le système dentaire était absolument régulier. Toutes les dents étaient à leur place.

LECTURES

Tumeur de l'encéphale. — M. BARETTE (de Caen) communique une observation de tumeur de l'encéphale survenue chez un garçon de vingt-sept ans, quinze ans après un traumatisme. La céphalalgie intense, les troubles de la vision, une contracture permanente des muscles de la nuque, etc., décidèrent M. Barette à intervenir chirurgicalement. Le malade succomba. On vit, à l'autopsie, qu'il y avait plusieurs perforations craniennes. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome névroglique à développement rapide.

Hématocèle; grossesse extra-utérine. — M. REYNIER montre des pièces provenant d'une femme qu'il a opérée. Il s'agissait d'une hématocèle par rupture d'une grossesse extra-utérine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 18 novembre 1896 :

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical du prolapsus du rectum. (MM. Félizet, Schwartz.)

Rapports : 1° Sur un cas de kyste congénital du cou (M. Verchère), par M. Walther. — 2° Sur le traitement des otites moyennes chroniques (M. Moure), par M. Peyrot.

Communication. Sur le traitement chirurgical des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde, par M. Monod.

— Nous sommes heureux de rassurer les nombreux amis de M. le docteur Vignes (de Corbeil), dont on a annoncé la mort et qui se porte à merveille.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benjamin Roux (de Rochefort), correspondant national de l'Académie de médecine, et Eugène Vaillant, décédé à l'âge de cinquante-huit ans, à Marange-Sylvange (Lorraine).

— M. Gaucher, agrégé, commencera ses conférences sur les maladies de la peau le dimanche 16 novembre, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches à la même heure. — Objet du cours : Difformités cutanées; dermatoses pigmentaires; dermatoses vasculaires; dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.400	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* **SAINT-JEAN,** maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE,** maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE,** maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE,** chlorose, anémie; **MAGDELEINE,** maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	Sesqui-oxyde de fer.......	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium............................		
Matières organiques...........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

(Quassine amorphe pure 0.02)

DIURÉTIQUES, TONIQUES, APÉRITIVES

1 ou 2 avant chaque repas contre **l'Anorexie. Faiblesse générale, Convalescences difficiles, Atonie des Voies digestives** *(Diarrhée et Constipation rebelles)*, **Coliques hépatiques et néphrétiques.** — Le fl. 3 fr., rue d'Assas, 18, Paris, *et toutes pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français.*

PEPTONATE DE FER ROBIN

VÉRITABLE FERRUGINEUX ASSIMILABLE

Admis dans les Hôpitaux de Paris contre :

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE HÉMOPTISIE, LYMPHATISME, etc.

Est employé avec succès, même chez les personnes rebelles à tout traitement ferrugineux.

VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS et t^tes Ph^ies.

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE CASCARA ALEXANDRE

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

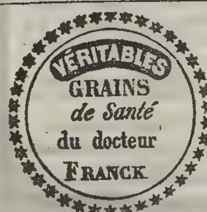
MARIANI, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies.

CACHETS DIGESTIFS MOURRUT

DE PEPSINE ET DIASTASE PURES

Les **CACHETS MOURRUT** sont le meilleur mode d'administration de la Pepsine et de la Diastase. « Insolubles dans l'alcool qui les précipite de leur dissolution dans l'eau, ces deux ferments digestifs ne doivent pas être administrés dans un liquide alcoolique — vin ou élixir. « (BOUCHARDAT. *Annuaire*, 1880, p. 138; ACADÉMIE DE MÉDECINE, 12 août 1879.)

Ph^le FOURNIER, 39, r. de Clichy, Paris.



(Formule du Codex N° 603)

ALOÈS & GOMME-GUTTE

Le plus commode des **PURGATIFS**

très imités et contrefaits. L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 **COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** est la Marque des véritables.

Dépôt, Ph^ie LEROY, 2, r. Daunou. ET TOUTES LES PHARMACIES

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES CÉRÉBRINE

de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès

Eug. FOURNIER *(Pausodun)*, 114, rue de Provence, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

MALADIES DE POITRINE

AMÉLIORATION CERTAINE par les **SIROPS DU Dr CHURCHILL** A L'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX

Pr. : 4 f. Pharm. SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

Affections des **Voies Respiratoires,** Maladies de la **Peau**

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.

PROPRIÉTÉ DE LA SOCIÉTÉ ANONYME UJ HUNYADI BUDAPEST

APENTA

Purgatif sûr et doux. Agit contre la constipation. Contre l'engorgement du foie. Utile pendant la grossesse.

Eau laxative lithinée contre l'obésité. Convient spécialement aux calculeux et goutteux.

EAU NATURELLE HONGROISE LAXATIVE

Exploitée et mise en bouteilles sous le contrôle de l'Institut chimique.

(Ministère de l'agriculture du Royaume Hongrois)

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

« Nulle autre eau laxative n'est plus forte et plus favorablement constituée. » (Prof. LIEBERMANN, de Budapest.)

« Constitue un excellent laxatif pour l'usage ordinaire. » (*Gazette des hôpitaux.*)

« La constance de sa composition la rend précieuse. » (Prof. Oscar LIEBREICH, de Berlin.)

DOSE ORDINAIRE. — **Un verre à vin à prendre à jeun.**

Envoi f° d'échantillons sur demande adressée à M. LAURENT BARRAULT, r. de Lyon, Paris.

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des femmes* et la *Chlorose*, dans les *Maladies de la peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre. Les bons effets de l'**ICHTHYOL** sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives et antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption et augmentant l'assimilation.*

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

N° 132. — MARDI 17 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 17 NOVEMBRE 1896. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 novembre 1896.

La dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (13 novembre) a été presque entièrement consacrée aux mutations de fin d'année. Cette séance de choix des services a lieu plus tôt que d'habitude; la raison, c'est que certains médecins des hôpitaux étant chargés de l'enseignement clinique des stagiaires de la Faculté, il est nécessaire que celle-ci sache, au commencement de l'année scolaire, dans quels hôpitaux elle répartira ses élèves.

La liste de mutations qui vient d'être dressée ne nous paraissant pas définitive, nous ne la publierons pas encore; nous attendrons pour cela que les modifications prévues soient effectuées.

Dès maintenant M. Letulle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est désigné comme médecin de l'hôpital Boucicaut, qui ouvrira vraisemblablement en juillet 1897. En attendant, il sera choisi pour faire partie de la commission qui décidera quels doivent être les aménagements intérieurs de cet hôpital. Voilà une excellente mesure dont il faut féliciter l'administration.

On est de nouveau revenu sur cette curieuse question de l'opalescence et de la lactescence du sérum sanguin, chez des malades atteints de brightisme. M. Achard en a observé un cas nouveau; M. Widal ayant examiné trois échantillons de sang d'albuminuriques, depuis sa dernière communication, a trouvé une fois le sérum lactescent, une fois opalescent et une fois normal.

M. Variot, chez des chiens qui avaient subi des injections intra-veineuses de sérum antidiphtérique, a vu, à plusieurs reprises, le sérum sanguin être réellement lactescent. Par l'éther on pouvait en extraire une notable quantité de graisse. Comme ces chiens absorbaient beaucoup de lait, c'est à cet aliment qu'il a cru pouvoir attribuer la lactescence du lait.

Les grands animaux, le chien en particulier, ont très souvent de la lactescence du sérum pendant la période de la digestion. Le trouble ou l'opalescence du sérum ne sont pas, du reste, toujours dus à la graisse, ils seraient attribuables parfois à des corpuscules albuminoïdes. C'est une remarque faite déjà par les anciens auteurs qui avaient reconnu cette modification dans l'aspect du sérum.

Il en serait de même, d'après la remarque de M. Achard, pour la sérosité de l'ascite chyleuse, dont le trouble est attribuable, tantôt à des corpuscules graisseux, tantôt à des corpuscules albuminoïdes.

M. Le Gendre rapporte à la Société la curieuse histoire d'une femme de son service, entrée avec des phénomènes de cystite purulente et des accidents fébriles graves. Elle évacua, par la miction, des débris renfermant des poils qui ne pouvaient guère être que des débris d'un kyste dermoïde. L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait, en effet, d'un kyste dermoïde adhérent à la fois à la vessie et au rectum. Elle est actuellement en voie de guérison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Leçon d'ouverture.

I

Messieurs,

En ouvrant le cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie, je tiens à rappeler devant vous le souvenir de ceux que nous avons perdus pendant la dernière année scolaire. Trois professeurs de la Faculté et quatre agrégés nous ont été successivement enlevés. Tous avaient bien rempli leur tâche et tous ont droit à nos regrets.

Le professeur Sappey (Marie-Philibert-Constant) était notre vénéré doyen d'âge. Né le 10 août 1810 à Cerdon, près de Bourg, il se trouvait le compatriote de Bichat et de Charles Robin. Agrégé d'anatomie en 1847, professeur titulaire en 1867, entré à l'Académie de médecine dès 1862, il l'avait présidée en 1887. De plus, Sappey faisait partie de l'Académie des sciences de l'Institut, dans la section d'anatomie et de zoologie, depuis l'année 1886.

Les travaux de l'éminent maître sont nombreux, d'ordre supérieur, ayant trait à l'anatomie humaine et comparée. Je citerai seulement ses *Recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux*; ses *Études sur l'appareil mucipare des poissons*; ses *Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme*; sur les *Éléments figurés du sang dans la série animale*; son *Traité d'anatomie descriptive*, devenu classique, ayant eu quatre éditions; encore et surtout son *Anatomie*,

physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et les vertébrés, véritable monument scientifique.

Le *Traité d'anatomie* est remarquable par les belles figures insérées dans le texte et Sappey a inauguré parmi nous ce genre de livres si utiles, où la représentation fidèle des objets est placée auprès de la description. Une particularité historique intéressante et que peu d'entre vous connaissent, c'est que les livres de chirurgie d'Albucasis, parmi les incunables arabes, présentent à la fois des caractères primitifs et des figures.

La vie de Sappey, toute de travail et de science, s'est passée dans les amphithéâtres de dissection et de cours, parmi les Sociétés savantes et les Académies. Plusieurs fois, il a failli succomber à des accidents septicémiques et à la fatigue; il a résisté grâce à sa robuste constitution, à son énergie exceptionnelle.

Sappey était d'une taille élevée, avec la tête fine, la chevelure blanche, longue, rejetée en arrière. Exact, ponctuel, assidu partout, le professeur se montrait juge éclairé, bienveillant, mais sévère pour l'ignorance, digne et même solennel de tenue et de paroles.

Mon collègue et ami, M. le professeur Mathias Duval, a rendu à notre excellent maître Sappey un hommage éloquent et ému, tant à l'homme de science et de recherches qu'au vrai savant, ayant instruit de nombreuses générations médicales, au dernier représentant d'une époque où se sont succédés glorieusement Bichat et Magendie, Cruveilhier et Claude Bernard.

Le professeur Pajot (Charles-Marin-Edme) était né à Paris, en 1816. Actif, indépendant, il fut d'abord un professeur libre, fort suivi, fort aimé des élèves. Nommé agrégé au concours de 1853, il arriva professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en 1863; puis à la mort de Depaul, il prit la chaire de clinique d'accouchements de la rue d'Assas.

Pajot avait créé un enseignement à lui et en quelque sorte à part. Sa facilité, sa vive imagination, lui servaient pour rendre saisissantes, pour graver dans la mémoire des auditeurs, les parties ardues de l'obstétrique et de la gynécologie. Il agissait dans ses cours par le geste, autant que par la parole, appelant à son aide les anecdotes ainsi que des formules et des comparaisons pittoresques.

Les principaux travaux de Pajot ont été réunis par lui en un volume : *Travaux d'obstétrique et de gynécologie*. Il a été le fondateur et le premier directeur des *Annales de gynécologie et d'obstétrique* et, de même, le fondateur et le premier président de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. Après l'époque de sa retraite, Pajot s'était retiré à Souppes, dans le département de Seine-et-Marne.

Le professeur Germain Sée était de Ribeauvillé, près de Metz. A treize ans, il n'avait aucune instruction; apprenant seul à lire et à écrire, il fut bachelier à dix-sept ans et vint étudier la médecine à Paris. Sa thèse est de 1846, puis il arrivait au concours du Bureau central des hôpitaux, en 1852, et il devenait professeur de thérapeutique (1866), succédant à Trousseau qui avait repris sa première chaire. En 1869, Germain Sée occupa la chaire de clinique médicale devenue vacante par la mort de Monneret; l'Académie de médecine lui avait aussi ouvert ses portes cette même année.

Les commencements du cours de G. Sée à la Faculté furent difficiles; il n'avait point passé par l'agrégation. Il triompha de l'hostilité des premiers auditoires, il s'imposa et fut écouté.

Doué d'une intelligence vive, perspicace, ouverte au progrès, servi par une force de volonté presque incroyable, Germain Sée a beaucoup écrit sur la pathologie et la thérapeutique. Très au courant de la littérature étrangère, il savait saisir au plus vite un sujet intéressant, le mettre au point, le rendre utile et le vulgariser. Orateur infatigable, clinicien affiné, il avait d'inépuisables ressources, une habileté rare. Loin d'attendre avec patience l'occasion d'étude clinique, il employait hardiment les procédés expérimentaux et recherchait toutes les données de la physiologie en faveur de la thérapeutique.

L'œuvre de G. Sée est forte et considérable. Après sa thèse : *Les effets du seigle ergoté sur le cœur et la circulation*, ses mémoires sur la *Chorée et les maladies nerveuses*; sur l'*Albuminurie croupale*, l'étude sur l'*Asthme* avec un essai de classification thérapeutique, les leçons sur le *Sang et les anémies*, son Traité initial *Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur*, furent très remarqués. Plus tard, le professeur de clinique s'occupa sans relâche des applications thérapeutiques de divers médicaments : l'*antipyrine* opposée à la douleur; le *salicylate de soude* contre le rhumatisme; la *spartéine*, la *convallamarine* dans les maladies du cœur; les *iodures* employés dans les affections asthmatiques et cardio-vasculaires; la *lactose*, la *caféine*, la *théobromine* comme diurétiques, etc. Je dois encore vous signaler : la *Médecine clinique*, sorte de Compendium en huit volumes, dont G. Sée a écrit la presque totalité.

D'une taille moyenne, d'une physionomie expressive, avec le geste ferme, la parole facile, hautaine, souvent ironique, l'œil vif et scrutateur, Germain Sée a marqué sa place comme clinicien et thérapeute.

Paul (Constantin), agrégé en 1866, était fils de ses œuvres. Devenu médecin des hôpitaux, il vint successivement à Saint-Antoine, à Lariboisière, puis à la Charité. Membre de l'Académie de médecine en 1880, la Société de thérapeutique l'appelait cette même année à la présider.

On a de C. Paul un livre estimé sur le *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*. Il a donné des éditions nouvelles du *Traité de thérapeutique de Trousseau et Pidoux*, mises au courant des acquisitions modernes par des additions nombreuses. Ses autres travaux ressortent à la thérapeutique ainsi qu'à l'hydrologie médicales.

Travailleur patient, C. Paul ne s'est arrêté que lorsque sa santé a été gravement altérée et il a été estimé de tous ceux qui l'ont connu.

Després (Armand-Eugène) était le fils d'un distingué chirurgien de Bicêtre et ses débuts furent brillants. Élève de Velpeau, de Jobert, de Nélaton, arrivé aux hôpitaux à trente ans, agrégé en chirurgie à trente-deux ans, il avait un savoir étendu, un talent réel de parole. Le trait caractéristique de son esprit était un respect absolu de ce qu'il avait appris de ses maîtres et des anciens; il le transmettait comme il l'avait reçu, sans jamais varier, sans vouloir rien y changer.

Les principaux travaux d'Armand Després sont une thèse d'agrégation sur les *Tumeurs des muscles*; un *Traité de l'érysipèle*; un *Traité de diagnostic des maladies chirurgicales et du diagnostic des tumeurs*; un *Traité théorique et pratique de la syphilis*, qui lui a valu de nombreux démêlés avec les partisans

du mercure; un *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, en collaboration avec E. Bouchut. Beaucoup d'articles spéciaux, de mémoires, d'observations cliniques, ont été faits dans le même ordre d'idées.

Opérateur adroit, ingénieux, A. Desprès vous offre l'exemple heureusement rare d'un esprit très original, absolu, fidèle à la tradition, immuable dans ses convictions, et d'une grande bonne foi. C'était un lutteur ardent, à la parole vibrante et sarcastique, paradoxal, mais sincère. Quand la transformation des procédés opératoires s'est accomplie, A. Desprès n'a pas pu ou voulu en reconnaître les bienfaits; il est resté l'ennemi d'adversaires nombreux qu'il provoquait et opposé aux données nouvelles. Mais il y avait à la fois, chez Desprès, le polémiste convaincu, intransigeant, et l'homme probe, l'ami dévoué. J'ai vécu près de Desprès à l'hôpital, je veux et je dois lui rendre ce témoignage que jamais, nulle part, son intégrité n'a faibli, qu'il n'a jamais été sensible à l'appât d'un gain illicite, qu'il avait horreur de toute réclame. J'affirme, je déclare devant vous qu'il était bon et charitable.

Nicaise (Jules-Édouard) a succombé à un mal inexorable. Agrégé en chirurgie en 1872, après avoir été prosecteur à Clamart, où il s'était beaucoup occupé d'anatomie et de physiologie; il avait été nommé à l'Académie de médecine (1894) en remplacement de Léon Le Fort. Je vous signale rapidement plusieurs travaux de Nicaise sur les *maladies chirurgicales des nerfs et leur suture*; les *restitutions et transplantations cutanées*; les *plaies et la ligature des veines*; la *laryngotomie intercrico-thyroïdienne*; l'*arthrotomie du genou*; l'*emphysème du cou par rupture de la trachée pendant l'accouchement*, etc.

La correction, l'honorabilité de Nicaise étaient parfaites; il avait longtemps et dignement représenté les chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Il se savait atteint profondément, mais son courage, sa sérénité dans la souffrance ne se sont point démentis; ne se plaignant jamais, il dominait son mal pour ne pas affecter les siens. Pendant le concours de l'agrégation, Nicaise était parvenu à faire les épreuves orales d'une voix faible, à peine entendue par les juges; chirurgien, il avait dû renoncer à l'hôpital, pour passer les hivers dans le Midi. Redressant sa haute taille, les cheveux prématurément blanchis, l'air grave et doux, le regard clair et pénétrant, quand on s'informait discrètement de sa santé, il répondait doucement avec un énigmatique sourire.

Sur les conseils de Verneuil, qui l'avait poussé aux études historiques, Nicaise, après plusieurs travaux sur la chirurgie du moyen âge, a fait paraître d'importantes publications. Et d'abord, une remarquable édition de *Grande chirurgie de Guy de Chauliac* (1890), puis l'*Œuvre de Henri de Mondeville* (1893); ces deux superbes ouvrages sont enrichis de planches et de figures, avec de précieuses remarques et notes. La *Chirurgie de Pierre Franco*, de Turriers, près Sisteron en Provence, était donnée l'année dernière par Nicaise, qui avait en projet l'Histoire générale de la chirurgie française.

Plus qu'un autre, peut-être, je puis vous affirmer combien il est regrettable que Nicaise n'ait pas pu continuer à recueillir et à coordonner, avec une patience à toute épreuve, les documents dont il faisait usage avec tant de soin et de sagacité. Ses qualités aimables, la sûreté de son amitié, étaient égales à sa grande érudition, à sa critique consciencieuse, impartiale et mesurée.

Le dernier deuil est récent et cruel; celui qui nous a quittés allait arriver au professorat. Hanot (Charles-Victor) s'était fait remarquer dès sa thèse, sur la *Cirrhose hypertrophique avec ictère*, qu'il avait séparée des autres maladies du foie. Sa thèse d'agrégation sur la *Thérapeutique des pneumonies*, a été suivie de recherches sur la *Pathogénie des ictères graves* et de cliniques très soigneusement et rigoureusement observées. Il y avait, chez Hanot, un médecin d'un labeur incessant et remueur d'idées, un maître bon et aimé des élèves, mais aussi un être émotif, anxieux, tourmenté, très malheureux.

II

Plusieurs Congrès ont eu lieu, comme à l'ordinaire, pendant les vacances, ainsi: le IIe Congrès international de chimie appliquée, à Paris, du 27 juillet au 5 août; puis le VIIe Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, à Nancy, du 1er au 6 août, dans lequel ont été examinées d'intéressantes questions: les hallucinations de l'ouïe, la séméiologie des tremblements, l'internement des aliénés, etc.

La quatrième session du Congrès international de dermatologie s'est passée à Londres, du 4 au 8 août. La discussion sur le prurigo a été des plus honorables pour l'École française, beaucoup d'autres sujets ont été en cause, les trichophyties, la syphilis, etc.

La troisième session du Congrès français de médecine, à Nancy, du 6 au 12 août, a été digne de ses aînées. Je vous signale le discours présidentiel du professeur Pitres, les divers rapports: sur l'application des sérums sanguins au traitement des maladies; sur la pathogénie des coagulations sanguines intra-vasculaires; sur le pronostic des albuminuries, etc.

Le IIe Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique a été tenu à Genève, du 31 août au 5 septembre; l'Association française des médecins et chirurgiens urologistes, à Paris, du 23 au 24 octobre; enfin le Congrès de chirurgie (le Xe de l'Association française), à Paris, du 19 au 24 octobre, a dignement terminé la série de ces réunions scientifiques. Il vous faut lire avec soin l'allocution de mon collègue si autorisé, M. le professeur Terrier, mettant au point l'emploi délicat de l'asepsie et de l'antisepsie opératoires. Les rapports sur la thérapeutique chirurgicale des pieds-bots et sur le traitement des prolapsus génitaux; les questions discutées sur la chirurgie du crâne et du rachis, de l'appareil respiratoire, du corps thyroïde, des organes génitaux urinaires, etc., vous seront aussi très profitables.

Germain Sée a laissé vacante la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Celle-ci, après la décision de MM. les professeurs Potain, Jaccoud et Hayem, qui resteront à la Charité, à la Pitié et à l'hôpital Saint-Antoine, sera occupée par M. le professeur Dieulafoy. Vous trouverez auprès de mon collègue et ami, un enseignement fructueux fait avec zèle et talent; il m'est facile de prédire le succès.

Les nouveaux programmes d'études ont produit de bons résultats; je tiens à insister sur l'enseignement spécial de la matière médicale, réuni à la chaire de M. le professeur Pouchet. La connaissance du droguier et l'art de formuler deviennent de plus en plus indispensables, en présence de l'arsenal thérapeutique, non seulement enrichi, mais en-

combré de tant de médicaments anciens et surtout nouveaux.

Je dois encore vous indiquer l'apparition du *Centenaire de la Faculté de médecine de Paris* (1794-1894), par M. le docteur A. Corlieu, un de nos bibliothécaires, ouvrage publié, je tiens à le dire, par MM. les libraires-éditeurs de médecine réunis, et formant un magnifique volume, sorti de l'Imprimerie nationale, avec les portraits de la plupart des professeurs qui se sont succédé pendant cette période séculaire.

III

Le cours de cette année comprendra l'*Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie*, et après cette première leçon, je vous ferai connaître la Découverte de la circulation du sang. J'ai remarqué aussi combien la Biographie médicale vous intéressait; j'y aurai recours fréquemment, car elle fait, en quelque sorte, revivre, devant l'auditeur sympathique, ceux qui ont bien mérité de notre science. On suit les maîtres dans leur existence parfois si difficile, on est témoin de leur labeur, de leurs luttes, de leurs découvertes, on les voit à l'œuvre et composant les ouvrages qu'ils nous ont transmis.

Vous savez que j'ai pris l'habitude de choisir pour l'ouverture du cours un sujet à part. Plusieurs fois en allant à l'Hôtel-Dieu pour les examens, je suis passé auprès de la statue de Renaudot, dans la cité. Renaudot était médecin, novateur, longtemps délaissé, et un de nos plus distingués agrégés, M. Gilles de la Tourette, a entrepris la tâche de faire rendre justice à son compatriote. Il y a complètement réussi ; je veux en profiter pour revenir, grâce à Renaudot, sur le journalisme médical que j'ai étudié en 1880, il y a seize ans ; vous ne m'accuserez pas de me répéter trop souvent. Renaudot a créé en France le premier journal imprimé, la *Gazette*, ainsi que le Bureau d'adresse et les Consultations charitables. Je veux aujourd'hui vous présenter l'histoire, documentée à nouveau, du *Journalisme en général* et du JOURNALISME MÉDICAL en particulier.

J'entre immédiatement en matière. Chacun de vous connaît le rôle immense, vraiment prépondérant de la Presse à notre époque. Le *Journal* est son instrument le plus merveilleux pour la vulgarisation de la controverse; il est devenu en quelque sorte nécessaire à notre existence, aussi peut-il être appelé : le sphygmographe de l'opinion, qu'il subit, mais aussi qu'il propage et façonne et dont il donne les pulsations. J'ajoute que le journal, organe des temps modernes, s'est substitué peu à peu au livre qui fut, avec le manuscrit, le grand instructeur des temps passés. Si le livre a régné jadis et jusqu'au XVIII[e] siècle, le journal s'est définitivement constitué, agrandi et a pris sa forme prédominante au XIX[e] siècle, à tel point que le livre reste en arrière et se place au second rang.

« Ceci tuera cela, » disait-on de bien des choses, surtout de l'idée contre la matière, de la liberté contre la force brutale. La feuille volante et journalière a presque tué le lourd in-folio, le solennel in-quarto, le savant in-octavo. L'in-12 et l'in-18, sous forme de Manuel, de Précis, d'Abrégé le plus court, le plus condensé, luttent seuls avec succès. Qui lit encore les ouvrages sérieux? Notre petit monde restreint, ainsi que l'élite composée des savants, des penseurs et des curieux, mais la masse nombreuse et profonde les ignore ou les écarte. Elle court, à travers les publications osées, droit au journal; la foule en fait sa nourriture à peu près unique et quotidienne.

Le journal a dépassé la brochure et le pamphlet qui ont eu leurs moments d'éclat et d'influence. Actuellement, le journal s'occupe de tout, indique tout : politique, économie sociale, débats du parlement, affaires mondaines, comptes rendus judiciaires, littérature, bulletin scientifique, académies et sociétés savantes. J'ouvre ici une parenthèse — pour vous faire observer que les causeries médicales et hygiéniques de beaucoup de feuilles non techniques sont parfois extraordinaires. On y sert d'étranges récits, nous y sommes traités de comique façon, pour ne pas dire cruelle. Nos hardiesses chirurgicales, tantôt sont contestées, raillées, tantôt elles sont regardées comme des crimes ainsi que les expériences sur les animaux, ce qui prouve simplement une obsession de nos sujets d'étude, ainsi que l'attrait constant de l'explication des faits médicaux donnée par les profanes au public. C'est la course à l'aventure faite à la recherche des secrets et des arcanes convoités. — Fermons la parenthèse. Enfin, le journal relate crimes et scandales et il publie les dépêches télégraphiques du monde entier. Chaque nouvelle est résumée, mise en relief, répandue avec la rapidité de la foudre, pour une société pressée d'informations, voulant perdre le moins de temps possible. Pauvres livres, œuvres patientes qui demandez tant de réflexions; le journal donnera pour quelques pièces de monnaie, de suite et en surcroît, un résumé de vous et à plusieurs centaines de mille exemplaires!

La vapeur, l'électricité ont aidé au développement prodigieux du journal; je l'ai dit, je le répète, nul ne peut se passer de lui, il pénètre partout, dans la loge du concierge, comme dans l'agence de l'homme d'affaires. Le journal est entre les mains du cocher des voitures publiques, de l'ouvrier, du paysan, aussi bien que du mondain à son cercle et du lettré dans son cabinet de travail. Les défauts d'une partie de notre Société se reflètent dans le journal; les écarts du reportage nous montrent les goûts et les travers de gens qui veulent quand même être informés et pris d'une curiosité sans limites, poussée à l'excès. Au dernier degré, c'est, passez-moi l'expression que j'emprunte à Charcot, la fureur du bruit et l'hystérie de la réclame. Tout s'étale aux yeux du public; savoir y faire le choix est un lot du sage et ce lot n'est pas facile à recueillir et à former.

En vous présentant un tableau rapide de ce que sont beaucoup de journaux s'occupant de nouvelles vraies ou fausses, de politique ultra-militante, mais auxquels le journalisme médical et les feuilles savantes constituent une heureuse exception, je dois observer qu'il en est du journal comme de beaucoup d'autres choses dont nous usons sans nous inquiéter d'où elles viennent et des efforts tentés pour les obtenir. Le messager est si bien reçu, son apparition est si habituelle qu'il semble en avoir été toujours ainsi. Plusieurs seront surpris en apprenant que moins de trois cents ans nous séparent de la naissance du journalisme. Au commencement du XVII[e] siècle, le journal n'existait pas dans notre pays; il faut arriver à 1631 pour constater l'établissement du journalisme par Théophraste Renaudot. Ne croyez pas que ce soit sans les plus grands efforts que Renaudot ait pu réussir dans sa tentative. Il a eu pour adversaire un des doyens de notre vieille Faculté, il a dû lutter avec Guy

Patin. L'histoire impassible et impartiale doit rendre à chacun sa part de mérites, je tiens à mettre en présence les grandes figures de Renaudot et de Guy Patin dans le milieu où elles se sont trouvées ; vous apprécierez les qualités, vous verrez les défauts, il en résultera un utile enseignement.

Le Professeur expose ensuite la vie si remplie de Renaudot, ses luttes avec Guy Patin et l'ancienne Faculté. Les origines de la Gazette imprimée, périodique, sont recherchées avec grand soin, établies sur des preuves irrécusables.

A Renaudot succède le premier journaliste médical : Nicolas Blégny.

MODIFICATIONS AU BOUTON DE MURPHY

Par le docteur Thomas Jonnesco,
Professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître au bouton de Murphy certains inconvénients, pouvant entraîner l'échec complet de son emploi. A part des défauts qui tiennent à l'appareil même, je crois que le procédé ordinaire de son application est souvent défectueux. Aussi, après de nombreuses expériences sur les chiens et trois applications sur l'homme, je me suis convaincu que le procédé de Murphy présente surtout deux grands défauts : 1° la boutonnière intestinale ou gastrique, par laquelle on engage la pièce mâle ou femelle du bouton, est trop large pour le calibre du cylindre central et on est forcé d'avoir recours à une suture des bords de la plaie pour la rétrécir. Or, cette suture est souvent imparfaite, d'où des accidents possibles et quelquefois meurtriers ; 2° la coaptation parfaite des deux pièces du bouton est souvent difficile, sinon impossible, à cause de l'épaisseur des parois et du danger qu'offre une pression trop forte des pinces à travers ces parois qui peuvent être sinon mortifiées du moins fortement modifiées dans leur vitalité. Il est incontestable, en effet, que certaines ulcérations des parois gastrique ou intestinale, observées par les chirurgiens, après l'application du bouton, tiennent à cette meurtrissure des parois par la suite des pressions trop fortes qu'on y a exercées. D'un autre côté, une coaptation imparfaite peut avoir des résultats funestes facilement compréhensibles.

Convaincu de ces deux défauts, j'ai cherché un moyen pour y remédier et je crois l'avoir trouvé en employant le procédé suivant, qui m'a toujours donné des résultats excellents. Ce procédé, je l'ai décrit et largement figuré dans mes archives (*Arch. des sc. méd.*, t. I, n° 1, janvier 1896, p. 45).

Voici en quoi il consiste :

Je divise les temps opératoires en trois : *a.* introduction et fixation de chacune des pièces ; *b.* coaptation des pièces ; *c.* suture des boutonnières d'engagement.

L'introduction et la fixation des pièces comportent cinq temps gastriques et autant intestinaux. Après avoir attiré la portion pylorique de l'estomac hors du ventre, un aide saisit des deux mains, entre le pouce et l'index, le canal pylorique, et après avoir refoulé le contenu gastrique, il pince l'estomac aux deux limites du champ opératoire qu'il tend et isole de cette manière. On pratique alors, sur la paroi antérieure du canal pylorique et parallèlement à son axe, une incision longue de 3 centimètres qui intéresse toutes les tuniques de la paroi stomacale. Cette boutonnière d'engagement faite, on saisit avec une pince à forcipressure, qu'on tient dans la main gauche, une des pièces du bouton, la pièce mâle, qu'on engage à travers la boutonnière gastrique et qu'on pousse de droite à gauche vers le vestibule du pylore, à quatre ou cinq centimètres environ de la boutonnière d'engagement, on fait saillir le cylindre de la pièce qui soulève la paroi gastrique près de la grande courbure et s'en coiffe. Pendant que l'aide pince l'estomac aux deux extrémités du champ opératoire, c'est-à-dire la boutonnière autour de la pince et la paroi gastrique autour de la pièce ainsi engagée, l'opérateur pratique sur la lumière du cylindre saillant et dans toute son étendue, une incision cruciale intéressant toutes les tuniques de la paroi gastrique. Par un mouvement de bascule de la pince tenue de la main gauche, on fait sortir le cylindre métallique à travers la boutonnière cruciale qu'on vient de créer. Le cylindre se trouve alors exactement enserré par la collerette formée des quatre petits lambeaux qui résultent de l'incision cruciale. Celle-ci ayant une grande tendance à s'agrandir, par suite de la déchirure de la paroi, il faut fixer le manchon gastrique formé des quatre petits lambeaux, autour du cylindre, soit en le serrant à l'aide d'un fil de soie, soit en passant une suture en bourse autour du manchon. Cette suture est faite avec l'aiguille de Reverdin fine, passée trois fois, ce qui suffit pour faire le tour du cylindre. Ce fil est serré et ses deux extrémités sont nouées. Les temps gastriques sont terminés. Après avoir confié à un aide l'estomac avec la pince et la pièce ainsi fixée, on procède à l'introduction et fixation de l'autre pièce du bouton, la pièce femelle, dans le tube intestinal. Pour cela, on suit exactement les mêmes cinq temps qu'on a pratiqués sur l'estomac, inutile de les décrire. Un détail doit être mentionné : l'incision en boutonnière d'engagement gastrique est faite en aval du point où doit être fixée la pièce du bouton, tandis que la boutonnière d'engagement intestinale sera faite en amont du point de fixation de la pièce. La première sera faite du côté du pylore, et la pince engagée de droite à gauche, la seconde du côté du duodénum, et la pince engagée de gauche à droite. Et cela pour deux raisons : 1° pour éviter, si cela pouvait se produire, le rétrécissement du calibre du tube gastro-intestinal en amont du courant des aliments ; 2° pour éviter le passage du contenu gastrique et intestinal au niveau des incisions d'engagement. La *coaptation* des deux pièces du bouton se fait de la manière suivante. Pendant que l'aide pince de la main droite, la boutonnière d'engagement gastrique et de la main gauche, la boutonnière intestinale. L'opérateur saisit les deux pinces, la gastrique de la main gauche, l'intestinale de la main droite et en leur faisant subir un léger mouvement de rotation en sens inverse, ramène les deux cylindres métalliques, l'un en face de l'autre, puis engage le cylindre de la pièce intestinale dans celui de la pièce gastrique et, par une légère pression, les fait pénétrer l'un dans l'autre. Ceci fait, on déclanche les deux pinces et on les retire.

La coaptation est achevée de la façon suivante : l'index de la main gauche est introduit par la boutonnière gastrique, tandis que le pouce de la main droite est introduit dans l'intestin par la boutonnière d'engagement de ce dernier.

On saisit ainsi les deux pièces mâle et femelle, gastrique et intestinale contre l'index gauche et le pouce droit; on approche fortement les deux doigts. De cette façon, la coaptation est parfaite. L'aide, pendant toute cette manœuvre,

pince les lèvres des boutonnières d'engagement autour des doigts de l'opérateur.

Il ne reste plus qu'à suturer les deux boutonnières d'engagement, gastrique et intestinale, cela se fait facilement à l'aide de cinq points de Lembert pour chacune d'elles. Après quoi, le tout est remis dans le ventre.

Je viens de décrire le procédé tel que je l'ai employé sur vingt chiens avec un succès parfait dans les gastro-entérostomoses. On comprend facilement qu'on peut l'employer aussi dans les entérostomoses, dans les anastomoses des voies biliaires avec l'intestin, etc., et même dans les résections étendues ou non de l'intestin. Dans ces derniers cas, l'orifice des deux bouts intestinaux servira de boutonnière d'engagement des pièces de bouton qu'on fermera après avoir obtenu ainsi une anastomose intestinale latérale, ce qui est préférable, vu les difficultés bien connues des anastomoses bout à bout du tube intestinal.

J'ajouterai enfin que, dans toutes mes expériences, j'ai eu le soin de fermer le pylore par un fil de soie de façon à intercepter toute circulation des aliments par l'orifice normal et mettre l'animal dans les mêmes conditions que l'homme atteint d'atrésie du pylore. Je conseille cette fermeture préalable du pylore chez l'homme, car cette constriction qu'exerce le fil de soie sur le pylore, supprime les contractions énergiques du pylore et du duodénum et enlève ainsi les chances de refoulement de la bile dans l'estomac. En terminant, je dois vous dire que j'ai fait, trois fois, la gastro-entérostomose chez l'homme avec insuccès : le premier malade a succombé quarante-huit heures après l'intervention de schock, vu le degré très avancé de cachexie ; le second a succombé le troisième jour d'hématémèse ; le troisième a succombé le huitième jour, alors que la guérison paraissait assurée, probablement par une ulcération due au bouton, je dis probablement, car le malade opéré en province, n'a pas été revu.

Enfin, il y a dix jours, j'ai fait de l'entéro-entérostomose, après la résection de 25 centimètres d'intestin grêle pour un néoplasme herniaire. Ce malade jusqu'à ce jour va très bien et j'espère qu'il guérira.

REVUE DE LA PRESSE

Des suppurations à distance dans l'appendicite. — M. Piard résume ainsi le travail qu'il vient de publier dans les *Archives générales de médecine* :

« On observe des abcès à distance dans le cours de l'appendicite ; ces abcès sont de sièges variés ; on les retrouve :

Dans le tissu cellulaire iliaque ; dans la cavité péritonéale ; dans la paroi abdominale antérieure ; dans le foie ; dans la plèvre ; dans le poumon; dans les divers organes plus éloignés : cerveau, parotide, rein, rate.

Ces abcès se caractérisent par ce fait qu'ils n'affectent aucune contiguité, même lointaine, avec l'appendice et se différencient de cette façon des abcès péri-appendiculaires du siège anormal, dus à une situation vicieuse de l'appendice ; ils sont l'expression d'une infection appendiculaire diffusée, soit par l'intermédiaire d'une contamination péritonéale, soit par le canal des organes vasculaires de l'appendice, grâce à leurs connexions physiologiques ou pathologiques ; ils présentent dans leurs variétés toutes les transitions contre le processus inflammatoire local et la septicémie généralisée. Ils nous permettent de concevoir un nouveau chapitre à ajouter à la grande classe des auto-infections d'origine interne.

Ces abcès sont rares. De leur connaissance résultent pourtant quelques indications opératoires plus précises dans le traitement chirurgical de l'appendicite. »

L'aliénation mentale chez les Arabes. — M. Meilhon résume ainsi, dans les *Annales médico-psychologiques*, ses recherches sur ce sujet :

« L'aliénation mentale est très rare chez l'Arabe; la proportion des aliénés est, chez les Musulmans de la province d'Alger, 134 fois moins considérable qu'en France. Le climat n'a qu'une importance négligeable sur cette immunité ; elle est surtout un effet de la civilisation. La religion du Coran est elle-même une cause prophylactique très importante. Le Kabyle est moins souvent atteint de folie que l'Arabe; plus que lui, du reste, il résiste aux causes de dégénérescence. L'aliénation est encore plus rare chez la femme et principalement chez la femme kabyle. L'hérédité doit avoir une influence prépondérante sur l'éclosion de la folie chez les Arabes. La syphilis, sous forme de syphilis conceptionnelle, doit être également incriminée. Quant à l'alcool et au kiff, le quart de nos malades sont des intoxiqués. Le trait dominant de la folie des Arabes est leur tendance à la violence; les perversions génésiques sont aussi très fréquentes. Le suicide est une exception chez l'indigène. Les idées délirantes les plus communes sont les idées mystiques et les idées ambitieuses, ces dernières semblant se concilier difficilement avec le tempérament fataliste de l'Arabe. Les formes primitives d'aliénation, et surtout la manie, dominent la pathologie mentale des Arabes. L'Arabe devient maniaque, le Kabyle devient mélancolique. Le délire chronique s'observe aussi quelquefois; il atteint surtout l'Arabe. Quant au délire mystique proprement dit, nous n'en avons rencontré aucun exemple bien caractérisé, malgré l'extrême fréquence des idées mystiques. L'alcoolisme apparaît surtout depuis l'année 1880; il frappe plus du cinquième de nos malades et sévit surtout chez l'Arabe. L'intoxication par le kiff est assez fréquente et se manifeste par quelques symptômes caractéristiques, parmi lesquels l'éréthisme génésique avec tendance aux actes obscènes et impudiques, l'extase, le rire continu, les hallucinations de la vue, la sensation d'enlèvement dans le vide. Comme l'alcoolisme, le kiffisme frappe surtout l'Arabe, le Kabyle restant presque indemne. La paralysie générale est très rare chez les Arabes ; elle est surtout un résultat des progrès de la civilisation; comme l'alcool, la syphilis n'intervient que par l'altération qu'elle imprime aux vaisseaux encéphaliques. L'imbécillité et l'idiotie se rencontrent rarement à l'Asile, les malades qui en sont frappés étant sans doute laissés en liberté, en raison du respect dont les Arabes les entourent. L'épilepsie, dont la forme maniaque est la plus commune, s'accompagne toujours de réactions extrêmement dangereuses. La proportion des décès à celle des admissions est de 53, 52 p. 100 ; parmi les causes de léthalité, la phtisie atteint la proportion de 20, 54 p. 100 du chiffre total des décès. Les conséquences pratiques qui découlent de ce travail nous amènent à conclure à la nécessité d'hospitaliser les Arabes sur le sol même de l'Algérie. »

Torticolis spasmodique. — M. F. de Quervain résume ainsi un travail sur le traitement chirurgical du torticolis spasmodique, d'après la méthode de Kocher :

« La section des muscles atteints de spasme constitue un traitement non seulement palliatif, mais aussi curatif du tic rotatoire, susceptible de fournir un résultat favorable dans tous les cas traités intégralement et avec persévérance, et réalisant un progrès incontestable sur la cure opératoire du torticolis spasmodique, mise en usage jusqu'à ce jour. » (*Semaine médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Grancher et Thoinot ont lu, le 14 novembre, leur rapport général au nom de la Commission de la tuberculose, instituée par le directeur de l'Assistance publique. L'importance de ce document, approuvé à l'unanimité, nous engage à le placer sous les yeux de nos lecteurs. Nous en commencerons la publication dans notre prochain numéro.

— *École de médecine de Reims.* — Le prix Duquesnel a été décerné à MM. Monclin et Vigneron. — Le prix Simon Tarbé a été décerné à M. Delvincourt.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 133. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 19 NOVEMBRE 1896. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous sommes actuellement dans la série des rapports de prix. MM. Brouardel, Chauveau, Grancher, Duguet, Straus se sont succédé à la tribune pour lire les rapports des prix Herpin, Pourrat, Monbinne, des épidémies, Chateauvillard et Alvarenga.

Retenons du rapport de M. le docteur Duguet, sur les épidémies, ce fait intéressant que partout, en France, la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde donnent une mortalité de moins en moins accentuée. Il est donc hors de doute que l'hygiène et la prophylaxie nous rendent maîtres aujourd'hui de bien des maladies et que la qualification d'évitables, qui leur a été donnée, se trouve de plus en plus justifiée.

M. Cadiot a fait une étude consciencieuse de la tuberculose des petits animaux, en particulier du chien, du chat et des psittacés. Il arrive à ces deux conclusions que la tuberculose canine est d'origine d'humaine, et que l'infection de l'homme par les animaux tuberculeux, pour être rare, n'en est pas moins possible par l'intermédiaire des locaux où se répandent les germes provenant de ces animaux.

M. Reynier, candidat dans la section d'anatomie et de physiologie, a donné lecture d'un travail sur l'anesthésie par le chloroforme. M. Reynier est resté fidèle au chloroforme, mais il estime qu'il doit être administré par des mains très expérimentées et avec la plus grande prudence, qu'il importe que le chloroformisateur fasse subir à son malade un examen pré-anesthésique et qu'il ne le quitte qu'après son réveil complet. Il donne les raisons de cette conduite dans ce fait que les accidents chloroformiques ne sont pas la conséquence d'idiosyncrasies, comme on l'a cru, mais bien le résultat de l'influence du chloroforme sur des cellules nerveuses déjà altérées par des maladies ou des intoxications antérieures.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Rapport général au nom de la commission de la tuberculose.

Par MM. J. GRANCHER et THOINOT.

En vous réunissant en commission (1), M. le directeur de l'Assistance publique a voulu provoquer la réforme de l'hospitalisation des tuberculeux, et, par voie de conséquence, la réforme de beaucoup de pratiques hospitalières, aujourd'hui reconnues défectueuses.

L'importance même de ces réformes exigeait une étude approfondie de leur degré d'urgence, de la méthode à suivre pour les réaliser, de l'ordre de leur réalisation, etc. Tel a été l'objet de vos travaux, qu'on peut condenser en quatre formules qui feront l'objet des quatre parties distinctes de ce rapport.

a. *Isolement des tuberculeux.* — Il faut entendre par là que les tuberculeux, tant dans leur intérêt que dans celui des autres malades, doivent être soignés à part, dans des hôpitaux spéciaux, ou dans des pavillons spéciaux d'un hôpital général.

b. *Antisepsie médicale.* — La réforme de l'hospitalisation des tuberculeux, tendant à supprimer la contagion de la tuberculose, doit être complétée par la mise en pratique des règles de l'antisepsie médicale dans nos hôpitaux, en vue de supprimer toutes les contagions.

c. Le *personnel hospitalier* chargé d'appliquer ces méthodes doit être mis à l'abri de la contagion, mieux choisi, mieux logé, mieux payé, plus instruit.

d. Le *traitement des tuberculeux à domicile* devra être complété, autant que possible, par la désinfection de ce domicile, qui devient trop souvent un foyer de contagion pour toute la famille.

(1) Cette commission, nommée par le directeur de l'Assistance publique, est composée de MM. le professeur Brouardel, président, Clairin, conseiller municipal, professeur Debove, docteur Dubrisay, docteur Duguet, docteur Gibert, professeur Grancher, docteur Hanot, professeur Landouzy, docteur Letulle, docteur Levraud, conseiller municipal, docteur A.-J. Martin, docteur Navarre, conseiller municipal, docteur Périer, professeur Potain, Risler, docteur Roux, Strauss, conseiller municipal, docteur Thoinot, F. Voisin, président du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique, Derouin, secrétaire général, Nielly, chef de la division des hôpitaux et hospices, ont pris part aux travaux de la commission.

I

ISOLEMENT DES TUBERCULEUX

La tuberculose est, de toutes les maladies, la plus commune et la plus meurtrière. Elle frappe, dans les villes surtout, sous des formes diverses, bénignes ou graves, peut-être un tiers de la population et en tue un sixième, au cours d'une génération. Chaque jour son domaine semble s'étendre sous nos yeux, peut-être parce que nous connaissons mieux qu'autrefois ses variétés, mais aussi parce que sa contagiosité, certaine, nous trouve sans défense.

Elle n'épargne personne, pauvre ou riche, mais frappe plus souvent et plus cruellement les pauvres qui, ne pouvant entamer contre elle une lutte longue et coûteuse, sont presque sûrs de la défaite. Ainsi, le sort de ces tuberculeux, hospitalisés ou non, est digne de pitié.

Le tuberculeux qui a eu la bonne fortune d'être admis à l'hôpital est placé, quels que soient la forme et le degré de sa maladie, dans la salle commune. Il y trouve, avec le traitement médical, un asile contre la faim et le froid, mais rarement la guérison, et il y apporte, en retour, le germe de son mal. En conséquence, telle qu'elle est aujourd'hui, l'hospitalisation de nos salles communes ne convient plus aux tuberculeux depuis que nous savons, de science certaine, que la tuberculose est *contagieuse* et qu'elle est *curable*.

C'est en 1865 que Villemin démontra la contagiosité de la tuberculose et le mode habituel de la contagion par la poussière des crachats, et c'est en 1882 que Koch découvrit le bacille tuberculeux. Les faits annoncés par Villemin et par Koch ont été contrôlés et vérifiés dans les laboratoires du monde entier. A la science expérimentale si précise est venue s'ajouter l'observation, qui démontre la contagion, non seulement d'animal à animal, mais de l'animal à l'homme et d'homme à homme, dans la famille, la caserne et l'hôpital. En ce qui concerne l'hôpital, comment en serait-il autrement? Les tuberculeux, et ils sont nombreux — un sur trois malades — crachent dans leurs crachoirs, mais aussi sur le parquet. Or, celui-ci est ciré et frotté deux fois par jour et la poussière contient le bacille spécifique qui pénètre dans les voies respiratoires et engendre la tuberculose. Ce bacille a été vu sur les murs de l'hôpital et sur le parquet (Cornet), dans les fosses nasales (Straus), dans la gorge (Lermoyez, Dieulafoy). Rien n'est donc plus certain que la contagion, et si ce fait a été longtemps méconnu, c'est que, avant 1882, nous soupçonnions la présence du bacille, mais nous ne le connaissions pas ; c'est aussi que la durée d'incubation est variable et très longue, de sorte que la filiation de la cause à l'effet est difficile à saisir.

La contagiosité de la tuberculose n'est donc pas une doctrine, c'est un fait certain. Partout où il y a des bacilles tuberculeux il y a danger de contagion. Or, le bacille de Koch est de tous les germes pathogènes le plus résistant. La dessiccation réitérée ne le tue pas, ni l'humidité, ni la putréfaction, ni la chaleur sèche à 70 degrés centigrades et même à 100 degrés. Il faut, pour le détruire, la chaleur humide à 100 degrés pendant deux minutes ou l'action prolongée d'une solution caustique d'acide phénique. Il vit donc pendant des mois là où il est déposé, ne perd que lentement sa virulence, et, même mort, provoque encore des lésions de tuberculose localisée.

Or, ce bacille, si redoutable, fourmille par milliards dans les crachats des tuberculeux. C'est assez dire le péril d'un séjour prolongé dans une salle d'hôpital où la désinfection rigoureuse des crachoirs n'est pas assurée et où les malades souillent les murs et le parquet. C'est le cas de nos salles d'hôpitaux. Le tuberculeux est donc un danger pour ses camarades de salle et, en conséquence, il doit être éloigné des services ordinaires et soigné à part.

Mais il est une autre raison, non moins impérieuse, qui milite en faveur de l'isolement des tuberculeux : c'est l'intérêt bien compris du tuberculeux lui-même.

En même temps que la notion de contagiosité, les progrès de la science nous ont, en effet, apporté, sur la fréquence et la curabilité de la tuberculose, des clartés nouvelles. La présence du bacille spécifique et l'inoculation expérimentale nous ont appris que ce vaste domaine de la scrofule, qui contient tant de lésions facilement curables : adénites, ostéites, etc., appartient à la tuberculose. D'autre part, les autopsies mieux faites ont révélé la présence très fréquente au sein de nos organes : poumons, ganglions, etc., de tubercules cicatrisés. Le même fait se rencontre chez les enfants, chez les vieillards, et même chez des adultes vigoureux morts de violences et autopsiés à la Morgue (Brouardel). Enfin, l'étude plus précise des symptômes et du diagnostic a fait voir que la tuberculose pulmonaire guérissait très souvent par les seules forces de la nature. Si bien que l'un de nous a pu dire justement que la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques (Grancher).

Que faut-il donc donner aux tuberculeux pour les guérir quand la guérison est encore possible? Il faut leur donner des forces nouvelles et relever leur organisme. Et comment? Par une aération continue et réglée de jour et de nuit, par une alimentation vigoureuse, par le repos prolongé et le sommeil. Or, rien de cela n'est possible dans la salle commune. L'aération? elle est empêchée par le pneumonique ou le rhumatisant dont la maladie exige que la fenêtre soit close. L'alimentation est rendue difficile par le défaut d'aération et le manque d'appétit qui en est la conséquence; quant au repos et au sommeil ils sont troublés par le malade endolori ou délirant.

Dans une salle réservée aux tuberculeux, surtout avec des chambres contenant peu de lits, on pourra combattre utilement la phtisie, surtout au début, et, comme dans les sanatoria, guérir beaucoup de malades.

En conséquence, dans l'intérêt général et dans l'intérêt du tuberculeux lui-même, celui-ci doit être soigné à part et isolé. Tel a été le sens de vos délibérations, que la formule suivante, proposée par M. Roux et adoptée à l'unanimité, résume fidèlement :

La meilleure manière de combattre et de traiter la tuberculose, c'est d'isoler le tuberculeux, parce qu'ainsi on évitera la contagion et parce que, dans les hôpitaux spéciaux, les tuberculeux seront dans de meilleures conditions thérapeutiques.

Nous ne doutons pas que l'Assistance publique, pénétrée de ses devoirs et aidée par le Conseil municipal, n'applique le plus tôt et le plus largement possible cette formule à l'hospitalisation des tuberculeux, car elle n'est pas ici devant une hypothèse ou même devant une doctrine, mais devant un fait scientifique absolument démontré. Du reste, cette hospitalisation séparée des tuberculeux est réalisée déjà depuis longtemps en Angleterre et aussi en Allemagne, notamment à Leipzig, et dans plusieurs villes de l'Italie.

Il est évident que le nouveau mode d'hospitalisation que vous demandez, tout en assurant la prophylaxie de la tuberculose et son traitement hygiénique, ne gênera en rien les nouvelles méthodes thérapeutiques. Au contraire, le sanatorium ou le pavillon spécial, en assurant *a priori* le traitement hygiénique, qui sera toujours nécessaire, multipliera les chances de guérison par tout autre moyen curateur issu de la pharmacopée ou du laboratoire.

Le principe de l'isolement admis, comment le réaliser?

Le « sanatorium », tel qu'il existe depuis déjà longtemps pour les riches et, depuis peu, pour les pauvres, à Falkenstein, Davos, Hohenhohe, etc., est l'idéal du genre pour la cure hygiénique; et c'est aussi un sanatorium modèle que l'Assistance publique a commencé à Angicourt. Malheureusement, les 700 000 francs du pari mutuel affectés à Angicourt ne permettent, après la création des services géné-

raux, que l'édification d'un pavillon de 50 lits, ce qui est tout à fait insuffisant. Aussi, avez-vous pensé à demander au pari mutuel, ou au Conseil municipal, une nouvelle somme de 700000 francs pour doter Angicourt de 200 lits.

Il va de soi qu'on recevra, à Angicourt, les tuberculeux légèrement atteints et curables, et que le choix de ces malades devra être fait par une commission *ad hoc*, semblable à celle qui désigne les enfants à envoyer à Berck-sur-Mer ou à Forges. Quant aux tuberculeux arrivés à une période avancée de leur maladie et réputés incurables, le Conseil municipal a déjà affecté une somme de 1600000 francs pour la fondation d'un hôpital-hospice de 400 lits, destiné à les recueillir. C'est sur les terrains de Brévannes que cet hospice doit être édifié.

Vous avez pensé que la création de pavillons spéciaux, dans nos hôpitaux, aurait sur l'hospice, projeté à Brévannes, de grands avantages, et qu'il y avait lieu de demander au Conseil municipal de vouloir bien attribuer, à ces pavillons spéciaux, les sommes destinées à cet hôpital-hospice. En effet, le désencombrement des salles ordinaires, objet légitime des préoccupattons du Conseil, sera tout aussi bien, mieux même, réalisé par les pavillons spéciaux, qui nous donneront plus de 600 lits. En outre, les soins dus aux malades seront mieux assurés à Paris et dans un hôpital général. Enfin et surtout, le mauvais renom que ne tarderait pas à acquérir cet hospice de tuberculeux, à peu près sûrement voués à la mort, en éloignerait nos malades. Gardons-nous, ont dit avec raison MM. Peyron, Hanot, Grancher, etc., de créer des léproseries où nos malheureux phtisiques seraient comme exilés et condamnés, si nous ne voulons susciter dans la population un sentiment de profonde terreur. Il faut que nos malades conservent, jusqu'à leur dernier jour, au moins l'illusion d'un traitement et l'espoir de la guérison. Quant à la contagion, elle sera tout aussi facile à combattre à Paris qu'à la campagne.

Pour tous ces motifs, votre première sous-commission a chargé MM. Duguet, Hanot et Letulle de visiter, avec M. Nielly, tous nos hôpitaux, pour en étudier l'adaptation partielle aux services de tuberculeux.

Ces messieurs ont, tout d'abord, éliminé trois de nos hôpitaux qui ne se prêtent à aucun aménagement possible en vue de recevoir des tuberculeux. Ce sont Necker, Beaujon, la Charité. Au contraire, Laënnec, Tenon et Lariboisière peuvent, dès aujourd'hui, donner des pavillons faciles à isoler et faciles à adapter à la cure de la tuberculose. On peut trouver, dans chacun d'eux, un pavillon d'hommes et de femmes, contenant à Laënnec 240 lits, à Tenon 240 également, et à Lariboisière 162 lits. Nous sommes loin, même avec les 200 lits d'Angicourt, des 2000 lits nécessaires, d'après les calculs de la sous-commission, à une hospitalisation convenable des tuberculeux de Paris. On trouverait le complément dans les constructions neuves que recevraient Saint-Antoine, la Pitié, Cochin, Broussais, Bichat et Boucicaut.

Tous ces hôpitaux enclosent de vastes jardins dont une partie pourrait être, et sans aucun dommage pour les malades ordinaires, consacrée aux phtisiques; 1112 lits y trouveraient place.

Quant au type architectural que devront réaliser ces bâtiments nouveaux, MM. Roux et Thoinot, aidés de M. Vibert, architecte de l'administration, en ont dressé un schéma avec plans, que vous trouverez annexé à ce rapport. Tracé pour Saint-Antoine et pour un hôpital de 300 lits, ce schéma est, naturellement, modifiable selon les lieux où il doit s'adapter.

Tous ces points résolus, vous vous êtes trouvés devant la question la plus embarrassante : la question d'argent. Il est, peut-être, impossible de tout faire à la fois. Par où doit-on commencer?

Interrogés par M. le directeur de l'Assistance publique sur le degré d'urgence de ces diverses créations : sanatorium, adaptation ou création de pavillons spéciaux, vous avez répondu qu'il y avait urgence d'achever Angicourt. Il n'est que temps, en effet, de faire pour les pauvres tuberculeux de Paris ce qui se fait déjà un peu partout, notamment en Allemagne et en Suisse, et de leur donner les soins conformes à l'état actuel de la science. C'est en voyant le sort réservé aux tuberculeux de nos hôpitaux, même s'ils viennent demander des secours au début de la maladie, que les médecins des générations précédentes ont acquis et répandu cette conviction que la tuberculose est incurable. Erreur grave et décourageante, qui a paralysé longtemps tout effort thérapeutique et contre laquelle on ne saurait trop réagir. Il faut traiter nos tuberculeux, et le plus tôt possible, dans des sanatoria; et les pavillons spéciaux de nos hôpitaux, s'ils sont bien tenus, réaliseront les conditions essentielles du sanatorium; on pourra y soigner et y guérir, comme à Angicourt, beaucoup de malades.

Les 200 lits d'Angicourt, en effet, seront si insuffisants, même si on les réserve à la tuberculose la plus curable, que nous devons nous efforcer de réaliser la cure par l'hygiène partout où nous mettrons des tuberculeux. Il est, au surplus, très difficile, impossible même, de dire *à priori* que tel tuberculeux guérira et tel autre succombera. On voit souvent des malades résister à de graves lésions et d'autres fléchir sous la première atteinte du mal, et rien n'est plus difficile que de formuler un pronostic certain en matière de tuberculose. Pour cette raison, il convient que tous nos malades trouvent à l'hôpital les éléments principaux de leur guérison. L'organisation des pavillons spéciaux comportera donc un personnel hospitalier de choix, instruit et discipliné, capable de comprendre, d'appliquer et de faire respecter les règlements de l'hygiène appropriés à la tuberculose. Et cela, outre la création et l'adaptation des pavillons, coûtera beaucoup d'argent.

Mais cet effort est nécessaire, et nous avons la conviction profonde que l'Assistance publique et le Conseil municipal voudront mener de front l'achèvement d'Angicourt et l'organisation des pavillons de tuberculeux, au moins dans les hôpitaux où ces pavillons existent déjà. Nous ne croyons donc pas trahir la pensée de la commission en répondant à M. le directeur de l'Assistance publique : Achevez Angicourt et organisez parallèlement nos pavillons spéciaux.

II

ANTISEPSIE MÉDICALE DES SALLES D'HÔPITAUX

Si l'antisepsie médicale et chirurgicale sont aujourd'hui une réalité bienfaisante dans toutes ou presque toutes nos salles de blessés ou d'accouchées, on n'en saurait dire autant de l'antisepsie médicale qui semble ne pas exister ou être impossible à pratiquer, tant on s'en occupe peu. La contagion des maladies obéit cependant aux mêmes lois que la contagion des plaies; elle se fait, comme pour celle-ci, le plus souvent par le contact d'objets souillés par le malade ou par la poussière de l'atmosphère, ou par des ingesta virulents. Elle est un peu plus complexe parce que les voies de pénétration dans le corps humain sont ici plus nombreuses, mais c'est toute la différence et, si on le veut, on peut la combattre aussi efficacement. L'un de nous, M. Grancher, en a fait la démonstration en organisant dans son service de l'hôpital des Enfants un système de défense contre la contagion médicale, système qui a donné, depuis bientôt dix ans, les plus heureux résultats. Cette méthode fort simple, composée de quelques précautions toujours les mêmes, faciles à prendre par les surveillantes, les infirmières et les élèves, a fourni la preuve qu'il est possible, dans un vieil hôpital, dans une salle commune, et sans grands frais, de soigner toutes les ma-

ladies, même les plus contagieuses, en évitant la contagion. Voici la coqueluche, par exemple, si facilement transmise. Comme, dans nos hôpitaux d'enfants, il n'existe pas encore de pavillon d'isolement pour cette maladie, les médecins gardent les coquelucheux dans leurs salles et la contagion y sévit parfois bien durement.

Or, dans la salle Parrot de l'hôpital de la rue de Sèvres, 20 enfants en 1892, 16 en 1893, 18 en 1894 et 28 en 1895, sont entrés avec la coqueluche et ont été soignés dans la salle commune pendant toute la durée de leur maladie. Pendant ces quatre ans, il n'y eut aucun cas de contagion, sauf 2 en 1895, par suite d'une erreur de diagnostic, une coqueluche ayant été méconnue et non entourée des précautions ordinaires, ce qui démontre encore l'excellence de ces précautions puisque, dès qu'elles cessent, la contagion sévit.

Mêmes résultats pour la varicelle, les oreillons, la bronchopneumonie, et aussi la diphtérie et la scarlatine quand elles entrent par erreur dans nos salles. La rougeole elle-même, si précocement contagieuse que le diagnostic utile en est presque toujours trop tardif, a vu sa transmissibilité diminuée de plus de moitié.

Certes, vous ne demandez pas que l'Assistance publique impose, par *voie administrative*, l'application de toutes ces mesures de prophylaxie, d'autant que quelques-unes, et non les moins importantes, exigent avant tout, de la part du chef de service, la conviction scientifique. Comment obliger, par exemple, un médecin à se laver les mains après avoir touché un malade contagieux, s'il ne croit pas à l'utilité de ce lavage? Et si le chef ne donne pas l'exemple, que feront les élèves et les infirmiers, naturellement enclins à la négligence? En médecine, comme en clinique et en obstétrique, tant vaut l'homme, tant vaut l'antisepsie. L'Assistance publique peut y aider puissamment et la rendre plus facile et plus sûre par le perfectionnement de l'installation et de l'outillage, mais le dernier mot restera toujours au médecin, au chirurgien ou à l'accoucheur.

Nous ne doutons pas que l'Assistance publique ne trouve dans les médecins des collaborateurs très empressés, très ardents même à appliquer les méthodes antiseptiques à mesure que l'excellence des résultats apparaîtra plus évidente. Mais elle ne doit pas attendre davantage pour mettre en œuvre les moyens qui dépendent d'elle seule et qu'elle peut, *proprio motu*, réaliser immédiatement. Le reste viendra par surcroît. De même que, dans la plupart des hôpitaux, elle fait passer à l'étuve à vapeur les linges et la literie de ses malades — et cela se fait pour tous les malades, contagieux ou non, à l'hôpital des Enfants — de même elle doit, au nom de l'intérêt général, user de son autorité pour appliquer les moyens prophylactiques qui sont de son domaine et qui, s'ils ne constituent pas toute l'antisepsie médicale, en représentent une bonne part.

De ce nombre sont les mesures suivantes que votre première sous-commission (1) vous a proposées et que vous avez adoptées.

1° *Substitution du lavage des parquets au balayage à sec et au cirage qui souillent l'atmosphère de germes pathogènes et font ainsi la contagion.* — Cette pratique, déjà réalisée dans quelques services, devra être uniformément imposée partout. Elle nécessite, il est vrai, une grosse dépense : la réfection des parquets dont les joints doivent être lutés, de façon à assurer l'étanchéité absolue des surfaces; mais cela est facile, en somme, et de plusieurs manières. Il va de soi que le même lavage à la serviette humide remplacera partout l'époussetage, etc., et qu'en somme toutes les précautions seront prises pour éviter la poussière dans l'atmosphère des salles.

2° *Recueil et désinfection de tous les crachats.* — On sait, de reste, que le crachat des tuberculeux contient les germes de la contagion, mais il en est de même de tous les crachats qui sont tous plus ou moins virulents. Tels ceux de la pneumonie, de certaines bronchites, des angines, etc. La virulence de tous les crachats doit donc être anéantie.

Aucun crachat ne doit tomber sur le sol.

Les malades ne doivent expectorer que dans leur crachoir.

Tout crachoir avec son contenu doit être désinfecté.

Telle est la triple formule à réaliser pour atteindre le but.

Le crachoir en étain ou en porcelaine, en usage dans nos salles à l'heure actuelle, est impropre à tous égards, difficile à désinfecter, etc. Vous l'avez condamné et vous avez adopté à titre d'essai le crachoir en verre teinté, à large base et à large goulot, très résistant, même à l'eau bouillante. M. Duguet, depuis huit ans, s'en sert avec beaucoup d'avantages pour ses malades. Il eût fallu trouver un crachoir commode, résistant et muni d'un couvercle, mais la présence du couvercle rend le crachoir incommode ou difficile à désinfecter et, en tout cas, très fragile et coûteux. il a donc fallu y renoncer. On y suppléera par une propreté plus rigoureuse et une désinfection plus fréquente.

Celle-ci sera confiée à des *infirmiers sanitaires*, sorte d'escouade qui, dans un office approprié à un petit groupe de salles, office de désinfection, procédera au nettoyage des crachats par l'eau bouillante. Quel que soit l'appareil définitivement adopté, les crachoirs et leur contenu seront soumis pendant cinq minutes à l'ébullition dans un bain chargé de 10 grammes de carbonate de soude par litre d'eau. Ainsi lessivés, les crachoirs seront parfaitement propres et les crachats dissous et détruits.

Les mêmes infirmiers seront chargés de veiller sur les crachoirs communs placés dans les couloirs, cours, escaliers, etc., et d'assurer leur désinfection par les mêmes moyens. Votre première commission vous a proposé, pour ce crachoir *commun*, un petit seau en tôle émaillée qui serait fixé à 1 mètre de hauteur au-dessus du sol, le long des murs. Ce crachoir, comme le crachoir *personnel*, recevrait une solution phéniquée qui opérera une première désinfection et s'opposera à la dessiccation si dangereuse des crachats.

Vous ne vous êtes pas dissimulé que toute cette organisation, que toutes ces précautions, en ce qui concerne crachoirs et crachats, seraient vaines si les malades persistaient, comme il arrive souvent aujourd'hui, à cracher à côté du crachoir, un peu partout, sur le sol et les murs. Que ces souillures soient tolérées de la part d'un malade alité, délirant, irresponsable, rien de plus naturel; mais vous avez pensé qu'elles étaient intolérables quand, au mépris de l'intérêt général, elles semblaient être un acte de gaminerie ou d'indiscipline, et vous avez demandé que des avis fussent placardés invitant les malades à se conformer à la règle et les prévenant, en cas de désobéissance, qu'ils s'exposeraient non seulement à la réprimande, mais à l'expulsion.

(A suivre.)

(1) Cette sous-commission est composée de MM. Duguet, Hanot, A.-J. Martin, Letulle, Roux, Thoinot et Grancher.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

La tuberculose des petits animaux. — M. Cadiot fait observer que jusqu'en ces dernières années, la tuberculose du chien a été considérée comme très rare, parce qu'on la confondait avec d'autres affections : on prenait pour de la pneumonie chronique ses localisations pulmonaires, ou pour du cancer ses autres lésions, notamment celles du foie, des séreuses et des ganglions. Contrairement à l'opinion encore

répandue aujourd'hui, la tuberculose chez le chien est beaucoup plus commune que le cancer généralisé. Dans les nécropsies qu'il a pratiquées, plusieurs fois M. Cadiot a trouvé des séries de 10, 15, même 20 cas de tuberculose pour un seul de la forme infectieuse du cancer.

Depuis 1891, il a observé et autopsié dans son service, à l'École d'Alfort, 205 chiens tuberculeux. Sur 140, les viscères thoraciques et abdominaux étaient envahis; sur 53, les lésions étaient circonscrites aux organes thoraciques et sur 12 aux organes abdominaux. Les poumons étaient affectés dans 158 cas et le foie dans 119. La pleurésie est un accident fréquent; elle a été rencontrée 90 fois. Et autant elle est commune sur les chiens tuberculeux, autant elle est exceptionnelle sur ceux qui ne le sont pas. Le relevé de ses 50 dernières observations de pleurésie chez le chien montre la tuberculose en cause 41 fois, soit dans 82 p. 100 des cas, proportion à peu près semblable à celle établie pour l'homme et qui peut être citée à l'appui de la doctrine défendue par M. Landouzy.

Les chiens tuberculeux répandent surtout le contage par leur écoulement nasal; mais il en est qui le disséminent aussi par leurs excréments, par leurs urines, et par des lésions externes dont on méconnaît la spécificité.

Sur 14 de ses malades, M. Cadiot a constaté des plaies tuberculeuses. C'est la région cervicale qui en est le siège électif : 12 fois elles occupaient la gorge ou la partie antérieure du cou. Il ne s'agissait pas de lésions cutanées primitives, mais de fistules d'origine lymphatique dont le pus était parfois assez abondant et riche en bacilles.

Sur 9 chats tuberculeux qu'il a examinés, 2 étaient également atteints de lésions externes suppurantes. L'un était porteur d'une fistule cervicale, et l'autre d'une large plaie du nez et de la face simulant un cancroïde ulcéré.

Les lésions tuberculeuses externes sont particulièrement fréquentes chez les psittacés. Or, au cours des recherches sur les tuberculoses qu'il a faites avec MM. Gilbert et Roger, il a donné la preuve que, inoculée à divers animaux, la tuberculose de ces oiseaux se comporte absolument comme la tuberculose des mammifères; que les caractères histologiques des lésions de ces tuberculoses sont semblables; que la tuberculose des mammifères, en général inoffensive pour les gallinacés, s'inocule très facilement aux psittacés; enfin, les auteurs ont fait connaître des cas authentiques de transmission de la tuberculose de l'homme à la perruche. Ces bacilloses étant identiques, les ulcères tuberculeux externes des perroquets et des perruches constituent évidemment, tout comme ceux du chien et du chat, des foyers d'infection qui peuvent être dangereux pour l'homme.

Accidents de la chloroformisation. — M. REYNIER est resté fidèle au chloroforme. Ses statistiques montrent que l'éther n'a rien à envier au chloroforme au point de vue de la production des accidents. Le seul avantage que présente l'éther sur le chloroforme, c'est qu'il n'est besoin d'aucune éducation, d'aucune habitude pour l'administrer, tandis que le chloroforme exige, au contraire, toute une éducation et une grande habitude. Un bon chloroformisateur est un aide précieux pour le chirurgien.

M. Reynier estime que ce n'est pas par le fait d'idiosyncrasies que se produisent les accidents chloroformiques. Ces accidents ont généralement des causes déterminées et il est de la plus haute importance que le chloroformisateur fasse subir aux malades qui doivent être anesthésiés par le chloroforme un examen pré-anesthésique. Ce sont les bases de cet examen que M. Reynier désire faire connaître :

Les accidents chloroformiques reconnaissent la plupart du temps pour cause une tare nerveuse. C'est ainsi que, chez les alcooliques, on observe fréquemment, au début de la chloroformisation, une excitation qui rappelle celle que produit l'alcool; on a même observé un véritable *delirium tremens*. Chez les hystériques, on voit des crises tantôt convulsives, tantôt syncopales; certaines syncopes du début ne sont que des crises hystériques syncopales provoquées par le chloroforme. Chez les épileptiques se montrent de véritables accès épileptiformes.

La morphine agit d'une façon variable. Si le sujet n'est pas intoxiqué par cette substance, la chloroformisation en sera aidée. En cas de morphinisation, les effets varieront suivant que la cellule nerveuse est excitée ou déprimée.

L'état de la cellule médullaire joue aussi un rôle. Chez les ataxiques peuvent se produire des réflexes généralisés amenant des arrêts de la respiration et du cœur.

En somme, la cellule nerveuse excitée par le chloroforme réagit suivant son mode habituel de réaction.

Ce n'est pas seulement au début que se montrent ces sortes d'accidents. On les retrouve au réveil. A ce moment, les cellules nerveuses repassent en sens inverse par les mêmes phases qui avaient marqué leur envahissement par l'anesthésique.

L'alcoolique, au réveil, se débat ou a un délire loquace auquel succède l'abrutissement. L'hystérique a des crises d'hystérie convulsives ou syncopales. Ces dernières, si on n'est pas auprès de la malade, peuvent offrir un certain degré de danger, moins grand, il est vrai, que pendant la chloroformisation. Si on a adjoint au chloroforme certaines autres substances, cette syncope peut être très grave. D'où l'obligation de ne jamais quitter un malade, qui a été chloroformisé, avant qu'il n'ait complètement repris connaissance.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS UROLOGISTES

Première session.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. LEGUEU, depuis quelques mois, a substitué comme **anesthésique local l'eucaïne** à la cocaïne pour la pratique des opérations qui ne demandent que l'anesthésie locale, et plus spécialement sur celles qui portent sur l'appareil urinaire.

A des propriétés anesthésiques égales, sinon supérieures, le chlorhydrate d'eucaïne a l'avantage d'une moindre toxicité; en outre, le sel étant plus stable, les solutions peuvent être stérilisées par l'ébullition.

Alors que 6 centigrammes de cocaïne suffisent à tuer en trois quarts d'heure un cobaye, il a constaté dans des expériences comparatives faites avec son élève, M. Lihon, que 8 centigrammes d'eucaïne n'amenaient qu'en une heure et demie la mort d'un cobaye de même poids.

Les solutions dont on se sert sont au centième; la dose injectée dans l'urèthre ou sous la peau ne dépasse pas 5 à 6 centigrammes. Pour la technique, il s'est en tout conformé aux règles préconisées par M. Reclus pour la cocaïne, et c'est sans doute ce qui lui a permis de n'observer aucun des accidents qui ont marqué les débuts de la cocaïne.

Pour la cystoscopie, il emploie une solution au cinq centième, dont j'injecte dans la vessie 100 ou 200 grammes, soit 20 à 40 centigrammes d'anesthésique.

Au contraire de la cocaïne, l'eucaïne a des propriétés congestives, ce qui doit faire contre-indiquer son emploi dans les cas où le saignement est très prononcé.

M. CARLIER pense que la stérilisation des solutions de cocaïne n'est pas aussi difficile qu'on vient de le dire. Grâce à la technique suivante, on n'a jamais de suppuration. On

prépare avec des papiers stérilisés des paquets contenant 5 centigrammes de cocaïne, et, au moment de l'opération, on les verse dans de l'eau stérilisée. A ce propos, il indique aussi un procédé particulier d'anesthésie de la verge; en faisant une injection à la base de la verge, au niveau du nerf dorsal et sur les parties latérales et inférieures, on a une anesthésie de tout l'organe; on peut ainsi faire des circoncisions, le frein seul reste un peu sensible.

M. MALHERBE a observé **deux cas d'arthrite blennorragique suppurée.**

Dans l'un, il s'agit d'une jeune femme de vingt ans; son accouchement avait obligé le mari à des vacances forcées. Il en usa; à la reprise du lit conjugal, la femme contracta la blennorragie. Elle eut une arthrite mono-articulaire suppurée que M. Malherbe ponctionna, lava, puis immobilisa. Une ankylose s'ensuivit contre laquelle la malade refusa toute intervention. Le pus était stérile.

Dans un deuxième fait, un goutteux de quarante-trois ans contracte la blennorragie. Un jour, la jambe se fléchit, le talon vient s'appliquer contre la fesse; la jambe se redresse spontanément sous le chloroforme, et, quelques jours après, on constate une arthrite suppurée. Ponction, lavage, silicate, immobilisation.

Le pus ensemencé donne au bout de quatre jours une culture de staphylocoque atténué, car l'inoculation n'a pas tué une souris en quatre jours.

Peut-être peut-on conclure de ce fait que :

1° Le gonocoque n'est pas pyogène;

2° Que la suppuration est le fait d'une association microbienne.

M. ÉRAUD fait remarquer que la question des propriétés pyogènes du gonocoque est actuellement très discutée. En tous cas, les auteurs allemands paraissent avoir tendance à considérer les différentes complications suppuratives de la blennorragie comme dues au gonocoque lui-même; mais le microbe ne pourrait être trouvé dans le pus que dans les premiers jours de l'inflammation. Par suite, la question du rôle des infections mixtes dans la blennorragie, que l'on croyait tranchée, il y a quelques années, dans le sens de l'affirmative, semble revenir sur le tapis; il semble démontré que le gonocoque peut être aujourd'hui rendu coupable de certaines complications, au sujet desquelles on ne croyait pas pouvoir admettre son rôle pyogène.

Pour remplacer le testicule supprimé, M. CARLIER propose d'employer **un testicule artificiel en argent.** Il fit une fois cette prothèse testiculaire, il y a un an, chez un homme entré dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, pour une vieille hématocèle. M. Carlier dut sacrifier le testicule et le remplacer par un testicule artificiel.

M. Carlier recommande de faire, en pareil cas, la résection de la tunique vaginale et de loger le testicule artificiel dans une loge spéciale, qui sera formée par un plan de sutures au catgut de la tunique fibreuse des bourses; la peau est ensuite suturée au crin de Florence. Le mieux est de ne pas mettre en regard l'une de l'autre les deux lignes de sutures, pour éviter la contamination de la suture de la tunique fibreuse au cas de désunion de la suture de la peau.

Les testicules artificiels en argent sont bien préférables à ceux de soie, de caoutchouc ou de celluloïd; ces derniers, en effet, peuvent, à la longue, se laisser attaquer par les sécrétions locales. De plus, le testicule métallique, d'un poids moyen de 12 grammes, ne se laisse pas aussi aisément entraîner vers l'anneau inguinal, par la rétraction de la partie correspondante des bourses.

Le malade, opéré en juin 1895, a été revu ces derniers temps; le testicule, très mobile dans les bourses, est très bien supporté, et le malade ne se serait peut-être pas douté de la substitution opérée, sans l'indiscrétion de l'infirmier qui avait assisté à l'opération.

Détail intéressant, il y a une atrophie presque complète du lobe droit de la prostate.

M. LOUMEAU a eu deux fois à appliquer la prothèse testiculaire, chez des prostatiques à qui il a voulu pallier ainsi l'effet moral qu'aurait pu produire chez eux la disparition complète de leurs testicules. Après avoir fait la castration totale qu'ils avaient préalablement acceptée, il a meublé leur scrotum, en disant aux malades qu'une opération moins radicale avait pu suffire à leur guérison. Comme organes prothétiques, il a employé de petits ovules en soie tressée d'une manière très lâche, de façon à donner l'illusion de la souplesse testiculaire. Ces appareils postiches ont été inclus trois fois sur quatre dans la cavité vaginale où ils ont été très bien tolérés, et n'ont pas présenté les inconvénients signalés par M. Carlier. Le quatrième de ces testicules en soie, qui avait été placé, par mégarde, sous les téguments du scrotum, a, au bout de quelques semaines, déterminé un travail d'irritation qui a déterminé son évacuation.

Pendant les premiers temps, les ovules de soie ainsi préparés présentaient absolument les caractères morphologiques des testicules réels. Mais, par la suite, ils durcissent considérablement. Celui qui a été extrait du scrotum chez un de ses opérés était très ratatiné, infiltré de sucs organiques, et d'apparence pierreuse. Aussi, à l'avenir, M. Loumeau essaiera des testicules en caoutchouc creux, préparés sur ses indications et qu'il n'a pas encore eu à employer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les membres du jury du concours pour deux places de professeur agrégé (médecine opératoire, anatomie), qui s'est ouvert le lundi 16 novembre au Val-de-Grâce, sont: M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président; MM. les médecins principaux de première classe Robert, Delorme et Gentil; M. le médecin principal de deuxième classe Bar, et M. le médecin-major de première classe Mignon.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Ecot, Fargin, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, Mitry, Rioblanc et Sieur.

Le sujet de la composition écrite a été : « De la péritonite traumatique. »

— Par décision ministérielle, en date du 16 novembre 1896, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés ou ont reçu les affectations suivantes :

MM. les médecins-majors de première classe Brachet, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Radouan, pour l'emploi de médecin-chef de l'hospice mixte de Vernon; — Trifaud, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de Tarbes; — Augé, pour le 126e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Zimmermann, pour le 44e d'infanterie; — Lévêque, pour le 100e d'infanterie; — Toussaint, pour le 26e d'infanterie; — Lemoine, pour le 51e d'infanterie; — Pailloz, pour le 24e d'infanterie; — Krantz, pour le 160e d'infanterie; — Bonjean, pour le 14e chasseurs à cheval; — Pouillaude, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Boyé, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Jantet, pour l'école spéciale militaire; — Jaubert, pour le 123e d'infanterie; — Delom-Sorbé, pour le 34e d'infanterie; — Manon, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Vitoux, pour le 154e d'infanterie; — Tournier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Gilliard, pour le 1er régiment étranger; — Claude, pour le 159e d'infanterie; — Georges, pour le 26e d'infanterie; — Darricarrère, pour l'hôpital militaire de Marseille; — Moinet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Hotchkiss, pour les hôpitaux

militaires de la division d'Alger; — Jenny, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Peyrolle, pour le 19e d'artillerie; — Labadie, pour le 163e d'infanterie; — Faure, pour le 88e d'infanterie.

— La prochaine session du Congrès pour l'étude de la tuberculose, qui devait avoir lieu en 1897, a été reportée à une date qui sera ultérieurement fixée.

— Le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à la création d'un service de maladies des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bocquet (de Maubeuge).

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 134. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 21 NOVEMBRE 1896. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des diverses lésions produites chez l'homme par les projectiles des armes à feu de petit calibre (1).

Par le docteur J. HUGUET,
Médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger,
Lauréat de la Société de chirurgie.

IV

D. **Lesions des principaux organes.** — LÉSIONS DU CRANE ET DU CERVEAU. — En campagne, les plaies de tête sont observées dans la proportion moyenne de 12 à 15 p. 100 (Delorme). Mais tandis que les blessures sont presque aussi fréquentes au crâne qu'à la face (en 1870, 2953 au crâne et 2877 à la face), le chiffre des morts a atteint à peu près 6 dans les plaies craniennes contre 1 dans les lésions de la face (826 et 147). Au Tonkin, la proportion a été de 7 contre 1 (Nimier). Enfin sur 87 blessures du crâne, ce chirurgien en a observé 31 qui intéressaient le squelette, soit plus d'un tiers.

Dans les os du crâne, l'effet produit par les petits projectiles dépend de la résistance du point frappé; la vitesse entre ici en première ligne : elle décide de la variété et de l'étendue des lésions (Habart).

Les balles arrivées à la fin de leur course peuvent venir frapper le cuir chevelu et y déterminer des contusions simples au premier ou au deuxième degré. Si les projectiles arrivent tangentiellement, ils peuvent y produire des érosions et même des sétons, ces derniers au niveau des fosses temporales. Sur le crâne, une balle peut produire des désordres très variables, dont les plus simples sont les contusions et les gouttières, et dont les autres plus importants sont les fractures de la table externe, de la table interne et les perforations.

D'après le professeur Delorme, les nouveaux projectiles peuvent produire des gouttières à bords nets, tout à fait rectilignes. Cette lésion se produirait beaucoup plus fréquemment qu'avec les anciens projectiles.

La fracture de la table externe seule, sans déplacement, est très rare (Delorme), parce que le projectile détermine sur le crâne un cône de dépression, et que c'est en général la table interne qui cède la première. La fracture de la table externe seule s'observe quand le projectile a frappé l'os très tangentiellement : elle affecte la forme de fêlures ou fissures diverses. La fracture de la table interne se présente sous la forme de fissures en forme d'étoile, d'H, d'L, de T, etc. (Delorme). Bien souvent, elle s'accompagne de déplacement.

Les perforations peuvent être complètes ou incomplètes; elles peuvent aussi intéresser une seule paroi ou deux parois opposées. L'orifice d'entrée, au niveau de la table externe, est généralement circulaire, d'un diamètre égal ou inférieur à celui de la balle, 7 millimètres à 7mm5 (Chauvel et Nimier). Au niveau de la table interne, l'orifice est plus étendu, taillé en biseau ; on trouve de petites esquilles restées en contact avec les méninges ou chassées dans l'intérieur du cerveau. Quand la perforation est double, l'orifice de sortie a des dispositions inverses : c'est la table interne qui est taillée nettement et la table externe qui est taillée en biseau. On peut trouver des perforations incomplètes de la deuxième paroi.

Les perforations sont compliquées de fissures d'autant plus nombreuses que la vitesse est plus considérable; en outre de ces fissures, on observe la disjonction des sutures (Wagner). Les traits fissuriques présentent parfois des directions obliques en forme d'X ou d'étoiles (fissures radiées des auteurs) et sont reliés par d'autres fissures tendant à former des lignes courbes concentriques (fissures circulaires des auteurs).

D'après Von Coler et Schjerning, constamment l'une des fissures relie les deux orifices. A mesure que les distances augmentent, les fissures circulaires varient, puis les fissures radiées disparaissent. A 1600 mètres persisterait seule la fente linéaire reliant les deux orifices.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la distance à partir de laquelle on n'observe plus sur le crâne les effets explosifs. Pour Habart, la limite de la zone d'explosion serait à 500 mètres. Bruns a prétendu qu'au delà de 800 mètres, on obtient des perforations à bords nets.

MM. Chauvel et Nimier, dans leurs expériences, ont, il est vrai, obtenu de véritables fracas de la voûte à des distances variant de 200 à 1 500 mètres, et Demosthen a eu des résul-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1281.

tats analogues. Mais MM. Chauvel et Nimier ne partagent pas l'opinion de ce chirurgien en ce qui concerne l'interprétation des faits; pour eux, il ne faut pas considérer l'effet explosif comme seul capable de produire les grands fracas osseux du crâne. Pour qu'il y ait eu réellement effet explosif, il faut qu'il se soit produit, non point simplement la hernie de la matière cérébrale au niveau du trou de sortie, mais la projection au dehors des deux orifices, projection caractéristique de l'action explosive. D'après MM. Chauvel et Nimier, cette action ne serait plus observée à des distances supérieures à 200 mètres. Il semble donc que la zone d'explosion soit plus courte pour les nouveaux projectiles que pour les anciennes balles. Cette opinion est partagée par la plupart des auteurs (Chauvel et Nimier, Bruns, Habart).

Les lésions des méninges correspondent, en général, à l'étendue de la lésion osseuse; elles sont caractérisées par des hémorragies et des déchirures d'importance variable. Le cerveau frappé à de courtes distances subit des éclatements étendus et si les désordres ne sont pas trop complexes, on peut y découvrir de nombreux foyers hémorragiques ventriculaires et méningés. A des distances plus considérables, on constate la présence d'un trajet intra-cérébral, en général cylindrique, toujours de calibre inférieur à celui du projectile, à parois plus ou moins déchirées et écrasées. Fréquemment, dans la première partie du trajet, on trouve de petites esquilles enfoncées jusqu'à une profondeur de 4 centimètres. Il semble que la désorganisation et l'attrition du tissu nerveux soient plus prononcées dans le voisinage de l'orifice d'entrée qu'à l'orifice de sortie (Von Coler et Schjerning).

Demosthen, dans ses expériences, n'a jamais observé l'arrêt des projectiles dans la boîte cranienne. Il est à souhaiter qu'il en soit ainsi le plus souvent, car on a pu constater combien il est difficile de tenter l'extraction d'un projectile; les recherches sont fort délicates et aussi dangereuses à cause de la mollesse de l'encéphale et de l'extension possible des dégâts (Delorme). Baudens, Sédillot, partisans de l'intervention, n'ont pas toujours vu leurs manœuvres opératoires couronnées de succès.

Lésions du cœur. — D'après le médecin-major de Santi, la proportion des blessures du cœur par coups de feu serait de 0,7 p. 100, chiffre rapporté dans les traités de MM. Delorme, Chauvel et Nimier. Les blessures du cœur produites par balles et décrites par les auteurs sont les contusions, les plaies non pénétrantes et pénétrantes.

La contusion a été observée le plus souvent dans les guerres de siège (H. Larrey, Fischer); aussi résulte-t-elle rarement de l'action d'un petit projectile arrivé au terme de sa course.

Les régions du cœur intéressées le plus souvent par les traumatismes sont le ventricule droit, puis l'oreillette droite (Jamain, Fischer). Quand le ventricule droit a été lésé 43 fois, le ventricule gauche l'était 28 fois.

Les plaies non pénétrantes sont de simples éraillures, des gouttières plus ou moins profondes produites par des coups de feu, soit transversaux, soit plus ou moins obliques.

Les blessures pénétrantes sont rares : on trouve des gouttières (Wagner) plus profondes en certains points et communiquant par ces points avec le ventricule. Le plus souvent, on a affaire à des perforations analogues à celles des tissus mous, avec orifices d'entrée et de sortie irréguliers, à bords frangés et inégaux présentant des échancrures ou des fissures radiées, de dimensions variables, et en nombre proportionnel à la vitesse du projectile.

Le cœur peut être blessé jusqu'à une distance de 4000 mètres (Habart). Ce même auteur a déterminé, avec une balle tirée à faible distance sur un muscle cardiaque en systole, une simple perforation; une autre fois, il a vu se produire, dans les mêmes conditions, sur un cœur en diastole, des effets explosifs dont il y avait des traces manifestes jusque sur la crosse de l'aorte.

Lésions du poumon et de la plèvre. — Parmi les tués laissés sur le champ de bataille, on compte le tiers (Lœffler, Lidell), la moitié (Koch) des morts par suite de plaies pénétrantes de poitrine. La mortalité des blessés recueillis atteint encore de 60 à 65 p. 100. La fréquence de ces blessures, par rapport aux plaies non pénétrantes, serait voisine de 50 p. 100 (Chauvel et Nimier).

Les blessures non pénétrantes ne présentent rien de particulier à signaler. Les plaies pénétrantes simples pleurales sont exceptionnelles; cependant, on ne saurait nier la possibilité de leur production. Une balle frappant tangentiellement le thorax vers sa base peut ouvrir le cul-de-sac pleural, sans intéresser le poumon qui, pendant l'expiration, remonte jusqu'à la cinquième côte (Delorme).

Dans les plaies pénétrantes avec lésion du poumon, l'organe est sillonné ou perforé incomplètement, ou de part en part. Les désordres produits sur la paroi peuvent être variables, car la balle peut pénétrer entre deux côtes, ou bien échancrer une côte, produire une fracture, enfin perforer la côte avec ou sans esquilles. Dans le cas d'échancrure de la côte, les esquilles sont projetées dans la cage thoracique et vont blesser le poumon.

Les coups de feu du poumon produisent des perforations simples (Delorme) : les trajets sont cylindriques, nets, étroits, à peine reconnaissables. Autour de ces trajets, le tissu pulmonaire est infiltré de sang sur une largeur de 2 centimètres (Habart), parsemé de petites apoplexies, mais sans déchirures (Bogdanik). L'orifice d'entrée est en général plus petit que le diamètre du trajet, et celui de sortie plus grand. Cependant, les désordres peuvent être étendus si le projectile a pénétré de travers, s'il a entraîné des esquilles, déchiré un gros vaisseau ou une grosse bronche, et il est, en outre, un fait à retenir, c'est que la section du parenchyme par les balles cuirassées déterminerait constamment d'énormes hémorragies dans la plèvre (Demosthen).

Lésions du foie, du pancréas et de la rate. — Les contusions du foie ont été signalées cinq fois (Edler). La mort immédiate à la suite de plaies du foie a été observée 11 fois sur 48 cas mortels. La mortalité générale à la suite de blessures du foie seul est de 60 p. 100 (Edler). Les lésions de cet organe par coups de feu sont environ quatre fois moins fréquentes que celles de l'intestin, et deux fois plus que celles de l'estomac ou des reins (Otis). Edler a rapporté 6 cas de coups de feu du pancréas, dont 5 mortels par suite de lésions concomitantes. Ce même auteur a réuni 2 cas de contusion par petits projectiles (Gähde, Otis), tous deux mortels; les plaies de cet organe ont donné une mortalité de 83 p. 100.

Le professeur Delorme considère la contusion du foie comme relativement fréquente. Il y a dans ce cas des fissures avec attrition du tissu propre, soit sur la surface convexe, soit sur les surfaces convexe et concave.

Les balles peuvent, en outre, produire des plaies diverses, écorner, sillonner le foie, le perforer en cul-de-sac ou de part en part. Ces lésions sont simples quand les balles ont une faible vitesse. Si, au contraire, celle-ci est très grande, on trouve des éclatements du foie à plus ou moins grande distance du trajet. Le diamètre des perforations est inférieur ou égal au projectile aux vitesses très faibles; il est notablement supérieur à 8 millimètres aux moyennes vitesses, et très supérieur aux vitesses considérables (Delorme). Le trajet, plus ou moins régulier, est cylindrique, toujours déchiqueté. L'orifice d'entrée est arrondi, circulaire, ovalaire, linéaire, triangulaire (Delorme, Habart), ou même étoilé (Otis, Delorme). L'orifice de sortie est plus large, assez irrégulier; ses variétés d'aspect sont à peu près celles du trou d'entrée.

Les désordres du pancréas et de la rate sont analogues à ceux du foie. Le pancréas, vu ses rapports anatomiques, ne peut guère être atteint dans les coups de feu antéro-postérieurs ou transversaux, sans que la gravité des lésions concomitantes n'enlève à la blessure toute importance (1) [Delorme].

Les blessures de la rate sont rares; les petits projectiles peuvent les produire d'avant en arrière, d'arrière en avant, ou transversalement. Les premières sont toujours compliquées de lésions des intestins, des reins; les balles arrivant transversalement peuvent intéresser la rate seule.

Lésions des reins, de la vessie et du rectum. — La statistique d'Edler relève 50 plaies des reins par coups de feu contre 4 contusions (dont 3 par éclats d'obus) et 12 blessures par armes blanches. Pendant la guerre d'Amérique, sur 78 blessés, les viscères voisins ont été atteints 33 fois en même temps que le rein.

Les blessures de la vessie ont été observées au nombre de 183 sur plus de 400000 blessures (Otis), et il n'a pu être réuni que 8 observations de coups de feu de cet organe (Bartels).

Les lésions du rectum sont souvent compliquées par des blessures d'autres organes pelviens; leur mortalité a atteint près de 43 p. 100 (Otis : guerre d'Amérique), et près de 48,5 p. 100, pendant la guerre de 1870-71.

Les traumatismes du rein sont de plusieurs ordres; cet organe peut être érodé, sillonné, perforé incomplètement, avec arrêt du projectile, ou perforé de part en part. Les orifices d'entrée et de sortie sont circulaires, ovalaires, prolongés par des déchirures rayonnantes, notamment dans le voisinage du trou de sortie, plus grand que le trou d'entrée. La capsule présente des décollements au niveau des solutions de continuité. Les fissures radiées du tissu rénal ont été observées dans un cas où le projectile avait seulement creusé une petite gouttière sur le bord de l'organe (Habart). Quand la vitesse du projectile est faible, le trajet est de petites dimensions [trajet de 25 à 35 millimètres, à une portée de 600 mètres (Habart)]. Avec une vitesse plus élevée, les orifices peuvent présenter les dimensions d'un doigt (auriculaire, index); le trou de sortie devient plus irrégulier, ovalaire, triangulaire, les fissures sont plus longues et plus profondes. Il y a aussi, le plus souvent, des décollements étendus de la capsule, des dilacérations, des éclatements de l'organe (Delorme).

(1) En Amérique, on a vu une hernie du pancréas simulant une pneumocèle. Dans un autre cas de coup de feu, on put reconnaître la hernie de la queue du pancréas.

Les blessures de la vessie peuvent être non pénétrantes ou pénétrantes; les premières sont exceptionnelles (Delorme).

Les plaies pénétrantes sont généralement intra-péritonéales, et, dans certains cas seulement, extra-péritonéales (au niveau ou au-dessus du pubis). L'organe vésical est, le plus souvent, atteint en même temps que certains autres (intestins, os du bassin, etc.). Ces lésions sont rarement simples, et se compliquent, en général, d'épanchement d'urine dans le péritoine, d'infiltration d'urine, d'hémorragies, de corps étrangers.

Les plaies du rectum sont variables comme siège et comme gravité. Ce sont rarement des perforations d'une paroi, des sillons ou des contusions, généralement des perforations de part en part. Elles sont extra-péritonéales ou intra-péritonéales, suivant la hauteur à laquelle le projectile a pénétré le rectum; la limite est, en avant, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, et en arrière à 10 centimètres, soit à peu près au niveau du point que peut atteindre l'index (Delorme). Comme les plaies de la vessie, celles du rectum se compliquent de lésions d'autres organes du bassin, sauf dans les cas assez rares où le projectile a passé d'une échancrure sciatique à l'autre, d'un trou ovale à l'échancrure sciatique du même côté, ou du côté opposé (Chauvel et Nimier). Les complications les plus ordinaires sont l'infiltration fécale, le phlegmon diffus péri-rectal, les hémorragies primitives ou secondaires, la péritonite aiguë et diffuse, la péritonite circonscrite.

Lésions de l'estomac et de l'intestin. — Les blessures de l'estomac, d'après les statistiques, doivent être considérées comme rares. Otis n'en a réuni que 79 cas, dont 19 guérisons; on en trouve 16 seulement dont 4 guérisons dans le rapport allemand de la guerre de 1870.

Les lésions de l'intestin sont de beaucoup les plus fréquentes parmi celles des organes de l'abdomen; Otis en a relaté 653 sur 1072 plaies pénétrantes viscérales.

Les contusions de l'estomac, directes ou indirectes, par balles sont rares. La lésion évolue simplement et se traduit par des hémorragies limitées au niveau des différentes couches, si la contusion est peu intense; dans le cas contraire, il se produit un sphacèle des tuniques, et l'élimination des eschares est suivie de mort par péritonite.

Les plaies de l'estomac sont, le plus souvent, causées par des projectiles à trajet tangentiel, qui produisent des abrasions, des pénétrations simples ou des perforations de part en part. L'orifice d'entrée est ovalaire quand le viscère a été atteint obliquement, circulaire, taillé à pic, plus petit que le diamètre de la balle quand elle a une faible vitesse; égal ou plus grand, avec des vitesses supérieures. L'orifice de sortie est plus grand que l'orifice d'entrée (1), avec ou sans perte de substance; à son niveau, la perte de substance de la séreuse est plus étendue de 12 à 15 millimètres (Habart).

Les orifices sont parfois obturés par la hernie de la muqueuse. Dans les pénétrations simples, le projectile tombe dans la cavité de l'estomac (Jobert, Otis); dans les perforations de part en part, les orifices de la deuxième paroi sont, en général, plus grands que ceux de la première (Delorme). Dans les tirs à petite distance, l'estomac, lorsqu'il ren-

(1) Pour Demosthen, les dimensions des plaies de l'estomac varient entre 5 et 30 millimètres.

ferme des liquides ou des aliments, peut présenter des effets explosifs (orifice de sortie notablement agrandi, larges échancrures, éclatements étendus). Les plaies de l'estomac coïncident d'ordinaire avec une blessure des poumons, du rachis, du diaphragme ou d'un des viscères abdominaux.

L'intestin peut ne pas être blessé par un projectile qui traverse l'abdomen (Delorme); ce fait est néanmoins rare, et se produit 1 fois sur 50 (Reclus). Le plus souvent, la balle produit une lésion intestinale, une contusion plus ou moins grave (pouvant aller jusqu'à l'escharification de la paroi intestinale, ce qui est rare), et le plus souvent une ou plusieurs perforations. Ces perforations varient suivant la vitesse, l'état de vacuité ou de plénitude de l'intestin. Les orifices sont en rapport avec le diamètre de la balle et sa vitesse. Quand l'intestin est vide ou rempli de gaz, les perforations sont nettes; quand il contient des liquides, on trouve des éclatements, des déchirures plus ou moins éloignées. Il est très rare qu'il n'y ait qu'une seule perforation; elles sont ordinairement multiples. On en a observé depuis 4 ou 5, jusqu'à 12 (Chauvel et Nimier), et même 16 (Longmore). Les blessures de l'intestin se compliquent souvent de lésions du foie, de la rate, des reins, des gros vaisseaux; il peut même arriver exceptionnellement que presque tous les organes et vaisseaux importants soient simultanément lésés (cas du suicidé de Bain).

V

E. Données générales sur la mortalité produite par les blessures par balles; répartition des blessures suivant leur siège; rôle des petits projectiles dans l'infection des plaies. — Habart croit que, dans les guerres de l'avenir : 1° il y aura un plus grand nombre de soldats atteints; 2° la proportion des tués sera plus considérable; 3° la proportion des blessures légères sera plus élevée que celle des blessures graves.

Il serait légitime de penser que les guerres, en raison du perfectionnement croissant des armes, deviendront de plus en plus meurtrières; cependant, ainsi que le font remarquer MM. Chauvel et Nimier, si l'on compare au nombre des victimes le nombre de plus en plus considérable de troupes mises en présence, on voit que les pertes seraient plutôt diminuées.

On pouvait supposer que la guerre sino-japonaise serait fertile en enseignements, au point de vue de la mortalité produite par les armes nouvelles; malheureusement, les effets des projectiles modernes n'ont pu être observés, les divisions japonaises qui étaient armées du fusil de petit calibre n'ayant pas été appelées à combattre.

La connaissance du pour cent des lésions par balles est d'un certain intérêt; nous empruntons à MM. Chauvel et Nimier les chiffres suivants : Les Français ont compté en Crimée 53 p. 100 de lésions par balles. En 1866, les Prussiens font subir à leurs ennemis 90 p. 100 de blessures par petits projectiles. En 1870, les Français, sur 100 blessés allemands, en ont mis 94 hors de combat avec le projectile Chassepot. En Bosnie, les Autrichiens, sur 100 blessures, en comptent 98 par balles. Dans la guerre d'Amérique, la proportion la plus élevée a été de 92 p. 100.

La proportion des morts aux blessés par balles a été calculée par Fischer; les résultats des recherches de cet auteur sont les suivants : A Leipzig, 1 tué pour 2 blessés; à Magenta, 1 tué pour 5 blessés chez les Français, 1 tué pour 3 blessés chez les Autrichiens; pendant la guerre russo-turque, 1 tué pour 2 blessés.

Il est à remarquer que la mortalité sur le champ de bataille tient plus à l'importance des organes lésés qu'à la nature de l'agent vulnérant et ne variera pas sans doute beaucoup, malgré les transformations dont l'armement a été l'objet. On peut donc, en se basant sur l'expérience des grandes guerres antérieures, estimer à 15 p. 100 environ la proportion de la mortalité immédiate. D'après les chiffres fournis par le grand état-major prussien, pour la guerre de 1870, sur 1 000 hommes atteints par le feu, 150 auraient été frappés à mort et, sur 1 000 survivants, 100 auraient succombé ultérieurement (Heuyer).

Tel n'est pas cependant l'avis de Bruns : « Dans les dernières guerres, dit cet auteur, que nous croyons un peu trop optimiste, la diminution du calibre a eu pour conséquence des guérisons plus fréquentes, plus rapides et sans suppuration. Les plaies seront plus aisément fermées avec un pansement antiseptique sur le champ de bataille. L'utilité des explorations, de l'extraction des balles se fera sentir. Les sétons des parties molles, les coups de feu du poumon seront particulièrement favorables. Les blessures articulaires auront perdu beaucoup de leur gravité. Les perforations des os plats et courts, voire même les fractures esquilleuses, seront efficacement protégées par les parties molles elles-mêmes peu lésées. La guerre du Chili a démontré la justesse de ces prévisions : dans un hôpital où, sur 2000 blessés, 300 étaient restés comme intransportables, tous ces derniers avaient été atteints par d'anciens projectiles; par contre, tous ceux qui avaient été frappés par la balle du Männlicher étaient ou guéris ou transportables. » Bruns, pour être plus exact, aurait dû ajouter : « ou morts. »

La répartition des blessures a aussi été faite suivant leur siège.

Chez les Français, en Crimée (Chenu) :

Sur 3985 blessures de la tête, 2301 ont été produites par balles.

Sur 5071 blessures du tronc, 2726 ont été produites par balles.

Sur 2208 blessures du membre supérieur, 1288 ont été produites par balles.

Sur 10818 blessures du membre inférieur, 5909 ont été produites par balles.

Chez les Français, en Italie (Chenu) :

Sur 1498 blessures de la tête, 1169 ont été produites par balles.

Sur 2637 blessures du tronc, 2285 ont été produites par balles.

Sur 1099 blessures du membre supérieur, 1010 ont été produites par balles.

Sur 9631 blessures du membre inférieur, 9082 ont été produites par balles.

Sans rappeler les autres statistiques, publiées à l'étranger [guerre de 1870 (Rawitz), guerre de Sécession], nous mentionnerons seulement la dernière en date, celle de la guerre sino-japonaise. La proportion pour 100 blessés, des blessures par région du corps, a été la suivante : tête, 14,5; tronc, 25,5; membres supérieurs, 29,1; membres inférieurs, 39.

Si l'on veut résumer d'une façon concrète les chiffres fournis par les auteurs, et notamment par Fischer, il suffit, d'après cet auteur, d'exprimer la formule suivante, à savoir que les coups de feu par balle augmentent de la tête

(57 p. 100) au tronc (61 p. 100), atteignent 63 p. 100 aux membres supérieurs et 70,7 aux membres inférieurs.

Les perfectionnements apportés aux armes de guerre ne paraissent pas destinés à exercer une sérieuse influence sur la fréquence relative des blessures des diverses régions, qui dépend surtout des conditions de la lutte (Heuyer).

Le rôle des nouveaux projectiles dans l'infection des plaies a attiré l'attention des chirurgiens. Messner, au XXI[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie, a relaté les résultats des expériences entreprises dans le but de savoir si le projectile peut entraîner dans les tissus des substances septiques, capables de déterminer une infection. Ces expériences ont été faites avec le fusil Männlicher à des distances de 125 à 200 mètres, sur des boîtes de gélatine ou de peptone préalablement stérilisées. Or, lorsque le projectile avait été aussi préalablement stérilisé, le résultat au point de vue des cultures était négatif, tandis qu'il était positif lorsque la balle était infectée. Les essais de Faülhaber et de La Garde ont donné des résultats identiques à ceux de Messner; aussi, avec Bergmann et Langenbeck, Habart pense-t-il que les plaies de guerre peuvent être considérées comme non infectées, puisque, d'autre part, les vêtements qui ont été portés ne souillent pas le projectile (Frænkel, Pfühl, Habart) et que les microbes ordinaires de la peau, s'ils sont peu nombreux, ne souillent pas les plaies (Jaffé, Nikolski) protégées par le sang épanché (Büchner, Wysokowitsch).

L'infection par le contact reste à peu près seule à redouter; aussi « le premier pansement dont dépend la vie du blessé » (Wolkmann) doit-il toujours être fait par des médecins. Le personnel subalterne ayant pour mission unique le relèvement et le transport des blessés jusqu'au lieu de pansement (Habart), il s'ensuit donc que le transport doit toujours primer le pansement (Percy, Forgue).

VI

F. **Urgence des premiers secours dans les guerres futures; fréquence des cas de mort par le fait des hémorragies.** — Il est admis par la plupart des auteurs que l'attention des chirurgiens doit se porter désormais : 1° sur la fréquence et l'abondance des hémorragies dans les lésions des viscères et des tissus mous; 2° sur la comminution, à toute distance, des fractures diaphysaires.

L'intervention rapide du chirurgien sera plus que jamais indispensable « pour fixer, sans trop de douleurs et de dommages, ces membres dont le support osseux est partiellement réduit en débris », et surtout pour lutter contre les hémorragies; car la fréquence plus grande des épanchements sanguins, leur abondance, même dans les seules sections de vaisseaux petits ou moyens, font prévoir des dangers que rendrait peu communs l'action plus contondante des projectiles à vitesse moindre, à volume plus considérable, à déformations plus faciles (Chauvel).

Demosthen croit même qu'à cause de la portée des armes nouvelles, de la précision et de la rapidité du tir, il est presque impossible de pratiquer une action chirurgicale en temps utile. Le médecin-inspecteur Chauvel pense qu'il y a peut-être un peu d'exagération dans les prévisions du médecin roumain, mais qu'il est bon cependant de se préoccuper plus que jamais des moyens d'assurer rapidement l'hémostase provisoire, le premier pansement, le transport des blessés et leur enlèvement du champ de bataille.

Presque tous les chirurgiens sont d'accord pour craindre avec les projectiles à manteau des hémorragies le plus souvent mortelles sur le champ de bataille. Alors que les balles de plomb non déformées broyaient et déchiraient les tissus, déterminaient autrefois des plaies semblables à celles de l'écraseur et ne saignant guère (Pirogoff), les faits observés montrent que les nouveaux projectiles sectionnent nettement les artères. L'orifice est produit comme à l'emporte-pièce : il reste béant et les tuniques ne se recroquevillent pas (Habart, Bruns). En raison de l'étroitesse des trajets que les caillots oblitèrent facilement, il se produit des hémorragies rapidement mortelles, se faisant jour moins souvent à l'extérieur que dans les interstices des tissus et des grandes cavités.

Aucune statistique n'a permis, jusqu'à présent, de prévoir dans quelle proportion les blessés succomberont à des hémorragies sur le champ de bataille; mais leur nombre serait assez considérable si l'on en croit les faits rapportés par Stitt et Talvera, dans la récente guerre du Chili où l'on a fait usage d'un fusil de petit calibre.

D'autre part, en se basant sur un certain nombre d'accidents survenus en temps de paix et qui ont pu être bien étudiés, Fischer prétend que les blessés morts d'hémorragie, avant qu'on ait eu le temps de les relever, formeront au moins la moitié du chiffre des hommes portés comme tués sur le champ de bataille.

VII

G. **Théories émises sur la balle humanitaire; limite maxima de réduction du calibre des armes de guerre.** — La plupart des auteurs sembleraient avec raison craindre que le projectile de petit calibre ne produisît des effets explosifs plus considérables que les balles anciennes et que la zone de ses effets ne fût plus étendue. Bruns a cherché, dans ses expériences, à démontrer que ces craintes étaient vaines. D'après ce chirurgien, les plaies par projectile de 8 millimètres auraient un caractère de gravité moindre à toutes les distances. Des travaux de Bruns, il ressort que, dans les guerres futures, nous aurons peut-être, dans le même laps de temps, un plus grand nombre de blessures, mais les plaies par armes à feu seraient en général moins graves et se rapprocheraient davantage des lésions sous-cutanées. La guérison serait plus rapide, les mutilations moins fréquentes. « L'arme nouvelle du petit calibre, dit Bruns, n'est pas seulement la meilleure, elle est aussi la plus humaine, en ce qu'elle adoucit, dans la mesure du possible, les horreurs de la guerre. »

Morosow, tout en reconnaissant que les projectiles cuirassés produisent des dégâts moindres, croit qu'ils produiront, en raison de leur vitesse, un plus grand nombre de blessures que les autres projectiles; « Ils ne méritent donc pas le nom de projectiles humanitaires. »

Kraske, lui aussi, nous tient en garde contre une conception trop idéale de l'action bénigne des balles modernes. Habart, qui dans un de ses mémoires, rapporte cette opinion de Kraske, la partage de tout point : « A ne juger, dit Habart, les blessures par coups de feu que par les petites ouvertures d'entrée et de sortie, et les désordres modérés produits dans les parties molles, dans les tirs aux grandes distances, on est disposé à les classer comme légères et à qualifier la balle d'humanitaire. Mais si on suit le trajet du projectile dans la profondeur, si on en mesure les dimen-

sions dans le sens de la longueur, on arrive à des conclusions tout autres. » Habart reçonnaît, avec Kraske, que « la balle humanitaire est une utopie ».

L'opinion de Demosthen est plus catégorique encore : « En face d'une blessure d'un membre, dont les trous cutanés, petits et réguliers, cachent un énorme foyer de fracture diaphysaire ; en face de deux orifices tégumentaires du thorax, mignons, arrondis et très nets, mais conduisant à un extravasat sanguin intrapleural de 3 ou 4 kilogrammes, on ne peut s'empêcher de trouver qu'elle est bieu perfide, cette balle soi-disant humanitaire, qui fracasse le crâne, qui broie les os, qui coupe nettement les vaisseaux, qui peut se déformer et même se fragmenter dans le corps en plusieurs morceaux pointus, tranchants, impossibles à extraire ; qui blesse plusieurs individus à la fois, et qui, en multipliant le nombre des blessés et des blessures, nous empêche, par l'agrandissement de la zone dangereuse, de prêter notre secours aux blessés, avec la célérité et la sécurité nécessaires. »

Reger n'espère une amélioration des projectiles au point de vue humanitaire, que si on diminue simultanément le calibre et la charge : dans ce cas seulement, la vitesse pourrait être moindre ; sinon « la vitesse devient trop grande, et l'action encore plus redoutable ».

C'est au professeur Delorme que nous devons les conclusions les plus exactes, relativement au côté humanitaire des petits projectiles : « En somme, dit cet auteur, tout en conservant des caractères généraux identiques à celles par balles de 11 millimètres, les blessures produites par les balles actuelles, en raison du diamètre moindre du projectile, de sa fragmentation moins fréquente, du séjour plus rare des corps étrangers, sont moins étendues, moins graves, d'un traitement plus facile que les traumatismes par balles anciennes. Cependant, il faudrait se garder de s'en trop laisser imposer par les dimensions trop restreintes des orifices cutanés des balles actuelles, et de méconnaître l'importance des dégâts profonds des cavités et des os, et c'est pousser bien loin l'amour du paradoxe que d'appeler humanitaire un projectile qui traverse six hommes à courte distance, au lieu de un ou deux, et qui peut exercer sa meurtrière action dans une zone de plus de 3000 mètres. »

Kocher, dans sa communication au Congrès de Rome, a longuement étudié les conditions que devraient présenter les projectiles modernes pour devenir réellement humanitaires.

Le chirurgien de Berne expose, dans les conclusions de son travail, que, pour arriver à ce résultat, il faudrait réduire au minimum la surface d'atteinte :

a. Par la diminution du calibre (5 à 6 millimètres).

b. En employant un projectile d'une dureté plus grande, notamment à l'extrémité antérieure, ce qui évite la déformation.

c. En affilant la pointe pour faciliter la pénétration.

d. Enfin, en augmentant la vitesse de rotation, qui empêche la pénétration oblique.

Nous venons de voir qu'une des conditions principales à réaliser pour rendre la balle humanitaire, consisterait dans la diminution du calibre du projectile. Au point de vue expérimental, la question a été récemment étudiée, en ce qui concerne la possibilité de réduction maxima des armes de guerre, au cours des études entreprises par le docteur Doyen et le commandant Journée.

En décembre 1894, le docteur Doyen, assisté du commandant Journée, a fait de nombreux essais en employant une série de fusils, depuis celui de 4^{mm}5, qui a été tiré jusqu'à 975 mètres de vitesse, jusqu'au fusil à éléphant du calibre de 21 millimètres et comprenant un grand nombre de calibres intermédiaires. Il est résulté de ces expériences, à première vue, que le calibre de 7 millimètres à 7^{mm}5 est le minimum au-dessous duquel on ne doit pas descendre, si l'on ne veut pas faire, aux distances ordinaires, des sétons sans gravité.

Même sur des têtes, où l'effet dynamique est cependant très puissant, un projectile de 4^{mm}5, à une vitesse de 975 mètres, ne faisait guère qu'une blessure qui était le tiers de celle du fusil 1874, avec 430 mètres de vitesse. La blessure du fusil de 4^{mm}5, dans ce cas particulier, eût été évidemment encore très suffisante ; mais la vitesse de 975 mètres n'est pas dans les conditions pratiques aux distances moyennes ; avec des vitesses plus pratiques, on ne ferait que bien peu de chose (commandant Journée).

L'influence de la grandeur du calibre, telle qu'elle résulte de ces expériences, a été plus grande que ce à quoi le commandant Journée s'attendait : au point de vue des blessures sur les chevaux, pour obtenir des désordres suffisants, il ne faut pas descendre au-dessous du calibre de 7^{mm}5. « Les Russes ont donc été bien avisés en n'adoptant pas les fusils des calibres de 6 millimètres et de 6^{mm}5, que cependant ils connaissaient » (commandant Journée).

VIII

Les balles tubulaires. — Les cartouches à blanc ; leurs blessures et complications. — Depuis un certain nombre d'années, il a été parlé des effets des *balles tubulaires ;* aussi, devons-nous dire un mot de ces projectiles spéciaux. On sait qu'un cylindre creux a la même densité de section qu'un cylindre plein ; de ce fait bien connu, il résulte qu'au point de vue théorique, une balle, percée suivant son grand axe d'une cavité cylindrique, présente l'avantage d'avoir les mêmes qualités balistiques qu'une balle pleine et d'être plus légère.

Malgré des recherches nombreuses, on n'a pas encore pu pratiquement tirer parti de cette supériorité. Quand on tire des balles tubulaires en plomb, les parois s'affaissent, remplissent la cavité ou la déforment ; le tir est irrégulier, sans justesse et sans tension. Des balles rigides, en fer ou en laiton, sont difficiles et coûteuses à fabriquer ; on n'a pas réussi, d'ailleurs, à les faire fonctionner correctement dans le tir. La balle tubulaire n'est pas autre chose, jusqu'à présent, qu'une curiosité balistique, un sujet d'étude sans application pratique (commandant Vonderscherr).

Le docteur Doyen et le commandant Journée, au cours de leurs récentes expériences, ont tiré des balles tubulaires en acier à ceinture de cuivre. L'effet a été ce qu'en attendait le commandant Journée, d'après ses essais personnels avec des balles de plomb de même nature, c'est-à-dire peu de chose, même au point de vue de la pénétration. — Les blessures par *cartouches à blanc* sont en général plus graves qu'on ne saurait le croire au premier abord. La réputation d'innocuité faite à ces sortes de lésions est démentie par

les observations publiées, notamment dans ces dernières années.

Le blessé de MM. Caillet et Bernard reçoit, au cours d'une manœuvre de nuit, un coup de feu par cartouche à blanc, dans la région temporo-malaire gauche; malgré un traitement minutieux, le blessé est pris de tétanos au sixième jour après l'accident, et meurt en trois jours. Il en est de même au neuvième jour (décès par tétanos), du blessé du docteur Warion, à la suite d'une plaie à la face. Un blessé du docteur Weill, atteint à la main, meurt de la même complication, après seize jours. Plus curieux est à mentionner le fait du blessé du médecin principal Dumayne, lequel soldat, voulant montrer à ses camarades la prétendue innocuité des coups de feu à blanc, arme son fusil d'une cartouche incomplètement vidée, place l'avant-bras sur l'extrémité du canon de l'arme, et prie un camarade de presser sur la détente : le cubitus est brisé en de nombreux fragments, les esquilles sont mélangées à la bouillie, résultat de l'attrition des muscles et des tissus compris dans le trajet entre l'orifice d'entrée et celui de sortie.

Wagner, sur trois hommes blessés par cartouches à blanc (fusil Männlicher), auxquels il a eu à donner ses soins, en a perdu un du tétanos, malgré l'apparence simple de la plaie qui ne présentait qu'un orifice d'entrée.

On doit au docteur Dupeyron, médecin-major, l'observation d'un blessé qui, à la suite d'un faux mouvement, se fracasse la mâchoire avec une cartouche à blanc, et se produit les lésions suivantes : plaie profonde de la lèvre supérieure; à la mâchoire supérieure trois dents incisives cassées, broyées, disparues, la canine gauche cassée; plaie profonde des gencives; fracture multiple du bord alvéolaire du maxillaire; plaie de la langue et ecchymose étendue de la muqueuse palatine.

Du cas précédent on peut rapprocher celui, publié par Berck, d'une jeune fille de seize ans, blessée à une distance de deux pas par une cartouche à blanc (nouveau fusil allemand), avec destruction du plancher de l'orbite, broiement de l'œil droit, blessure de la maxillaire interne dans la fosse sphéno-maxillaire nécessitant la ligature de ce vaisseau au quatrième jour (guérison).

Enfin tout récemment, le docteur Bergasse, médecin-major, vient de publier un cas de blessure mortelle par coup de feu à blanc (carabine modèle 1886), tiré à 40 centimètres environ et ayant déterminé une hémorragie foudroyante des vaisseaux hépatiques. M. Bergasse a reproduit, avec des cartouches à blanc, les expériences de M. Dupeyron, et il résulte des essais entrepris par nos confrères, qu'une cartouche à blanc, modèle 1886, n'est pas dangereuse par elle-même au delà de 5 mètres; elle ne le devient que quand la distance est inférieure à 3 mètres.

En tout cas, la fréquence du tétanos, survenant comme complication des plaies par cartouches à blanc, montre surabondamment que ces projectiles sont loin d'être inoffensifs, même quand ils produisent des diérèses simples. Aussi, comme le fait justement remarquer M. Bergasse, ne saurait-on trop se conformer au règlement qui défend les corps à corps, et prémunir les hommes contre leur nervosité et leur insouciance dans ces exercices de service en campagne, dont le simulacre intéressant leur fait oublier, trop souvent, les règles de la plus élémentaire prudence.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Rapport général au nom de la commission de la tuberculose (1).

Par MM. J. Grancher et Thoinot.

3° *Désinfection de tous les objets à l'usage des malades.* — Vous avez entendu viser, sous cette rubrique, les objets supposés souillés par le malade, notamment les cuillers, assiettes, verres, fourchettes, couteaux, serviettes en usage pendant le repas. Actuellement, ces objets sont lavés à l'eau tiède ou froide, ce qui est tout à fait insuffisant pour détruire les germes de contagion. Vous demandez qu'ils soient lavés à l'eau bouillante, ou mieux soumis à une ébullition de cinq minutes en présence du carbonate de soude. Cette simple pratique supprimera un grand nombre de maladies transmissibles; quant au linge de corps du malade et à ses draps de lit, couvertures, etc., ils seront portés à l'étuve à vapeur. Enfin, des lavabos munis de savon, de brosses, de cure-ongles et pourvus de liquide désinfectant (liqueur de Van Swieten colorée, par exemple), seront mis à la disposition des malades qui peuvent quitter leur lit et qui devront se laver les mains après chaque repas. Les mains des malades qui ne peuvent marcher seront lavées par les infirmiers de la salle.

Objets de tous ces soins hygiéniques, les malades hospitalisés en profiteront d'abord, apprendront ensuite, ce qu'ils ignorent, le prix de la propreté, et quelques-uns au moins garderont ces habitudes et en feront bénéficier leurs familles. Ainsi l'hôpital sera ce qu'il doit être, non seulement un lieu de secours et de soins médicaux, mais un foyer et une école de salubrité.

4° *Réforme du mobilier des salles.* — Le mobilier actuellement en usage dans les hôpitaux se prête mal à la désinfection et même au lavage, et devient ainsi trop souvent un nid de germes dangereux.

Par exemple, *le lit* en fer plein est lourd, peu mobile — quand il n'est même pas fixé au plancher — indémontable. Il sera léger, en fer creux, démontable et mobile, avec sommier à lames parallèles, afin que toutes ses parties soient faciles à laver ou à étuver. Les *rideaux* de lit seront supprimés et remplacés, au besoin, par des paravents. Les *grands meubles*, massifs, sortes de comptoirs immobiles et impossibles à laver, seront remplacés par des meubles plus légers, démontables et faciles à désinfecter. La *table* de nuit en bois et à tiroir sera remplacée par un modèle déjà employé dans quelques services, notamment dans celui de M. Duguet, table en fer, sans tiroir, à jour, avec deux tablettes, la tablette supérieure munie d'une galerie basse, ouverte d'un seul côté.

Quant au *matelas*, toujours si difficile à tenir propre et dont l'étuve à vapeur abîme la laine, vous invitez l'Assistance publique à le remplacer par le matelas à fibre de bois, qu'il conviendrait cependant de rendre incombustible.

La division du matelas en trois parties, usitée dans le service de M. Duguet, paraît avoir aussi des avantages qui méritent au moins un essai plus étendu.

5° *Habillement des malades.* — Le vêtement à donner au malade est encore digne d'attention. Actuellement, sauf la capote et la chemise, le malade garde ses habits, chaussures, bas ou chaussettes, jupes ou pantalons, gilet de flanelle, et, comme il ne sait où les mettre, n'ayant à sa disposition ni armoire, ni porte-manteaux, il les glisse dans sa table de nuit, sous son traversin, sous son lit. Il est inutile d'insister sur la malpropreté habituelle de ces vêtements, qui n'ont pas été désinfectés à l'entrée, et sur

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1301.

l'inconvénient de cette habitude qui transforme en armoire le lit du malade quand ce dernier ne se couche pas avec une partie de ses vêtements. Vous désirez que le malade, entrant dans une salle d'hôpital, laisse à l'entrée *tous ses vêtements*, qui passeront à l'étuve et lui seront remis à sa sortie, et que l'Assistance publique lui fournisse tous les vêtements dont il a besoin pendant son séjour à l'hôpital. Une petite armoire à porte-manteaux serait mise, près du lit, à sa disposition.

Telles sont les mesures d'*hygiène administrative* dont l'adoption nous a paru urgente et sans lesquelles nos hôpitaux resteront des foyers de contagion, connue ou méconnue, au lieu d'être des foyers de santé, d'assainissement, d'antisepsie — ce qu'ils devraient être.

Ces réformes n'iront pas sans de grandes dépenses; vous le savez et vous l'avez dit hautement; mais, quel que soit le sacrifice pécuniaire, il restera toujours inférieur à la grandeur des services rendus. En outre, les maladies *évitables*, et presque toutes les maladies infectieuses sont évitables, diminueront, et, par là, l'Assistance publique verra s'alléger ses charges, récupérant ainsi, partiellement au moins, ce qu'elle aura dépensé.

En terminant ce chapitre, nous insistons de nouveau sur la nécessité de créer, par hôpital, une *escouade d'infirmiers sanitaires* choisis parmi les agents les plus instruits et les plus sûrs, chargés de maintenir partout la bonne règle, de veiller à l'exécution des mesures prescrites, et ayant sur le personnel des infirmiers et sur les malades une autorité suffisante pour se faire respecter. Ainsi, mais ainsi seulement, nous obtiendrons que les pratiques d'hygiène ne tombent pas peu à peu dans l'oubli, car leur maintien est subordonné au concours et à la bonne volonté de tous — médecins, directeur, infirmiers — et non seulement au concours passif, mais au concours actif, fruit de la conviction scientifique et de l'éducation professionnelle.

III

RÉFORME ET PROTECTION DU PERSONNEL HOSPITALISÉ

Non seulement vous demandez à l'Assistance publique la création d'*infirmiers sanitaires*, mais vous désirez que le corps des infirmiers, dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt des infirmiers, soit mieux recruté, mieux payé, plus instruit, enfin mieux protégé contre les dangers de la profession.

La deuxième sous-commission vous a lu son rapport par la bouche de M. Landouzy et vous avez adopté les projets de réforme qu'il contenait.

C'est surtout les infirmiers que vous visez quand vous demandez leur réforme. Les infirmières, en effet, sont presque partout à la hauteur de leur tâche, et cela tient à plusieurs causes. Leur salaire est faible — 29, 31 et 33 francs par mois — mais il est suffisant si on le compare à celui d'une fille de la campagne arrivant à Paris dans une petite maison bourgeoise. L'école des infirmières et le diplôme nécessaire pour conquérir le titre de première infirmière, placés au seuil de la profession, en relèvent beaucoup le niveau et donnent à notre personnel féminin, avec le sentiment de sa valeur, le sentiment de la dignité. D'autre part, la hiérarchie ascendante, à peu près ouverte à toutes les méritantes, et la retraite qui couronne et récompense les longs services, en font une véritable carrière, très aimée en général de celles qui l'ont choisie. Nous en connaissons qui, simples infirmières, ont écarté des propositions de salaires beaucoup plus élevés que le leur et ont refusé de quitter l'hôpital.

Aussi les chefs de service sont, en général, très satisfaits de leurs infirmières. Il n'en va pas de même des infirmiers.

Ceux-ci se recrutent assez mal, il faut l'avouer, en partie parmi les anciens malades de l'hôpital, encore souffrants, légèrement tuberculeux, par exemple, que l'Assistance publique accepte un peu par pitié, un peu par nécessité.

Il est à peine besoin de faire remarquer que, sous aucun prétexte, on ne doit admettre, dans le corps des infirmiers, quelqu'un dont la santé ne soit excellente, et *a fortiori* quelqu'un entaché du soupçon de tuberculose. La première qualité d'un infirmier, c'est d'être sain et vigoureux. Parfois on prend des déclassés ou des gens sans ouvrage ou des alcooliques, des paresseux qui viennent chercher sous le costume d'infirmier un refuge temporaire contre la misère. Ceux-là sont, *a priori*, de mauvais serviteurs, qu'il faut écarter avec soin, et le premier moyen qui se présente, le plus efficace, c'est le relèvement des salaires à la base même de la profession. Un garçon de salle gagne, comme une fille de salle, 29 francs, puis, premier garçon, 31, 33 francs par mois comme infirmier, et à ce prix on ne peut pas choisir. Nous reparlerons du logement; quant à la nourriture, il y a deux réfectoires ou mieux deux services, et le second, le moins bon, est, naturellement, attribué aux garçons de salle et infirmiers qui font la plus rude besogne. Il conviendrait peut-être de faire cesser cette anomalie.

Le salaire, suffisant pour une femme, est tout à fait insuffisant pour un adulte homme. Un infirmier doit avoir au moins le salaire d'un domestique dans une maison bourgeoise. Sa tâche est autrement rude et délicate à la fois, sa responsabilité autrement grande, puisque tant de malades sont confiés à son bon vouloir et à son humanité. En payant mieux ses serviteurs, l'Assistance publique ne sera pas embarrassée pour en trouver de bons, surtout si elle ouvre plus largement ses cadres supérieurs. Les places de sous-surveillant et de surveillant sont très rares parmi les hommes, tandis que chez les infirmières, les sous-surveillantes et surveillantes, de première et deuxième classe, sont nombreuses et l'accession à ces situations privilégiées relativement facile. Chez les hommes, au contraire, un infirmier a le plus souvent son bâton de maréchal. La création des infirmiers sanitaires permettrait à l'Assistance publique, si elle leur donne le grade et la paye des sous-surveillants, d'ouvrir la carrière à l'ambition légitime des bons serviteurs.

Vous demandez donc, pour les infirmiers, un salaire plus élevé, une nourriture meilleure, un accès plus facile aux grades supérieurs.

Ce n'est pas tout, et il ne suffit pas de réformer dans ce sens le corps des infirmiers, il faut aussi le protéger contre la contagion. M. Landouzy vous a cité des chiffres qui ne témoignent que trop clairement du danger de la profession d'infirmier et du tribut très lourd que ce personnel paye, à la tuberculose notamment. Pour une période de dix années, de janvier 1886 à décembre 1895, la mortalité dans le corps des infirmiers a été de 599, dont 36 p. 100, soit plus du tiers, relevant de la tuberculose. Or, l'un de nous, M. Thoinot, n'a trouvé, pour Paris, qu'une mortalité de 20 p. 100, par tuberculose, dans la mortalité générale. Il semble même que, pour l'ensemble des villes qui ont une statistique, le rapport des deux mortalités soit plus faible en ce qui concerne la tuberculose. Celle-ci n'est estimée, en moyenne, que le sixième ou le septième de la mortalité totale.

La tuberculose qui tue le tiers des infirmiers est donc pour eux une *maladie professionnelle*.

Cela est vrai surtout du garçon de salle et de l'infirmier qui font les plus durs travaux, sont moins bien nourris et couchent en dortoir. Au contraire, les sous-surveillants ou surveillants, employés à des services généraux, mieux nourris et logés en chambre, sont plus souvent épargnés.

La contagion a beau jeu contre le garçon de salle et l'infirmier. Ce que nous avons dit de la tenue des salles, où la

poussière des planchers et des murs contient à profusion le bacille, s'applique plus exactement encore aux *dortoirs* des infirmiers. Presque tous ces dortoirs, a dit M. Landouzy, sont tenus d'une façon *inavouable; ils ne sont pas sales; ils sont dégoûtants*. Les crachoirs y sont inconnus; le balayage y soulève des nuages de poussière microbienne et tuberculisante, car la phtisie n'est pas rare, au contraire, chez nos infirmiers, même à leur entrée à l'hôpital. Et, pour éviter cette source nouvelle de contagion, vous avez pensé qu'une Commission médicale serait utilement consultée sur la santé des hommes candidats à la profession d'infirmiers et d'infirmières. Cette Commission prononcerait sur l'admission ou le refus, et donnerait ainsi une garantie nouvelle à la bonne hygiène de nos salles.

Quant aux dortoirs, ils devront disparaître et être remplacés partout par des chambres dont la propreté sera rigoureusement assurée.

Déjà, les sous-surveillants et surveillants ou surveillantes sont logés en chambre, mais si çà et là l'hygiène est sauvegardée, combien de ces chambres devraient être condamnées par la moins intransigeante des commissions de logements insalubres! C'est que telle chambre, ou tel logement composé de deux chambres, suffisant pour le surveillant ou la surveillante, devient insuffisant pour la famille. L'administration, en effet, a réparti, jusqu'ici, les logements dont elle dispose, suivant le *grade* et non suivant le *nombre* des personnes qui doivent l'occuper avec le titulaire, et ce sont ces errements qui conduisent à faire, d'un logement professionnel enviable, un logement familial détestable.

Il convient donc, ou de n'accepter pour le service des malades que des célibataires, de leur donner la préférence au moins; ou de ne consentir à loger à l'hôpital que le nombre de personnes qui peuvent y être convenablement installées. En tous cas, dans les bâtiments de construction nouvelle, les dortoirs seraient supprimés, et les chambres ou logements aménagés et distribués conformément aux besoins du personnel qu'ils doivent contenir.

Un dernier point a éveillé votre attention; c'est la nécessité de compléter l'instruction professionnelle que reçoivent nos infirmiers, par la connaissance plus approfondie des modes de contagion des maladies et des moyens que nous pouvons leur opposer. Muni de ces notions, un bon infirmier comprendra mieux la valeur de toutes les mesures de précaution qu'on exigera de lui et des malades et se protégera lui-même beaucoup plus efficacement contre le péril des maladies transmissibles.

Insister sur le bénéfice que retireront nos malades de l'amélioration du sort des infirmiers est chose superflue; il est non moins sûr que la situation actuelle doit cesser si nous voulons sérieusement une réforme de notre hospitalisation, car il ne peut y avoir d'hôpitaux bien tenus sans bons infirmiers. Sans doute, la dépense sera considérable, puisque, pour l'amélioration des salaires seulement, M. le secrétaire général estime qu'elle coûtera 1 200 000 francs par an. Vous n'avez pas hésité cependant à maintenir l'urgence de cette réforme et de toutes celles qui l'accompagnent, afin de donner à cette profession d'infirmier ce qui lui manque, la stabilité et l'honorabilité. Et le Conseil municipal, dont la sollicitude est si souvent éveillée et généreuse en faveur des petits et des faibles, ne voudra pas oublier d'humbles serviteurs qui sont un peu siens, puisqu'il leur confie ses malades.

IV

ASSISTANCE MÉDICALE DES TUBERCULEUX A DOMICILE

Ni les médecins chargés de ce service, ni l'Assistance publique ne se dissimulent combien il rend peu de services réels et combien il est dangereux. Dans sa famille, c'est-à-dire dans un logis étroit, insuffisant et mal tenu, le tuberculeux ne peut recevoir aucun des soins qu'exige la cure hygiénique de sa maladie. En revanche, et pour les mêmes raisons, il propage son mal autour de lui, d'autant plus sûrement que le salaire du chef étant supprimé, la misère frappe mère et enfants. La mère, si elle est vigoureuse, peut encore soigner son mari, en même temps qu'elle s'efforce de gagner quelque argent. Mais quelle écrasante besogne et quelle santé y résisterait longtemps! Aussi n'est-il pas rare de voir, quand le père est mort, le malheureux ménage, atteint de tuberculose à son tour, demander les secours de l'hôpital.

En soignant le tuberculeux chez lui, l'Assistance publique fait donc une œuvre vaine et dangereuse, et dès que l'organisation nouvelle le permettra, en augmentant le nombre des lits réservés aux tuberculeux, elle devra supprimer ou tendre à supprimer ce service. Actuellement, ce mal est inévitable et il n'y a rien de mieux à faire que de le réduire à son minimum par quelques mesures de prophylaxie.

D'après la statistique officielle, 348 tuberculeux sont soignés à domicile; 38 seulement sont célibataires et 312 habitent avec leurs familles composées de 852 personnes. Autant de contagions possibles, pour ne pas dire probables, étant donné la promiscuité étroite où vivent tous ces pauvres gens et l'absence de toute précaution antiseptique. Mais ces chiffres ne sont qu'une faible image du péril de la contagion dans une ville comme Paris. Si on veut bien se souvenir que l'Assistance publique, outre les tuberculeux hospitalisés et ceux qu'elle traite à domicile, secourt plus de 6000 de ces malades, qu'elle ne les aide pas tous, tant s'en faut, et que plusieurs milliers de tuberculeux ont une aisance qui leur permet de se passer des secours publics; si on veut bien ne pas oublier que nulle part, dans aucune ou presque dans aucune famille, les précautions nécessaires ne sont prises contre la contagion, on comprendra l'étendue du *mal social* qu'est la tuberculose.

Aussi vous demandez justement que les instructions rédigées pour l'usage des tuberculeux soignés par l'assistance à domicile soient répandues largement un peu partout. Cette instruction, en proclamant, ce qui est vrai, que si la tuberculose est contagieuse, elle est cependant facilement évitable et assez souvent curable, a pour but de concilier l'humanité, qui exige que le tuberculeux reçoive les soins nécessaires, avec la préservation familiale et sociale. L'*instruction* que votre Commission a rédigée et que vous avez approuvée, vise uniquement le crachat tuberculeux et sa destruction; là, en effet, est presque tout le danger, et si chaque médecin la préconisait et l'imposait, avec l'autorité morale dont il dispose, dans chaque famille où il soigne un tuberculeux, le service qu'il rendrait serait immense.

Pour les tuberculeux soignés à domicile, les mesures de défense que vous proposez sont les suivantes :

1° Chaque malade recevra, pour son usage, un ou mieux deux crachoirs, en verre teinté, du modèle que vous avez choisi. Il devra ne cracher que dans ce crachoir et se conformer chaque jour aux indications de l'*instruction* qui lui sera remise, expliquée et instamment recommandée.

2° Ce sera le devoir des médecins de l'assistance à domicile de donner au malade et à son entourage tous les commentaires utiles à cette « instruction ». Il devra s'efforcer de convaincre malade et famille de la nécessité absolue de se conformer aux règles prescrites et tenir la main à leur exécution. Elles sont si faciles, du reste, que, pour peu que le médecin le veuille, il sera partout obéi.

Mais, si le médecin traitant a le devoir d'éveiller l'attention de la famille sur le danger de la contagion, il doit aussi défendre au besoin le malade contre la peur excessive de la

contagion. Cette peur, quand elle dépasse les mesures, fait le supplice des malades, qui sentent peser autour d'eux une suspicion de tous les instants. Il faut donc, avec tact et mesure, mettre chaque chose à sa place et tenir dans chaque milieu le langage qui convient, pour que l' « instruction » soit obéie, non dépassée.

3° Dans le cours de la maladie, et après, le service de désinfection de l'Assistance publique devra, sur l'invitation du médecin, faire le nécessaire pour la purification aussi complète que possible des locaux habités par le malade et sa famille. Une circulaire annexée à ce rapport, ainsi que l'instruction ci-dessus visée, sera adressée à chacun des médecins de l'Assistance publique.

4° Vous avez pensé enfin que les bureaux de bienfaisance et les bureaux de mairie, où passent tant de malades, devaient, comme nos salles d'hôpital et de consultation, bénéficier de toutes les mesures de prophylaxie recommandées contre la tuberculose :

a. Propreté rigoureuse du sol, des murs et des meubles ;

b. Crachoirs communs, contenant une solution phéniquée et désinfectés chaque jour par une lessive bouillante ;

c. Substitution du lavage antiseptique quotidien au balayage.

En écrivant ce rapport général, nous nous sommes efforcés, M. Thoinot et moi, de résumer vos travaux et votre pensée aussi fidèlement que possible.

Les réformes que vous demandez sont nécessaires et urgentes. Elles sont conformes à l'état actuel de la science et aux droits de l'humanité.

HYDRONÉPHROSE A MARCHE SURAIGUE

LAPAROTOMIE. — NÉPHRECTOMIE. — GUÉRISON (1)

Par le docteur MAUNY (de Saintes).

Les tumeurs liquides du rein, hydronéphroses et pyonéphroses, ne sont pas toujours faciles à reconnaître.

Simple dans les formes ordinaires, à évolution lente, avec tuméfaction limitée dans le flanc, le diagnostic devient très difficile quand les accidents dus à une suppuration rénale éclatent d'une façon suraiguë chez un malade qui n'a pas de passé urinaire.

On sait que les premières néphrotomies et néphrectomies par la voie abdominale ont été faites à la suite d'erreurs de diagnostic. On avait songé à un kyste de l'ovaire, à un kyste du mésentère, etc.

L'erreur est encore plus facile lorsqu'il s'agit d'une tumeur suppurée, à développement rapide, envahissant la totalité de l'abdomen, chez la femme, dont la sphère utéro-ovarienne est si souvent en cause.

Les symptômes généraux graves observés : température élevée, pouls petit, rapide, vomissements, tout indique alors une péritonite généralisée.

C'est un cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans qui est amenée à l'hôpital dans l'état suivant : ventre énorme, uniformément distendu, très douloureux, température 40 degrés, pouls petit, vomissements, facies grippé. Ce développement de l'abdomen s'est produit en pleine santé, presque subitement, en vingt-quatre heures.

L'exploration des régions lombaires et des flancs ne donnait aucun renseignement. Les urines ne contenaient pas de pus. Du reste, il n'y avait jamais rien eu de suspect du côté de l'appareil urinaire.

Les antécédents pathologiques de cette malade faisant complètement défaut, je songeai à une péritonite généralisée, sans plus préciser le diagnostic et, en présence d'un état aussi grave, je pratiquai la laparotomie.

Voici ce que je constatai : aucune trace de liquide dans le péritoine, l'intestin refoulé en avant et non enflammé, le mésentère tendu et résistant. Une large ouverture évacua 10 litres environ de pus à odeur urineuse. L'introduction de la main dans cette poche rétro-péritonéale permit de me rendre compte qu'il s'agissait là d'une tumeur liquide suppurée du rein gauche. Marsupialisation de la poche et drainage.

Le lendemain de l'intervention, la température tombe à 38 degrés et l'état général devient rapidement satisfaisant. Une fistule urinaire persista pendant plusieurs mois.

Les urines émises par les voies naturelles furent l'objet d'un examen attentif. Elles ont toujours été normales.

Dans la suite, bien renseigné sur le bon fonctionnement du rein droit, j'ai pratiqué la néphrectomie par la voie lombaire. Incision en L de Polaillon qui donne un très grand jour.

Comme incidents opératoires, à signaler l'ouverture de la plèvre et du péritoine par suite des adhérences intimes de la poche avec les séreuses.

Des sutures faites au catgut refermèrent ces déchirures et il n'y eut aucune complication. La malade guérit très rapidement et complètement, sans fistule.

Le rein enlevé se présentait sous la forme d'une large poche à coque dure, la capsule propre du rein et la capsule adipeuse étant confondues entièrement. Dilatation énorme du bassinet et des calices avec disparition complète du parenchyme rénal. Ce kyste renfermait quelques débris de fausses membranes, mais pas de calculs, ni traces de graviers.

En dehors de la difficulté de diagnostic, ce fait présente un autre intérêt, au point de vue pathogénique.

La marche de l'affection, les lésions constatées ensuite au cours des deux interventions, tout porte à admettre qu'il s'agissait chez cette malade, non pas d'une pyélonéphrite calculeuse ou tuberculeuse, mais d'une hydronéphrose ayant pris un développement énorme et subit par la suppuration. L'infection de la poche n'ayant pu être ascendante, les voies urinaires inférieures étant indemnes et l'uretère fortement coudé, il faut admettre que la collection urineuse s'est infectée par la voie sanguine.

Comme l'ont démontré les recherches de M. Bouchard, les micro-organismes, subissant un temps d'arrêt dans le bassinet, ont amené la transformation purulente.

Ce mode pathogénique, soutenu par M. Bazy à la Société de chirurgie (séance du 25 mars 1896), peut seul expliquer certains faits cliniques.

Comme conclusions, dans les cas semblables à celui-ci, malgré l'obscurité du diagnostic, le chirurgien doit intervenir promptement.

La laparotomie immédiate remplit la première indication qui est d'évacuer le pus. Elle permet, en même temps, de reconnaître le siège du mal et les lésions primitives.

Plus tard, lorsqu'on se sera bien assuré de l'intégrité de l'autre rein, la néphrectomie, en supprimant la fistule urinaire, donnera une guérison définitive.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1214.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 25 novembre 1896 :

Suite de la discussion sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (MM. Brun, Terrier, Monod.)

Rapport. Sur le traitement chirurgical des otites moyennes chroniques (M. Moure), par M. Peyrot.

Communications : 1° Sur un cas de carcinome primitif du foie, par M. Segond. — 2° Sur la valeur de l'amputation du pied, par le procédé de Syme, par M. Potherat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouhon, décédé subitement à Bayon; Eugène Bœckel, doyen des médecins de Strasbourg, décédé à l'âge de 86 ans; et Herr (de Pau).

— MM. Castaigne, Garnier, Griffon, J. Roger et V. Veau, commenceront leur conférence d'internat, le jeudi 17 décembre, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et la continueront tous les jeudis à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 135. — MARDI 24 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 24 NOVEMBRE 1896. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 novembre 1896.

Un ancien inspecteur, ancien secrétaire général de l'Administration de l'assistance publique, a entrepris de décrire, dans un journal politique, ce qu'est actuellement le service de santé des hôpitaux.

Voici comment il décrit l'internat des hôpitaux de Paris :

« Le concours pour l'internat est difficile. Il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus. Le nombre des concurrents confine à six cents et les nominations ne dépassent pas soixante.

Une commission médicale de 1839 déclare que l'institution des internes est, sans contredit, la plus belle et la plus utile dont les hôpitaux de Paris puissent se glorifier. « C'est là, dit-elle, que se forment à la pratique les jeunes médecins sur lesquels la société fonde ses plus chères et ses plus solides espérances. » Il n'y aurait rien à retrancher de cette flatteuse appréciation si, un vent de Fronde ayant, on ne sait trop pourquoi, soufflé depuis quelques années sur ces jeunes gens, les salles de garde ne fussent devenues des espèces de foyer de révolte où chacun s'excite à faire pièce aux représentants d'une administration qui pousse vis-à-vis d'eux l'indulgence jusqu'à la faiblesse.

Partout où il y a jeunesse, il y a vie, et nul n'a jamais trouvé mauvais que cette vie se manifestât même par de petites frasques très innocentes, souvent spirituelles, qui, quoique troublant un peu l'ordre des établissements, ne sont pas absolument incompatibles avec la tenue qu'on doit y maintenir. Mais les choses vont souvent plus loin et elles atteignent parfois de telles proportions qu'on est bien forcé de reconnaître un parti pris de mal faire dérivé d'un sentiment qui n'est ni jeune, ni bon. Nous n'entrerons pas ici dans des détails qui nous entraîneraient trop loin. Nous ne dirons pas la série de misères que de malheureux directeurs ont dû subir pendant de longs mois sans arriver à se faire protéger contre des jeunes gens qui se moquent d'un règlement, lequel sur eux n'a guère de prise. Notre sac est pourtant rempli d'anecdotes qui ne demandent qu'à voir le jour et que nous retenons avec peine au bout de la plume. Qu'on sache seulement que, dans ces derniers temps, les choses avaient pris un tel caractère que l'administration, malgré son parti pris d'indulgence, sa volonté de ne rien voir et de ne rien entendre, a fini cependant par se sentir débordée et que, pour protéger ses agents ainsi que le repos de ses malades, elle s'est enfin décidée à recourir au conseil de surveillance, dont les dispositions sont moins tendres. Quelques exemples, quoique trop tardifs, ont suffi à rétablir les choses dans leur état normal et il y a lieu d'espérer qu'à l'avenir MM. les internes, laissant les filles à la porte de la salle de garde, renonçant à en briser tous les meubles après boire, pénétrés de leur devoir le plus intime qui consiste à ne rien faire que dans l'intérêt des malades qui leur sont confiés, ne laisseront plus sourdre que leurs qualités, lesquelles sont fort appréciables.

Il est temps de venir à résipiscence. Ils finiraient, en effet, par lasser les plus patients, car enfin, monter un tonneau d'arrosage plein d'eau jusqu'au troisième palier d'un vaste escalier et de là le précipiter dans le vide, afin qu'il aille s'effondrer avec un fracas épouvantable sur le sol après avoir brisé tous les obstacles sur son passage, risquer ainsi de tuer quelque personne attardée ou de faire mourir de peur les pauvres vieillards et les malades qui dorment dans les salles voisines, c'est stupide, inepte, indigne de gens intelligents et instruits, mais ce n'est encore qu'une farce relativement excusable, quoiqu'elle se traduise par une grosse dépense que doit supporter l'administration. Tandis que profiter d'une malheureuse disposition des localités qui place une bibliothèque constamment ouverte aux internes au-dessus de la chambre à coucher d'un directeur pour y organiser une sorte de machine infernale consistant en une série de bûches reliées entre elles par une combinaison de cordes qui en provoque la chute de quart d'heure en quart d'heure, pendant toute la nuit, sur la partie du plancher sonore placée juste au-dessus du lit du patient, c'est faire preuve de férocité plus encore que de sottise; c'est dépasser les Asiatiques dans l'art de faire souffrir. J'ai tenu à citer ces deux exemples de gentillesse pour donner un échantillon des procédés délicats dont MM. les internes sont coutumiers. C'est par milliers qu'on les compte. Inutile d'insister, je crois.

Là comme ailleurs, il faudrait bien se garder de généraliser. A côté de salles turbulentes, taquines, tapageuses, insurgées de parti pris, qui rendent la vie impossible dans l'hôpital, on en voit d'excellentes, de sérieuses, de travailleuses, où l'instruction mutuelle est l'objectif commun, unique; avec celles-là, on n'a que les rapports les plus

agréables et les plus affectueux. Souhaitons que toutes reviennent à ces douces mœurs. »

Si M. d'Écherac a voulu faire une amusante critique de quelques travers d'esprit de nos jeunes internes, il a réussi, sa description intéresse et a su, sans aucun doute, retenir l'attention des lecteurs de son journal. Mais, s'il a prétendu faire une description fidèle, une peinture exacte des mœurs de nos internes, nous ne craignons pas de dire que M. l'inspecteur de l'Administration n'a pas su voir ce qu'étaient les internes. Il réduit leur rôle à leurs rapports avec l'Administration, ne s'est nullement occupé de leurs fonctions près des malades dans les salles d'hôpital, fonctions pour lesquelles ils ont été nommés. Il semble, pour lui, que l'interne n'a été créé et mis au monde que pour faire des farces à l'Administration et qu'en dehors de cela, il n'existe pas.

A la lecture de ce long article, on ne peut trouver ce à quoi est utile l'internat de nos hôpitaux.

Il est regrettable qu'une plume aussi autorisée ait cru devoir faire de nos internes un tel portrait. Nous n'avons pas besoin de défendre le corps de notre internat, d'où sont sorties toutes nos illustrations médicales.

Son désintéressement, son dévouement est connu de tous, si quelques internes sont parfois blâmables ou négligents, c'est l'exception. Médecins et chirurgiens, nous trouvons en eux des collaborateurs précieux et dévoués. C'est près des malades, près des médecins qu'est leur véritable fonction. Il est regrettable que, dans une étude sur l'internat des hôpitaux, ce rôle n'ait même pas été esquissé, et que l'auteur se soit uniquement et complaisamment étendu sur quelques côtés anecdotiques et frivoles de la vie de l'interne, ne le visant que dans la salle de garde, c'est-à-dire lorsque, son devoir rempli près de ses malades et de ses chefs, il rentre dans le « chez lui » que l'administration a mis à sa disposition.

Nos lecteurs ont trouvé récemment dans ce journal une intéressante étude de M. Landowski, sur la maladie décrite par Recklingshausen, sous la dénomination de **neuro-fibromatose généralisée**. M. Chauffard vient de présenter, à la Société médicale des hôpitaux (20 novembre), une très intéressante étude sur un fait de ce genre. Cliniquement, le cas était des plus nets, on y trouvait réunis les trois symptômes cardinaux de la maladie : petits fibromes sous-cutanés disséminés, taches pigmentaires, nævi pigmentaires ou vasculaires.

L'examen macroscopique et microscopique montra que les fibromes n'avaient aucune relation, aucune connexion avec les filets nerveux. Au microscope, on ne trouva pas trace de tubes nerveux dans leur masse, ils n'avaient donc pas pris naissance aux dépens des nerfs. Ce n'est pas la première fois qu'on ne trouve que des fibromes dans l'affection décrite sous le nom de neuro-fibromatose généralisée; M. P. Marie a déjà insisté sur ce point. M. Chauffard pense qu'on devrait distinguer les faits étudiés en deux catégories, et, suivant qu'il y a de simples fibromes ou des neuro-fibromes, donner à l'une le nom de neuro-fibromatose pigmentaire, à l'autre, celui de dermo-fibrose pigmentaire. La pigmentation reste le trait commun des deux formes.

Il ne semble pas que l'on ait jamais relevé de lésions des capsules surrénales dans la maladie décrite par Recklingshausen. Dans le cas de M. Chauffard, ces capsules étaient énormes, transformées en deux tumeurs, grosses au moins comme un œuf de poule. L'étude histologique a montré qu'il s'agissait d'une dégénérescence adénomateuse. Le pancréas avait subi une transformation identique.

On sait que, dans la maladie d'Addison, dont le symptôme le plus marqué est une pigmentation bronzée, très intense, de la peau, il y a, le plus souvent mais non toujours, des lésions dégénératives accentuées des capsules surrénales. Y aurait-il donc une relation entre la lésion de ces mêmes capsules et la neuro-fibromatose généralisée, qui comporte aussi des taches pigmentaires de la peau, mais, il est vrai, d'aspect tout à fait différent? Une seule observation, on le comprend, ne suffirait pas à l'établir.

D'un cas récemment observé par lui et des recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré, M. Comby a tiré les éléments d'une étude d'ensemble sur les accidents vésaniques qui surviennent parfois chez les enfants, dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Quelquefois il s'agit d'un délire maniaque, avec excitation plus ou moins intense, quelquefois, au contraire, d'accidents à forme dépressive, caractérisés par la mélancolie, la stupidité, l'hébétude. On peut en rapprocher l'aphasie transitoire, également signalée dans les mêmes conditions.

Tous ces accidents mentaux sont, en somme, bénins; ils disparaissent au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

La prédisposition héréditaire ne paraît jouer aucun rôle dans leur production; ils sont peut-être, en partie tout au moins, attribuables à l'inanition.

M. Galliard, au nom du docteur Valdès, rapporte l'histoire de trois jeunes sœurs qui, toutes les trois, au cours de la rougeole, présentèrent de l'emphysème sous-cutané de la région cervicale, et cela sans cause connue, sans bronchite grave.

Au nom du docteur Ricochon, M. Babinski communique l'observation d'une malade qui, au cours d'un mal de Pott sous-occipital, fut atteinte d'hémiatrophie de la langue.

On trouvera plus loin la liste des mutations qui auront lieu à la fin de l'année, dans les services médicaux des hôpitaux de Paris.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Épistaxis répétées chez un sujet porteur de petits angiomes cutanés et muqueux (1).

Je viens d'observer dans mon service un malade qui, par certains côtés, rappelle l'histoire du cas d'hémophilie présenté, il y a quelques mois, par M. Chauffard. Comme ces faits constituent encore une rareté, je crois devoir résumer les principaux traits de cette observation.

Le nommé S..., âgé de cinquante-deux ans, terrassier, entre à la salle Bouley, le 28 septembre dernier. C'est un homme grand et bien musclé, mais pâle, fatigué, le teint jaune, presque subictérique. Il se sent très affaibli et n'est capable d'aucun effort sans éprouver des palpitations. Quand il se baisse et se relève brusquement, il est en proie

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

au vertige. Son appétit est du reste assez bon, et il n'a pas de fièvre.

L'aspect anémique et la débilitation du malade sont la conséquence d'une double série de symptômes. Depuis deux mois, il est atteint assez fréquemment de diarrhée, qui l'a fatigué, et qui revient d'une façon intermittente durant parfois une semaine de suite. Cette diarrhée n'offre d'ailleurs aucun caractère dysentérique, et n'a jamais donné lieu à des pertes de sang intestinales. L'abdomen est souple, non douloureux, on ne constate aucun empâtement, ni aucune lésion appréciable. D'ailleurs, en ce moment, le malade a des digestions parfaitement régulières et ne souffre plus de son dérangement.

Le symptôme prédominant actuellement est la disposition quotidienne que présente le malade à saigner du nez. Depuis trois semaines, les épistaxis se succèdent tous les jours, et souvent plusieurs fois par jour. Elles se présentent de préférence le matin, et même pendant la seconde moitié de la nuit : il est rare que le malade ne soit pas éveillé par la sensation de l'hémorragie nasale qui se produit inconsciemment pendant son sommeil. Dans la journée elles sont plus rares et ne se manifestent que rarement quand le malade est en plein air.

Ces hémorragies sont d'ordinaire peu abondantes, 40 à 50 grammes chaque fois environ; mais, à plusieurs reprises, elles ont atteint 200 à 300 grammes, et même sans être aussi copieuses, leur répétition fatigue considérablement le malade. C'est aux pertes de sang que sont dus l'aspect anémique, le teint jaune, les troubles vasculaires et les vertiges.

L'examen des organes ne nous donne pas l'explication de ces épistaxis. Il n'y a aucune tendance congestive chez cet homme. Il n'est sujet, ni à des maux de tête habituels, ni à des poussées sanguines : il n'est pas alcoolique et mène une vie très sobre. Il n'a pas de tare cardiaque ni vasculaire, ni aucune menace actuelle d'artério-sclérose. Les urines, examinées au point de vue d'une néphrite interstitielle possible, ne révèlent aucune particularité suspecte; il n'y a ni polyurie, ni pollakiurie, ni albuminurie. La rate n'est pas grosse. Bref, nous sommes en face d'épistaxis en apparence essentielles, dont la cause nous échappe.

En recherchant dans les antécédents personnels et héréditaires de cet homme, nous trouvons quelques indices qui montrent sinon de l'hémophilie véritable, du moins une certaine tendance aux hémorragies faciles.

Le père serait mort de dysenterie, avec crises répétées de mélæna à cinquante-cinq ans; la mère, paraît-il, était sujette à saigner du nez. Un frère, mort albuminurique il est vrai, avait de fréquentes et d'abondantes épistaxis.

Lui-même a eu ses premiers saignements de nez à l'âge de douze ans et pendant toute sa jeunesse il y était assez sujet, mais d'une façon intermittente, de préférence au printemps et dans la saison chaude. Cette disposition, loin de s'atténuer en avançant en âge, s'aggrava notablement, et à partir de trente-cinq ans, les hémorragies sont devenues très fréquentes, toujours sous la forme d'épistaxis. Jamais, en effet, il n'a eu d'hématuries ni de taches purpuriques, ou d'hémorragies gingivales; et, chose intéressante à noter, quand il se blesse ou se coupe, il ne perd pas plus de sang qu'une personne normale. On lui a arraché deux dents sans qu'il ait eu des hémorragies consécutives notables. Ce n'est donc pas un véritable hémophilique, malgré la facilité avec laquelle il perd du sang par le nez.

Une particularité, qui rappelle étroitement le fait signalé par M. Chauffard, explique peut-être cette localisation singulière des hémorragies et leur répétition fréquente.

Il existe sur la peau du nez, des joues, de la lèvre supérieure et du menton, de petites taches pourprées, grandes comme une tête d'épingle, les plus grosses atteignant les dimensions d'une lentille, et qui sont de véritables angiomes cutanés, produits par une dilatation des vaisseaux superficiels de la peau. La pression les fait pâlir, mais non disparaître, le sang afflue immédiatement dès qu'on cesse de les comprimer. Quelques angiomes de même nature sont disséminés au-devant du cou et de la poitrine : il ne paraît pas en exister sur les membres.

Cette disposition anatomique n'est pas bornée à la peau; elle s'étend également aux muqueuses, et ce fait a un intérêt considérable au point de vue qui nous occupe. Effectivement, il existe de petites dilatations vasculaires, véritables foyers télangiectasiques, à la face interne des lèvres et de la joue, sur la langue et sur le voile du palais, avec des caractères identiques à ceux des téguments, mais avec une coloration plus vive, tenant à l'épaisseur moindre de l'épiderme muqueux.

Sur les narines, nous n'avons pas constaté de ces angiomes punctiformes, mais il n'est pas irrationnel de supposer que, sur la cloison du nez ou dans les fosses nasales, il n'en existe de semblables. On comprendrait ainsi pourquoi c'est toujours la muqueuse nasale qui est le siège des hémorragies, et comment elles sont si répétées et si abondantes.

Ce qui semble prouver qu'il y a une raison locale anatomique pour expliquer cette pseudo-hémophilie, c'est que la médication générale, astringente et tonique, n'a modifié en rien la disposition à l'hémorragie. Pendant les trois premiers jours, je me suis borné à faire du tamponnement local avec de l'ouate et de la vaseline, tandis que le malade prenait du fer, de l'eau de Rabel et de l'opium; les épistaxis ont continué de plus belle.

Elles ont cessé, au contraire, dans un délai assez court, en employant un topique local agissant directement sur la muqueuse. J'ai fait priser au malade, plusieurs fois par jour, un mélange ainsi composé :

Antipyrine	50 centigrammes.
Tannin.	1 gramme.
Sucre en poudre. . .	10 grammes.

Dès le premier jour, l'écoulement du sang a été presque supprimé, et l'épistaxis qui survint la nuit suivante fut infiniment plus faible que celles des nuits précédentes. A partir du troisième jour, l'hémorragie ne reparut plus.

Le malade a quitté l'hôpital le 10 octobre, encore un peu pâle, mais débarrassé de ses épistaxis et de ses vertiges, et se trouvant capable de reprendre son travail.

TRAITEMENT DES HÉMORROIDES

PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD.

Par le docteur Delorme,
Médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

Les succès constants, que m'a fournis l'excision circulaire de la muqueuse rectale hémorroïdaire, me font regarder la méthode de Whitehead comme une méthode de choix, mais je limite son emploi aux hémorroïdes internes ou extéro-

internes volumineuses, formant un bourrelet circulaire et non enflammées.

L'appliquer aux autres cas plus simples serait, à mon sens, abusif.

Sur mes dix-huit opérés, le résultat immédiat, comme le résultat définitif, ont toujours été satisfaisants : réunion par première intention, affrontement presque toujours exact de la muqueuse et de la peau, cicatrice linéaire le plus souvent, circulaire, souple, dilatable; sphincter actif. Je n'ai noté ni rétention, ni incontinence durable.

L'incontinence des matières qui suit immédiatement l'opération est toute temporaire ; et la gêne légère de la défécation, qu'entraînent quelques cicatrices, disparaît également.

La cure est radicale et on ne conçoit pas qu'elle ne le soit pas, si on a suivi les indications de Whitehead, c'est-à-dire si on a dépassé la zone des dilatations veineuses.

L'hémorragie immédiate est peu abondante, mais parfois gênante ; l'hémorragie consécutive n'est pas à craindre.

Quatre conditions sont surtout indispensables pour en assurer le succès :

1° Dépasser les limites de la muqueuse malade ;

2° Utiliser une bonne suture ;

3° Conserver avec soin les sphincters, surtout l'externe ;

4° Obtenir l'inertie absolue des muscles périrectaux, jusqu'à réunion solide.

1° Au début de l'emploi de cette opération, on hésite à remonter au-dessus du sphincter interne, jusqu'aux points où la muqueuse change brusquement sa couleur violacée de muqueuse malade, pour une couleur rose normale. Or, les sutures qui traversent une muqueuse altérée, tiennent mal; la section remonte et on s'expose à obtenir, non une cicatrice linéaire, mais une cicatrice étendue, rétractile, douloureuse ou rétrécissante.

2° La suture à points passés, disposée sur toute la circonférence rectale, comme l'a recommandé Whitehead, ne m'a pas paru toujours suffisante, car soit par le fait de l'ulcération de la muqueuse ou du fait de la rétraction du rectum, qu'elle soit spontanée ou due à l'action du sphincter et du releveur, la suture peut partiellement manquer.

Pour plus de sûreté, j'applique la muqueuse contre la peau, dans quatre points cardinaux, par des sutures à anse assez larges et modérément serrées. Elles résistent.

C'est à la fois pour pouvoir commodément appliquer ces sutures et pour bien juger de l'étendue des altérations de la muqueuse, que je reste attaché à l'ancien procédé du chirurgien de Manchester, qu'il a abandonné : à l'incision en quatre ailerons.

3° Lorsque les hémorroïdes sont déjà anciennes ou très volumineuses, la dissection du sphincter externe, confondu en certains points avec lui, ou masqué par elles, est délicate; on risque de l'intéresser si on n'apporte pas à sa séparation une grande attention. La recherche du sphincter interne, déjà éloigné du champ d'action principal, est plus facile. Il tranche par sa coloration rosée, et comme son dégagement doit se faire avec l'ongle de l'index, il ne risque pas d'être dilacéré. Mais comme il forme une mince bandelette, on risque, par contre, de le laisser adhérent à la portion d'intestin à enlever.

4° L'action du sphincter externe est annihilée par sa dilatation et pour un temps suffisant; mais celle du releveur de l'anus, dont on se préoccupe moins et qui tend bien plus à désunir la plaie, resterait entière, si, par les opiacés à haute dose, on ne supprimait la sensation du besoin d'aller à la garde-robe.

Je constipe mes malades de dix à douze jours, tout en les soumettant à un régime spécial. A ce moment, la plaie est bien réunie et les sutures sont presque toutes tombées d'elles-mêmes.

En résumé, l'opération de Whitehead est excellente; dire, contrairement à lui, qu'elle est parfois un peu délicate, c'est en servir les intérêts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1896. — Présidence de M. Monod.

RAPPORT

Kystes séreux congénitaux du cou. — M. Walther fait un rapport sur une observation adressée par M. Verchère. Il s'agissait d'un enfant de six mois qui portait, au niveau de la région sous-maxillaire, du côté droit, une petite tumeur présentant tous les caractères des kystes séreux congénitaux. Cet enfant fut présenté de nouveau à M. Verchère six mois après; la tumeur avait notablement augmenté de volume; elle descendait jusqu'au cou, elle était très tendue et donnait lieu à des phénomènes de compression, à une dyspnée continue; elle se tendait sous l'influence des cris; M. Verchère, pour parer aux accidents immédiats, fit une ponction aseptique et évacua le contenu du kyste. Mais il y eut une récidive et bientôt reparurent les accidents de compression. M. Verchère conduisit cet enfant auprès de M. Lannelongue, qui conseilla d'intervenir chirurgicalement. M. Verchère pratiqua l'opération le 7 novembre 1894. Il fit une longue incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien et se trouva en présence d'un kyste séreux congénital typique. Il dégagea la tumeur latéralement et à la partie supérieure. Arrivé sur la partie profonde, la tumeur s'ouvrit et tout le liquide s'écoula au dehors. M. Verchère introduisit le doigt dans la cavité du kyste et il reconnut d'abord un prolongement postérieur derrière le muscle mastoïdien, des adhérences avec les gros vaisseaux du cou. La paroi postérieure du kyste faisait corps avec les parois de la carotide primitive et de la jugulaire interne. Il existait un autre prolongement derrière le sternum, plongeant dans le médiastin. Enfin, l'une des parois du kyste se trouvait être en connexion intime avec le péricarde, en avant de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique. Devant cette disposition anatomique de la poche, M. Verchère en fit, pour ainsi dire, la marsupialisation et draina avec des mèches de gaze iodoformée introduites dans les différents prolongements. Trois mois après, la guérison était complèle.

M. Walther félicite M. Verchère de la conduite qu'il a suivie dans ce cas, mais il ne partage pas tout à fait l'opinion qu'il exprime dans les considérations qui suivent cette observation.

M. Verchère, en effet, dans ces considérations générales sur les kystes séreux congénitaux du cou et sur leur traitement chirurgical, arrive à cette conclusion qu'il y a lieu de préférer cette ablation partielle avec drainage à l'ablation totale, généralement préconisée. Tel n'est pas l'avis de M. Walther, qui estime que l'ablation totale des kystes séreux congénitaux du cou reste l'opération de choix et qu'on ne doit recourir à l'ablation partielle que dans les cas où se présentent des difficultés semblables à celles qu'a rencontrées M. Walther et qui tiennent au voisinage des gros vaisseaux. Pour soutenir sa cause, M. Verchère se plaît à assombrir le pronostic de l'ablation totale. Les hémorragies, l'ouverture des gros vaisseaux ne sont pas tant à redouter dans ces cas

et, chaque fois qu'elle est possible, l'ablation totale est incontestablement l'opération de choix. Il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, comme dans celui de M. Verchère, l'extirpation partielle est préférable comme infiniment moins dangereuse. Mais dans la grande majorité des cas, c'est à l'ablation totale qu'il faut recourir.

M. QUÉNU adopte les conclusions formulées par M. Walther. Il y a évidemment des cas où ces kystes ne sont pas enlevables en totalité. Il faut alors savoir se contenter de l'ablation partielle. Mais chaque fois que cela est possible, il faut incontestablement préférer l'ablation totale. Celle-ci est d'autant plus indiquée que, dans la plupart des cas, il y a une paroi dermo-épidermique qui a pour conséquence, dans les cas d'ablation partielle, une fistule intarissable. Il faut donc tout enlever chaque fois que cela est possible.

M. KIRMISSON admet, avec MM. Walther et Quénu, que l'ablation totale doit être l'opération de choix chaque fois qu'elle est possible. Mais ces kystes séreux congénitaux du cou réservent bien souvent des surprises et il arrive parfois qu'il est absolument impossible de tout enlever. L'ablation partielle avec drainage, telle que l'a pratiquée M. Verchère, peut être fort utile dans ces cas et donner de bons résultats. Mais, en principe, c'est à l'ablation totale qu'il faut recourir de préférence.

COMMUNICATIONS

Traitement du prolapsus du rectum. — M. SCHWARTZ trouve la communication de M. Nélaton sur le traitement des prolapsus du rectum pleine d'intérêt; l'opération en deux temps qu'il a pratiquée par la laparotomie d'abord, pour isoler de ses connexions l'intestin flottant, puis par l'anus pour le réséquer, est savamment combinée et il est à désirer que le résultat thérapeutique soit à la hauteur de la conception opératoire. Jusqu'à ce que l'efficacité en soit démontrée, M. Schwartz reste partisan des interventions combinées pratiquées sur le rectum et l'anus, d'autant plus qu'il n'a qu'à se louer des résultats qu'elles lui ont procurées au moins dans les cas moyens.

M. Schwartz a eu l'occasion de voir et d'opérer, en mars 1894, un énorme prolapsus du rectum. Il s'agissait d'une femme de cinquante-sept ans atteinte d'une chute du rectum qui datait de la tendre enfance; jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, les inconvénients qui en résultaient avaient été supportés assez facilement. Mais depuis, ils se sont accentués; chaque selle, chaque effort, voire même la station debout amène l'issue de l'intestin que la malade rentre facilement, mais avec de fortes douleurs; depuis quelque temps, elle a des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation, et une incontinence complète des selles liquides et des gaz. La situation étant devenue intolérable, elle est adressée à M. Schwartz qui constate les faits suivants : inertie complète du sphincter anal, tellement dilatable que trois doigts pénètrent facilement dans le rectum; l'anus donne issue au moindre effort à une masse grosse comme le poing, rose, plissée, couverte de mucus qui n'est autre qu'une invagination du rectum; une rigole circulaire complète existe entre l'anus et la tumeur. Elle se réduit facilement, mais ressort dès que la patiente est debout et à plus forte raison dès qu'elle marche.

M. Schwartz pratiqua l'opération suivante :

1° Huit raies de feu au thermocautère lardèrent le boudin prolabé du haut en bas de façon à traverser toute la muqueuse; réduction.

2° Incision médiane, partant de l'anus, remontant sur le coccyx. Elle permet de réséquer le coccyx et de dénuder rapidement la partie latéro-postérieure du rectum. Un doigt placé dans l'anus, comme M. Gérard-Marchant, M. Schwartz place, de chaque côté de la ligne médiane, deux sutures à la soie n° 2, qui serrées raccourcissent le rectum en arrière et latéralement; laissant un des chefs des points de suture, il les noue ensemble, après avoir traversé à faux-fil la paroi rectale transversalement de façon à produire un rétrécissement dans le sens transversal en même temps qu'il a obtenu un raccourcissement dans le sens vertical. Les fils du haut sont passés dans le tissu présacré et noués seulement ensuite.

3° Cela fait, il résèque largement les tissus anaux et préanaux en arrière en forme de V à sommet postérieur, cela profondément, dans le but de rétrécir le sphincter externe : suture en bourse de l'extrémité de la muqueuse rectale, suture de la peau et des tissus sous-jacents, aux crins de Florence.

Cette ano-recto-périnéorraphie postérieure large est suivie d'une intervention semblable sur la partie antérieure beaucoup moins tendue.

Tout est refermé à l'exception de la plaie postérieure qui laisse passer un drain.

Tamponnement rectal à la gaze iodoformée autour d'un gros drain pour le passage des gaz. Enlèvement du drain au bout de vingt-quatre heures.

La malade, opérée le 19 mars, sort guérie le 15 avril.

M. Schwartz l'a suivie depuis deux ans et huit mois après l'intervention, il a pu constater la guérison du prolapsus; néanmoins elle a un peu de prolapsus muqueux quand elle va à la selle et surtout quand elle a des crises de diarrhée; chose plus remarquable, le sphincter a repris en partie ses fonctions et serre un peu le doigt introduit dans l'anus.

En somme, l'opération a consisté dans une recto-coccypexie avec raccourcissement et rétrécissement du rectum; puis dans une large périnéorraphie surtout postérieure, un peu antérieure.

Plus récemment, en février 1896, M. Schwartz a opéré un second cas, moins accentué comme volume, mais très douloureux.

Cette fois, il a réséqué largement la partie procidente, il a pratiqué la suture du bout supérieur à l'anus, puis fait une périnéorraphie postérieure en enlevant un triangle à sommet coccygien de la région anorectale inférieure. Le résultat a été très bon et se maintient, quoiqu'il ait été obligé de pratiquer, au bout de quinze jours, une évacuation du gros intestin rempli de matières fécales durcies, qui ne pouvaient se frayer passage.

En admettant que le résultat thérapeutique soit bon dans le cas de M. Nélaton, il y aurait grand avantage à le compléter, à le consolider, en y ajoutant une périnéorraphie, qui paraît indiquée aussi bien qu'elle l'est après l'hystérectomie faite pour les prolapsus génitaux. M. Schwartz réserverait cette intervention pour les cas très avancés, en recommandant, pour les cas moins graves, les interventions combinées préconisées par MM. G. Marchant, Duret et lui-même.

M. NÉLATON croit qu'il est important de séparer les cas d'invagination véritable, comme celui qu'il a cité, des cas de prolapsus vrai. Le malade qu'il a opéré est mort de péritonite le sixième jour. Aussi en donnant ce procédé comme rationnel, croit-il devoir ajouter qu'il est dangereux. La difficulté de cette opération a surtout résidé dans la suture de la partie anale de l'intestin avec la partie supérieure de l'anse oméga.

De l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. — M. MONOD rappelle l'observation qu'il a fait connaître en quelques mots à l'Académie après la communication de M. Dieulafoy (Voy. *Gaz. des hôp.*, p. 321). Il s'agit d'un homme qui, au cours d'une fièvre typhoïde, fut pris brusquement d'accidents de perforation intestinale. M. Monod fut appelé auprès de ce malade dès le lendemain matin et, trouvant chez ce malade

une résistance suffisante, il intervint immédiatement. Il fit la laparotomie médiane, trouva le ventre déjà plein de pus, se porta vers le cæcum, attira une anse d'intestin grêle et trouva une perforation par où s'écoulaient des matières fécales liquides. Il boucha cette perforation par deux points de suture. Il chercha s'il y avait d'autres perforations, il n'en trouva pas d'autres; il constata seulement vers l'appendice un point douteux qu'il ferma. Il fit un lavage de la cavité abdominale à l'eau stérilisée chaude. Le malade, après avoir été très soulagé le jour suivant, succomba dans la nuit du lendemain. A l'autopsie, on vit que la suture avait bien tenu, mais on put constater que la péritonite avait continué à évoluer.

M. Monod fait suivre cette observation de l'historique de la question. Il rappelle que Mickulicz, le premier, en 1884, intervint dans un cas douteux de fièvre typhoïde. Son malade guérit. Louis, en 1890, réunit 11 cas avec 11 morts. Plus tard, une autre statistique donne 19 cas avec 8 guérisons. Murphy et Hill donnent chacun un cas. En somme, M. Monod n'est arrivé qu'à réunir, sur plus de 30 cas, 5 cas de guérison, dont 3 douteux et 2 seulement certains. Il termine en indiquant la technique opératoire qu'il a suivie.

M. ROUTIER a opéré un homme douze heures après le début des accidents. Il y avait un point douloureux. C'est au niveau de ce point, sur le côté, en plein muscle, qu'il a fait son incision. Il a sorti une anse intestinale sur laquelle il a trouvé deux perforations à 8 centimètres l'une de l'autre. Il a suturé par des points de Lembert. Il a trouvé des plaques de Peyer indurées. Cet homme était au huitième jour de la fièvre typhoïde. M. Routier a laissé le ventre ouvert. Le malade a succombé le onzième jour à deux nouvelles perforations.

Lorsqu'on opère ainsi au début de la fièvre typhoïde, on a toute l'évolution de la maladie à subir après l'opération et il peut se faire d'autres perforations. Il semblerait donc qu'on eût d'autant plus de chances de guérison qu'on interviendrait pour des perforations se produisant à la fin de la fièvre typhoïde.

M. Routier pense qu'il faut opérer au niveau du point douloureux et qu'il y a tout avantage à mettre seulement des fils d'attente et à laisser le ventre ouvert, quitte à le fermer plus tard.

La séance est levée.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la pelade chez les enfants.

Voici, d'après M. Feulard, la conduite à tenir :

Enduire tous les soirs le cuir chevelu d'une pommade soufrée au dixième et contenant un peu d'acide salicylique : le lendemain matin, tout le cuir chevelu est lavé et savonné avec un savon d'acide salicylique, puis frictionné avec une brosse douce, imbibée d'une solution alcoolique contenant une petite proportion de sublimé à 1 ou 2 p. 1000.

Ce traitement, appliqué sur la totalité du cuir chevelu, a pour but d'empêcher des ensemencements nouveaux de la maladie et de combattre la raréfaction générale de la chevelure si souvent existante.

Quant au traitement de la plaque elle-même, l'auteur emploie des badigeonnages avec une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100 et même à 2 p. 100, avec addition d'un dixième d'acide acétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 novembre 1896, M. Clarac, médecin principal des colonies, est promu au grade de médecin en chef de deuxième classe.

— Le 25 décembre prochain, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris : M. Oulmont passera à la Charité; M. Barth à Necker; M. Galliard à Saint-Antoine; M. Œttinger à Broussais; M. Hirtz à Laënnec; M. Balzer à Saint-Louis; M. Comby aux Enfants-Malades; M. Renauld à Ricord; M. Brocq à Broca; M. Richardière à Trousseau; M. Delpeuch à Cochin; MM. Le Gendre, Giraudeau et Achard à Tenon; MM. Thoinot et Darier à la Maison-Dubois; M. Lebreton à Sainte-Périne et M. Widal à l'hospice La Rochefoucauld.

Espérons que cette fois la liste ne sera plus remaniée.

— *Concours d'agrégation de chirurgie du Val-de-Grâce.* — Ont été déclarés admissibles : MM. Ecot, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, Rioblanc et Sieur.

— Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Bordeaux viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Guyot, Ulry, Hervé, Andérodias, Laffarelle, Fraikin, Bouyer et Fernand Martin.

Internes provisoires : MM. Laubie, Capdepon, Brial, Vergely, Ginestous, Garrau-Fonneuve, Michiels, Mlle Nourrit et M. Abadie.

Externes : MM. Dusson, Saux, Pinsan, Rocher, Broquet, Pierre Nadal, Doreau, Carles, Rullier, Muratet, Motheau, Coriveaud, Reyt, Servel, Gentès, Auboin, Chomienne, Brun, Fourgous, Albier, Joncourt, Hubert, Sambuc, Pallut, Métreau, Dargein, Laffargue, Etchepare, Nuel, Fargeas, Brunel, Souc, Palmieri, Mlle Déga, MM. Allard, Dumora, Bargues, Fauché, Pin et Chabal.

— A l'occasion de l'inauguration de l'Université nancéienne, les professeurs ont offert un punch aux étudiants réunis dans le grand salon de réception de l'Hôtel de Ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le laboratoire pour le service de la diphtérie est constitué pour l'année scolaire 1896-1897, par MM. les docteurs Méry, chef, et R. Petit, moniteur.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours du clinicat ophtalmologique s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jacqueau.

M. le docteur Bret est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — La séance de rentrée de l'Université de Nancy a eu lieu jeudi 19 novembre.

Voici la liste des récompenses pour l'année scolaire 1895-1896 :

Deuxième année : Prix d'anatomie et d'histologie : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Louis Michel; mention honorable, M. Forquin.

Deuxième année : Prix de physiologie : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Mathieu; mention très honorable, M. Louis Michel.

Quatrième année : Prix de chirurgie et d'accouchement : médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Gaston-Eugène Michel; première mention honorable, M. Beuvignon; deuxième mention honorable, M. Rapp.

Quatrième année : Prix de médecine : médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Lahaussois; première mention honorable, M. Demange; deuxième mention honorable, M. Hadot.

Prix de thèse de 325 francs, du conseil général de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy : M. Pillon; mention très honorable *ex æquo*, MM. André et Simon.

Prix Bénit, dit de l'internat, de 233 francs, M. Vaney; mention honorable, M. Thiry.

— M. le professeur Ph. Van Tieghem, membre de l'Institut, commencera son cours de botanique (organographie et physio-

logie végétale), le samedi 28 novembre 1896, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

— M. le docteur Baratoux reprendra son cours public et gratuit d'exercices pratiques sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, le mardi 1er décembre, à quatre heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 136. — JEUDI 26 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 26 NOVEMBRE 1896. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 »
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Cornil poursuit une série d'études qui intéressent plus particulièrement la chirurgie. Après avoir démontré les résultats, au point de vue histologique, de la suture, il fait connaître aujourd'hui ceux de la ligature des vaisseaux artériels et veineux. Le processus est le même dans les veines et les artères, mais beaucoup plus lent dans ces dernières.

En juin dernier, M. Rémy communiquait une observation de morve chronique chez l'homme (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 712). M. Hallopeau vient de faire un rapport sur cette intéressante communication. Il ressort du rapport de M. Hallopeau ce fait important que le pus farcino-morveux n'est pas le seul dont l'inoculation intrapéritonéale donne lieu à une vaginalite suppurative. Ce même phénomène s'est produit après l'inoculation du pus provenant d'un mycosis fongoïde. La méthode indiquée par M. Straus et reprise par M. Rémy, pour confirmer le diagnostic de la morve, ne serait donc pas absolument pathognomonique.

M. Manouvriez (de Valenciennes) appelle l'attention de l'Académie sur un mode de falsification de la bière par clarification au moyen d'une colle renfermant du bisulfite de chaux. Des accidents assez graves ont été observés sur un grand nombre de personnes ayant bu de cette bière.

Suit une série de rapports de prix par MM. Le Dentu (prix Meynot), Landouzy (prix Desportes) et Berger (prix Bourceret).

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. P. LE GENDRE.

Kyste dermoïde du petit bassin ouvert dans la vessie (pilimiction), après des phénomènes généraux simulant la fièvre typhoïde et une cystite prolongée (1).

Mlle B..., âgée de quarante-huit ans, femme de chambre, est entrée dans mon service le 10 octobre 1896, comme atteinte d'une cystite purulente consécutive à une fièvre typhoïde.

Elle était tombée malade le 5 ou 7 septembre, assez brusquement : malaise, céphalalgie, état saburral très accentué que les purgatifs ne faisaient pas disparaître, abattement extrême, puis vomissements, douleurs de ventre, fièvre continue. Son médecin l'a considérée comme ayant une fièvre typhoïde quelque peu anormale, mais n'aurait pas vu de taches rosées.

Comme antécédents, on doit noter que, depuis plusieurs années, cette femme se plaignait de douleurs intermittentes dans le bas-ventre, douleurs qu'elle attribuait à des flueurs blanches, et qui s'augmentaient par les cahots des voitures.

Quand je l'examinai, trente-cinq jours après le début de son état fébrile, je constatai une légère stupeur, un manque absolu d'appétit, la langue blanche, de la céphalée, une fièvre continue, légère, avec rémission matinale (37°8 le matin, 38°6 le soir).

Les phénomènes prédominants étaient vésicaux; ils s'étaient montrés au cours de l'état fébrile d'allure typhoïdique (miction douloureuse, urines rares, boueuses et sentant mauvais). Actuellement les besoins d'uriner étaient fréquents, impérieux, accompagnés et suivis d'épreintes. La quantité quotidienne des urines oscillait entre 600 et 800 grammes; la couleur était jaune foncé, l'odeur fétide; un sédiment abondant était constitué en grande partie par des globules de pus. Il n'y avait jamais eu d'hématurie.

L'examen de la région vésicale ne laissait pas constater de signes physiques bien nets. La région hypogastrique pouvait être déprimée sans douleur, ni résistance, quand la palpation n'était pas profonde; une pression énergique provoquait de la résistance et permettait de soupçonner un empâtement mal délimité, surtout à droite de la ligne médiane; la limite supérieure de la zone rénitente arrivait à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne.

Le toucher vaginal rencontrait un hymen très résistant et, par suite de cet obstacle, ne put être pratiqué assez complètement; on perçut pourtant une saillie légère de la paroi vaginale antérieure.

Le toucher rectal fit constater seulement un peu de rétroversion de l'utérus.

Le diagnostic de cystite et de péricystite fut seul posé. Nous nous demandâmes s'il ne s'agissait pas d'une infection post-éberthienne. M. Delmont-Bebet, mon interne, pratiqua le séro-diagnostic de Widal avec du sang pris dans une veine de l'avant-bras ; le sérum ne produisit pas l'agglutination caractéristique des bacilles d'Eberth.

Pendant le mois d'octobre, le même état persista, les douleurs variaient d'intensité, la fièvre s'éleva à plusieurs re-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

prises à 39°5. Vainement les traitements usités dans les cystites purulentes furent mis en œuvre. Les lavages vésicaux augmentaient les douleurs. Les bains tièdes prolongés, seuls, amenaient quelque soulagement. Mon collègue Tuffier voulut bien examiner deux fois la malade. Il pensa comme nous qu'une suppuration rétro-vésicale évoluait, mais conseilla d'attendre encore quelque temps, avant de faire une laparotomie exploratrice.

Dans l'après-midi du 9 novembre, la malade fut prise d'une envie d'uriner plus impérieuse que jamais, mais s'aperçut que la miction était devenue impossible, elle avait la sensation que l'urèthre était « bouché ». Après quelques efforts et une violente douleur, elle expulsa une masse solide qui fut projetée dans l'urinal avec un bruit perçu par les malades voisines. Cette miction fut suivie d'un soulagement remarquable, et le lendemain matin la fièvre était tombée. Le bocal d'urine qui me fut montré me frappa tout d'abord par la présence d'une grande quantité de petits poils blonds, longs de 2 ou 3 centimètres et semblables à des cheveux coupés ; ils flottaient dans une urine jaune sale et purulente. Au fond du bocal, se trouvait une masse putrilagineuse que l'examen microscopique révéla constituée par de la matière sébacée et un feutrage de petits poils blonds enroulés.

Je pensai immédiatement et naturellement à l'expulsion du contenu d'un kyste dermoïde ; mais, comme il était certain que la communication étroite qui devait exister avec la vessie ne suffirait pas à empêcher la malade de s'infecter, je fis passer celle-ci dans le service de M. Tuffier. Notre collègue, ayant ouvert la cavité abdominale, trouva, en effet, un kyste dermoïde de la grosseur d'une orange, adhérent à la vessie, à l'utérus et à l'intestin; le contenu en était putride et exhalait une odeur infecte. La malade, affaiblie par la longue durée de sa fièvre, subit un shock opératoire assez accentué, auquel obvia une injection intra-veineuse de sérum artificiel ; elle se trouve encore en traitement.

RESPIRATION ARTIFICIELLE

PAR INSUFFLATION PULMONAIRE DANS CERTAINES OPÉRATIONS INTRA-THORACIQUES (1).

Par MM. Tuffier et Hallion.

L'accès du médiastin et des organes thoraciques deviendrait facile, si nous pouvions ouvrir la cavité pleurale tout en maintenant à l'état physiologique le rôle du poumon. Les recherches que nous venons vous communiquer tendent à permettre d'aborder les organes intrathoraciques par voie transpleurale sans provoquer le pneumothorax. Ce ne sont encore que des faits expérimentaux de technique physiologique qui sont à l'étude chez l'homme.

Pour éviter le pneumothorax tout en ouvrant la plèvre, et pour le faire disparaître instantanément s'il est constitué, et si la plèvre est ouverte, il suffit d'insuffler le poumon par le larynx ou par la trachée. Si, au moment où on ouvre la séreuse, on pratique cette insufflation, l'organe distendu par la pression de l'air n'a aucune tendance à abandonner sa situation.

De même, si un pneumothorax est provoqué par une ouverture pleuro-pariétale et sans blessure du poumon, la fermeture de la plaie pariétale et l'aspiration peuvent diminuer la quantité d'air contenu dans la plèvre, mais l'insufflation trachéale permettra de le faire disparaître de suite en réappliquant la surface pulmonaire à la plèvre pariétale et en suturant la plaie avant de cesser l'insufflation. Voici les expériences qui le prouvent; nous les avons répétées sept fois, et nous décrirons seulement ici la technique générale dont le principe est le tubage laryngo-trachéal.

Un chien étant chloroformé, on introduit dans la trachée, par la cavité buccale, un long tube de cuivre que l'on met d'autre part en communication avec une soufflerie. La respiration artificielle étant ainsi installée, on incise un espace intercostal, et on le fait bâiller largement. La cavité pleurale, éclairée par une lampe à incandescence, devient alors assez largement accessible pour permettre diverses interventions sur l'œsophage, le grand sympathique, le pneumogastrique, etc.

Plusieurs chiens traités de cette manière ont survécu pendant des mois, sans aucun trouble causé par l'opération subie, et c'est là le point sur lequel nous voulons insister. Mais nous avons dû nous demander si l'insufflation, tout en suppléant avec efficacité la respiration normale, ne changeait pas les conditions de la circulation pulmonaire à un degré tel qu'elle pût entraîner de sérieux désordres et constituer un danger. Les recherches que nous avons faites sur ce point, et dont nous donnerons le détail, prouvent qu'il n'en est rien.

Quelques précautions sont nécessaires pour mener à bien l'expérience. L'asepsie doit être des plus rigoureuses; il serait bon que l'air insufflé fût stérilisé par chauffage, et il importe que l'air extérieur, destiné à être brassé dans la plèvre, par le va-et-vient du poumon, fût aussi stérile que possible.

Certaines incisions facilitent particulièrement ces recherches intrathoraciques en permettant d'aborder le médiastin, du moins chez le chien. C'est ainsi qu'on peut inciser deux espaces intercostaux symétriques et les réunir par une section transversale du sternum. On peut aussi, d'un trait de scie, diviser longitudinalement le sternum dans toute sa longueur et écarter les deux moitiés. L'application de ces faits à la chirurgie ne peut entrer en ligne de compte que si l'insufflation pulmonaire par voie laryngée est facile et inoffensive. L'un de nous a fait construire et a expérimenté une canule de tubage laryngé qui, entre autres avantages, pour d'autres opérations, permettra peut-être cette insufflation directe du poumon dans les opérations intrapleurales.

(1) Communication à la Société de biologie.

REVUE DE LA PRESSE

De la sérothérapie antidiphtéritique dans l'ozène et certaines formes d'otite. — En se basant sur les recherches de Belfanti et della Veldova sur la pathogénie de l'ozène, ainsi que sur ses recherches personnelles, Gradenigo a eu l'idée de recourir à la sérothérapie antidiphtéritique dans l'ozène, et voici quels sont les résultats qu'il en a obtenus.

Sur 24 cas traités, il y a eu 2 guérisons presque complètes, 9 améliorations notables, 5 améliorations passagères; dans 7 cas, on fut forcé de suspendre le traitement, et dans l'un, la durée du traitement a été trop courte pour arriver à un résultat.

Dans les deux cas où il y a eu guérison, il est important de noter la disparition du bacille diphtéritique. Il est intéressant, d'autre part, de faire remarquer que dans un de ces cas on n'a pu constater aucune amélioration pendant toute la durée du traitement : la guérison est survenue quelque temps après qu'on l'avait suspendu.

Chez les malades améliorés, on a pu trouver non seule-

ment la diminution des lésions nasales, mais la disparition rapide des symptômes de l'ozène comme la céphalée, les phénomènes de vertige réflexe, etc.

Les réactions locales et générales, que déterminaient les injections, étaient fréquentes, mais généralement peu graves.

En terminant son travail, l'auteur attire tout particulièrement l'attention sur l'action favorable qu'exerce la sérothérapie antidiphtéritique, non seulement dans les cas d'otite sèche et d'otite purulente chronique qui compliquent l'ozène, mais aussi dans certains cas d'otite purulente chronique sans ozène, dans lesquels il est impossible de démontrer la présence du bacille de Belfanti.

L'auteur poursuit ses recherches dans le but de définir d'une façon complète l'influence de la sérothérapie sur les otites. (*Riforma medica*, n° 143, 1896.)

D'un uréomètre clinique excessivement simple. — Les appareils employés ordinairement pour doser l'urée sont plus ou moins compliqués. Il me paraît donc important de signaler une modification introduite par Cavazzani, qui fait de l'uréomètre un appareil des plus simples.

L'uréomètre de Cavazzani est composé d'un tube cylindrique en verre, à parois plutôt épaisses, long de 15 centimètres, de calibre interne de 2 centimètres, dont la partie inférieure, considérablement rétrécie de telle sorte que le calibre n'est plus que de 4 millimètres, possède un robinet en verre. L'orifice supérieur du tube est recouvert d'un bouchon en caoutchouc, de la face interne duquel part, suspendu à un fil métallique, un petit tube très fin, gradué, de capacité de 1 à 2 centimètres cubes.

Voici maintenant comment on procède : on remplit l'appareil d'une solution ordinaire d'hypobromite de soude, dont on fait sortir une partie par le robinet, ce qui permet de remplir la partie inférieure de l'uréomètre qui est, comme nous l'avons dit, très amincie. On verse alors de l'urine dans le petit tube suspendu au bouchon jusqu'au signe qui indique 1 centimètre cube. On recouvre l'appareil avec le bouchon, on le renverse de façon à mettre en contact l'urine avec la solution d'hypobromite de soude; et lorsque la formation du gaz est terminée, on laisse reposer l'uréomètre pendant quelques minutes et on le porte, le tenant en position verticale, sur une échelle graduée : on ouvre le robinet et on laisse sortir tout le liquide qui s'échappe spontanément. Il est évident que le volume de ce liquide représente précisément le volume de l'azote formé. On fait alors le calcul par les procédés ordinaires pour établir la quantité de l'urée.

Comme on voit, cet uréomètre est d'une grande simplicité; en outre, son prix est très modique; il est solide et facile à employer. Lorsqu'on le manipule un certain nombre de fois, on arrive très bien à introduire la quantité strictement nécessaire d'hypobromite de soude, et l'on peut ainsi économiser le réactif, ce qui est toujours un avantage. Cet uréomètre donne des résultats d'une grande précision : il réunit les avantages de tous les appareils connus et réduit au minimum, s'il ne les supprime complètement, tous leurs inconvénients. (*Riforma medica*, n° 127, 1896.)

Contribution à la pathologie et à la chirurgie de l'apophyse mastoïde. — Le travail de Gradenigo est basé sur 136 cas de mastoïdite, qu'il a eu l'occasion d'opérer. Sur ces 136 cas, 48 furent aigus et 88 chroniques. Les malades appartenaient principalement au sexe masculin et la maladie était localisée le plus souvent du côté gauche.

L'auteur, en se basant sur le grand nombre de ses observations, fait remarquer que les deux signes de diagnostic les plus importants de la maladie sont : la persistance des douleurs pendant plus de vingt jours et l'abondante suppuration dans les cas aigus. Ces deux signes ont une valeur toute particulière dans les empyèmes localisés au sommet de l'apophyse (la forme de Bezoldt) qui sont très graves par leur évolution insidieuse et leurs complications, car ils donnent naissance aux abcès du cou. Ces formes se rencontrent assez fréquemment : sur 136 cas de Gradenigo, il y en avait 45.

Parmi d'autres complications qui peuvent se produire dans les formes aiguës, Gradenigo indique la thrombose du sinus latéral, des abcès situés en dehors de la dure-mère et des méningites d'origine auriculaire.

Signalons, parmi les cas de l'auteur, deux fort intéressants de nécrose du labyrinthe, dans lesquels il fut possible d'extraire, par la caisse du tympan, des morceaux du limaçon nécrosés.

Quant au traitement, Gradenigo conseille l'intervention chirurgicale dans les cas de névralgie de l'apophyse mastoïde résultant d'une otite purulente chronique.

Ajoutons, enfin, que, comme complication dans les formes chroniques, l'auteur indique la méningite, les abcès du cerveau et du cervelet et des abcès situés en dehors de la dure-mère. (*Riforma medica*, n° 137, 1896.)

Sur un cas de polyarthrite rhumatismale infectieuse aiguë compliquée de chorée, d'athétose et d'embolie cérébrale. — Dans un cas rapporté par Monteverdi, il s'agit d'une petite fille âgée de douze ans. Dans ses antécédents héréditaires, on note : père mort d'alcoolisme; mère morte par suite d'accidents hystériformes et gastro-intestinaux. Dans les antécédents personnels, la diphtérie et une pleurésie double ayant compliqué la rougeole. L'enfant entra à l'hôpital pour un point de côté accompagné d'une fièvre violente. A l'examen, on constata les symptômes d'une pleurésie droite, au début : température 39 degrés; pouls 120, respiration 42. Ces phénomènes s'accentuèrent les jours suivants et il se déclara une poly-arthrite accompagnée d'une dyspnée très grave de douleurs dans la région précardiaque et de défaillances. En auscultant le cœur, on constata, à ce moment, un souffle rude et un frottement péricardique. Le dixième jour de la maladie apparurent une éruption de sudamina et des mouvements choréiques dans tout le corps, y compris le visage. Le douzième jour, survinrent des convulsions généralisées, des pertes de connaissance, une hémiplégie complète du côté droit; la sensibilité tactile est diminuée du même côté, les pupilles sont dilatées, les mouvements du globe oculaire sont conservés, les réflexes tendineux exagérés du côté droit, le réflexe laryngé est aboli presque complètement. La température reste très élevée, atteignant 40 degrés; les jours suivants, apparaissent : paralysie du sphincter, légère contracture du biceps droit; la douleur précordiale disparaît, ainsi que la paralysie de la jambe droite, la pleurésie décroît et l'état des articulations redevient normal; enfin, les mouvements choréiques deviennent plus limités, mais la parole est toujours embarrassée quoique l'intelligence reste intacte. Le quinzième jour, la douleur dans la région du cœur réapparaît, les souffles cardiaques deviennent plus rudes, les mouvements choréiques reprennent leur intensité première et se compliquent d'athétose du pied et de la main gauches. Cinq jours après, l'état de l'enfant commence à s'améliorer, la dyspnée diminue, la température tombe, les phénomènes choréiques disparaissent progressivement, et la petite malade guérit parfaitement, après être restée au lit environ quatre mois. (*Pediatria*, n° 5, 1896.)

De la fièvre glandulaire; maladie de Pfeiffer. — Il y a quelques années, Pfeiffer décrivait sous le nom de fièvre glandulaire une maladie particulière caractérisée par une forte élévation de température, l'anorexie, et — c'est là le point capital — une adénite très intense. Récemment Comby

a démontré que l'affection glandulaire décrite par Pfeiffer était une maladie infectieuse et qu'elle était toujours accompagnée d'une légère angine.

Carini a observé des cas dans lesquels la tuméfaction des ganglions s'est manifestée après une période fébrile qui a duré de une à deux semaines. Deux ou quatre jours après l'apparition de cette tuméfaction, il y a une nouvelle hyperthermie qui peut arriver à 40 degrés et au-dessus.

Le diagnostic de la fièvre glandulaire est facile; elle se distingue de la parotidite par ce fait que, dans cette dernière maladie, la tuméfaction des régions parotidiennes constitue le symptôme fondamental. En outre, la tuméfaction est plus prononcée dans la parotidite qui, ordinairement, est bilatérale, tandis que la fièvre glandulaire est unilatérale.

L'abcès rétro-pharyngé ne peut être confondu avec la maladie de Pfeiffer, parce que, dans le premier, le cou est rigide, la tête rejetée en arrière et de côté, et à mesure que l'abcès progresse, l'enfant se lamente, se plaint de mal de gorge, de dyspnée, de dysphagie, symptômes qu'on ne trouve pas dans la fièvre glandulaire.

On ne saurait, enfin, penser à l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, car cette affection est déterminée par l'irritation de la peau ou des muqueuses par des causes constitutionnelles, comme la scrofule, etc. En un mot, l'étiologie des deux affections n'est pas du tout la même.

L'auteur est d'accord avec Pfeiffer et d'autres auteurs sur ce point que la fièvre glandulaire est une maladie infectieuse, spécifique; bien que sa pathogénie soit encore pour le moment inconnue, sa marche clinique, et la courbe irrégulière de sa température font pencher vers une origine infectieuse. (*Riforma medica*, n° 144, 1896.) Dr TAFT.

THÉRAPEUTIQUE

Le Bromidia dans l'insomnie.

Par le docteur X. DELMIS.

De toutes les indications qui se présentent au médecin dans la pratique courante, la plus fréquente peut-être est celle qui est tirée de l'insomnie. Depuis le simple surmené du cerveau — qui est devenu légion à notre époque, dans les grandes villes notamment — jusqu'aux sujets atteints des affections organiques les plus graves et les plus douloureuses, que d'états pathologiques dans lesquels la phrase qui revient le plus souvent sur les lèvres du malade est celle-ci : « Docteur, je vous en supplie, faites-moi dormir! »

Au premier abord il semble fort simple de réaliser ce désir, attendu que la pharmacopée moderne est assez riche en médicaments dits soporifiques, mais, pour le clinicien digne de ce nom, autrement dit pour tout médecin instruit et prudent, le problème à résoudre n'est pas toujours simple.

Il va de soi qu'il doit, tout d'abord, employer sa sagacité à dépister la cause, éminemment variable, de l'insomnie à laquelle il s'agit de remédier. Tant qu'il n'a pas résolu ce problème d'étiologie, sa thérapeutique médicamenteuse court les plus grands risques d'échouer et même de nuire, et réciproquement. La connaissance de la cause ou des causes de l'insomnie, dans un cas donné, permettra même fréquemment d'éviter l'emploi des médicaments (comme, par exemple, dans l'insomnie liée à des troubles digestifs, etc.), mais souvent aussi, le plus souvent même, il faut, au moins à titre provisoire, faire appel à la matière médicamenteuse. Dès lors, à quels hypnotiques recourir?

Certains d'entre eux, de découverte plus ou moins récente, n'ont pas encore subi suffisamment l'épreuve du temps, si nécessaire en thérapeutique, pour qu'on puisse les juger; sans compter que l'un d'eux, prôné très haut lors de sa découverte, n'a pas tardé à rentrer dans l'oubli. Finalement, on limite encore son choix aux mêmes préparations qu'il y a une dizaine d'années, à savoir : l'opium et ses alcaloïdes, le chloral et certaines solanées.

Mais qui ne connaît les inconvénients des opiacés et de leurs dérivés, en pathologie infantile, chez les sujets congestionnés ou congestionnables, chez les constipés, chez tous ceux dont les fonctions digestives et, d'une façon plus générale, les sécrétions sont ralenties? Et à ces inconvénients, tirés de l'action physiologique, vaso-dilatatrice, des opiacés, s'ajoutent encore les dangers de l'accoutumance.

Bien que beaucoup moins sérieux, les inconvénients de l'hydrate de chloral n'en existent pas moins, sans compter qu'il a une saveur extrêmement désagréable et une action irritante locale que n'arrive pas toujours à neutraliser complètement l'adjonction d'un véhicule sirupeux.

C'est pourquoi les inventeurs du Bromidia ont rendu un incontestable service à la thérapeutique de l'insomnie en combinant, en proportions heureuses, dans cette préparation aujourd'hui si répandue dans les deux mondes, le bromure de potassium, le chloral pur, l'extrait de chanvre indien et l'extrait de jusquiame (par cuillerée à bouche : 1 gramme les deux premières substances et 1 centigramme les deux dernières).

Les avantages du bromure de potassium n'ont pas besoin d'être rappelés, tant son action physiologique, vaso-constrictrice, s'harmonise bien avec l'état congestif des centres nerveux, qu'on trouve à la base du plus grand nombre des insomnies. On sait, d'autre part, que le sommeil chloralique se rapproche beaucoup du sommeil ordinaire, qu'il lui est presque identique, et que, en outre, l'accoutumance s'établit difficilement avec les préparations chloralées. Le chloral, il est vrai, ne convient pas aux états congestifs très accusés de l'encéphale, mais, dans le Bromidia, cet inconvénient, limité du reste à des cas restreints, est neutralisé par l'action physiologique inverse du bromure et par celle, de même sens, du cannabis indica et de la jusquiame. On sait, en effet, que la jusquiame a une action vasculaire très comparable à celle de la digitale. On sait, en outre — et c'est peut-être son seul avantage sur l'hyoscyamine, son alcaloïde principal — qu'il n'y a ni constipation, ni troubles gastriques par son emploi. Hufeland avait déjà mis en évidence ces avantages sur les opiacés, notamment pour la médecine infantile et dans les affections congestives des centres nerveux. Ajoutons, enfin, qu'il en est de même du chanvre indien. Est-il besoin de dire qu'à doses thérapeutiques et à l'état de substance isolée, il n'a, en aucune façon, les inconvénients bien connus du haschisch, dans lequel les Orientaux font entrer un grand nombre de substances mal connues, variables d'un pays d'Orient à un autre, et dont ils font abus plutôt qu'usage. Tout au plus pourrait-on dire que la dose minime d'extrait de chanvre indien, contenue dans le Bromidia, lui donne une très légère pointe d'agrément. Où est le mal?

C'est pour toutes ces raisons que le Bromidia a pris, dans la thérapeutique de l'insomnie, le rôle important que l'on sait et qui est de plus en plus apprécié des médecins et des malades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS

La cicatrisation des vaisseaux après la ligature. — M. CORNIL, par des expériences sur le chien, a pu suivre au

jour le jour le processus de la cicatrisation des vaisseaux après la ligature.

Dans les veines, sous l'influence de l'irritation déterminée par la ligature, les cellules endothéliales des parois vasculaires se gonflent, puis se détachent de la paroi à laquelle elles n'adhèrent plus que par un petit pédicule. Le noyau se dirige vers la lumière. Puis ces cellules se redressent, présentant l'aspect de cellules cylindriques. Bientôt elles se détachent et circulent librement dans le vaisseau. Ce sont ces cellules qu'on rencontre à la surface des caillots de fibrine qui adhèrent à la paroi. Quatre jours après la ligature, le caillot est pénétré par des cellules endothéliales ainsi modifiées et il se forme des cavités anastomosées affectant l'aspect de néo-capillaires. C'est ainsi que le bourgeon s'organise. Les débris mortifiés, détachés des parois, ne gênent nullement l'évolution des cellules qui s'implantent à leur surface et continuent à évoluer. Quand la cicatrisation est complète, la fibrine a disparu et il ne reste plus qu'un réseau conjonctif creusé de cavités vasculaires, le processus est le même pour les artères, mais il se fait plus lentement.

Falsification de la bière. — M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes) a observé quatorze personnes qui, après avoir pris de la bière, ont été prises de nausées, de vomissements, de coliques, de faiblesse des jambes, etc. On constata que la bière contenait, par litre, de 0,00157 à 0,00548 d'acide sulfureux correspondant à 0,017 ou 0,067 de bisulfite à 12°5 Baumé. Une enquête fut faite qui permit de constater que le brasseur s'était servi pour coller sa bière d'un clarifiant renfermant par kilogramme 994 milligrammes d'acide sulfureux correspondant à 6gr073 de bisulfite de chaux.

RAPPORT

De la morve chronique chez l'homme. — M. HALLOPEAU lit un rapport sur un cas de morve chronique observé chez l'homme par M. Rémy (Voy. *Gaz. des hôp.*, n° du 18 juin 1896).

Il s'agit d'une forme localisée de la maladie : la lésion initiale, qualifiée de panaris et qui mérite d'être assimilée à un chancre, n'a pu être étudiée par M. Rémy.

Il serait désirable que cette première manifestation fût minutieusement décrite et séparée des autres inoculations infectieuses aiguës; on pourrait alors, en la détruisant, essayer, avec plus de chances que dans la syphilis, d'enrayer le développement de la maladie, car l'infection peut rester longtemps localisée; il semble que les adénopathies puissent lui former une barrière; il serait intéressant de rechercher, chez un animal, si, dans un cas de farcinose ainsi circonscrite, les autres parties de l'organisme sont ou non en état d'immunité à l'égard du virus.

Pour confirmer le diagnostic de morve, M. Rémy a eu surtout recours à la méthode que l'on doit à M. Straus; elle consiste dans l'inoculation intra-péritonéale du pus farcino-morveux; trente-six heures après, on peut constater les signes d'une vaginalite aiguë.

Cette réaction est pathognomonique quand elle est conforme au type décrit par M. Straus : il faut signaler cependant une cause d'erreur; le pus farcino-morveux n'est pas le seul dont l'inoculation intra-péritonéale puisse donner lieu à une vaginalite suppurative. En effet, M. Hallopeau, avec le concours de M. Bureau, a inoculé à trois cobayes du pus provenant des surfaces ulcérées d'un mycosis fongoïde. Or, tous trois ont été atteints rapidement d'une vaginalite suppurée; cette altération s'est différenciée de celle que produit l'inoculation farcineuse par son apparition plus tardive, par la tuméfaction moindre et par l'aspect non caséeux du pus.

Le bacille morveux est remarquable par sa grande virulence, sa puissance destructive supérieure à celle des tuberculoses et des syphilis les plus malignes et aussi par sa grande vulnérabilité; une simple cautérisation peut suffire à en enrayer la propagation; aussi le traitement par le thermocautère, lorsqu'il peut être mis en œuvre, est-il le plus efficace; la guérison est possible. Elle ne doit être considérée comme définitive qu'au bout de nombre d'années, car, comme la tuberculose, la syphilis et la lèpre, la maladie peut, pendant très longtemps, rester silencieuse pour se manifester de nouveau par des accidents presque toujours mortels.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, théorique et pratique (1), par le professeur Gabriel TOURDES, doyen honoraire, et le docteur Edmond METZQUER, licencié en droit.

De toutes les branches de l'art médical proprement dit, la médecine légale est peut-être celle que les bouleversements scientifiques de la fin de notre siècle ont le moins modifiée. Science d'application dans toute l'acception du terme, elle a assurément bénéficié et bénéficiera encore des données nouvelles dans une certaine mesure : mais se basant depuis longtemps déjà sur des faits de plus en plus nombreux, sévèrement contrôlés; s'appuyant de moins en moins sur des doctrines toujours discutables et ne se servant des connaissances médicales que comme moyen d'action, elle est arrivée, avant l'ère pastorienne, à posséder une somme importante de vérités. Ces vérités, établies la plupart du temps par une judicieuse observation, confirmées, le cas échéant, par une expérimentation méthodique, et toujours passées au crible d'une critique rigoureuse, ont, à leur tour, contribué en partie, et serviront davantage, à l'avenir, au développement des autres spécialités médicales.

Aussi, tandis que les autres livres de médecine ont tout à coup vieilli, — sans mériter pour autant l'abandon à peu près absolu que leur souhaite, dans la préface de son récent traité de pathologie médicale, l'honorable doyen de la Faculté de Paris, — les ouvrages et articles de médecine légale, même anciens, ont conservé plus d'actualité que ceux de médecine pure, leurs contemporains.

Néanmoins, le moment présent était propice, pour offrir, aux praticiens et aux étudiants, un traité didactique, mis au point sur cette importante partie de leur exercice ou de leurs travaux. MM. les docteurs Tourdes et Metzquer l'ont compris, et on doit leur savoir gré d'avoir publié ce traité. L'un et l'autre avaient absolument qualité pour l'écrire. L'éminent professeur y apportait sa vaste érudition, son expérience consommée, ses monographies remarquables et son cours magistral. Son collaborateur, son élève affectionné, après avoir puisé dans la parole du maître « le goût de cette science qu'il a cultivée et approfondie », offrait, pour compléter et rajeunir ce travail, sa double compétence de médecin distingué et de licencié en droit.

Dans ce précis complet, les auteurs ont adopté une classification naturelle. Quatre parties, subdivisées en sections, puis en chapitres, englobent tout ce qu'il est essentiel de connaître sur cette matière.

La première partie étudie la médecine légale générale, c'est-à-dire qu'après avoir fait comprendre le caractère et le but de cette dernière, en avoir donné la définition, indiqué la division et le mode d'enseignement et résumé l'historique, elle s'occupe de la législation où prennent place les questions d'organisation médicale, de déontologie,

(1) In-18. Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

de secret professionnel, de responsabilité, ainsi que celles, non moins pratiques, des lois professionnelles, de l'exercice illégal de la médecine, de la réquisition, de l'expertise et des actes du médecin en justice.

C'est avec un intérêt soutenu, nous en sommes persuadés, qu'on lira ces 150 premières pages. Le jeune docteur est assuré d'y trouver les conseils les plus sages dès son entrée dans notre difficile carrière, et le médecin le plus expérimenté, une ligne de conduite dans certains cas embarrassants. C'est avec non moins de satisfaction que l'élève étudiera la deuxième partie, et que l'homme de l'art y cherchera, à l'occasion, un renseignement utile.

Dans cette deuxième partie, en effet, se groupent les circonstances et considérations de médecine légale spéciale qui se rattachent à la génération, à la mort et aux attentats contre la vie, aux droits et aux devoirs. Mariage, paternité et filiation, impuissance, hermaphrodisme, attentats aux mœurs, grossesse, avortement, accouchement, ensuite âge et viabilité du fœtus, et enfin infanticide : tels sont les titres sous lesquels se rangent des exposés très lucides et des indications d'une haute valeur, à propos de la génération. La mort est étudiée en détail, dans sa forme apparente, son processus organique, ses signes et les résultats fournis par l'autopsie. Les causes sont variables, naturelles, elle arrive par les progrès de l'âge; mais la maladie ou la violence (accidents, suicide) la détermine habituellement. Subite parfois, parfois provoquée par le froid, la chaleur, l'inanition, elle demande à être interprétée, dans tous ces cas, avec une grande sagacité. Le Traité que nous analysons en donne la possibilité, en même temps qu'il aidera à se prononcer dans les cas de survie, si délicats à apprécier quand il s'agit de l'attribution des successions *ab intestat*.

Les attentats contre la vie des personnes sont passés largement en revue. Les blessures par instruments divers, les brûlures, la combustion spontanée, la fulguration sont considérées d'abord en général. Viennent ensuite des chapitres plus particulièrement attachants : blessures pendant la vie et après la mort; pronostic médico-légal, suicide, homicide. Le sang est l'objet d'un article remarquable que résume un tableau synoptique final.

L'asphyxie et la toxicologie ont semblé, si on en juge par le développement qui a été donné à cette portion du travail, mériter de remplir, chacune, une section. D'un côté, la suffocation, l'asphyxie par les gaz, la pendaison, la strangulation, la submersion ont été décrites avec minutie; de l'autre, l'histoire des poisons et de leurs effets, les procédés employés dans leur recherche, les règles de l'expertise ont été excellemment présentés. N'est-ce pas, d'ailleurs, « sur le médecin que, dans les affaires de ce genre, pèse la plus grande responsabilité? »

Les droits et les devoirs, consignés dans ce qui a trait à l'identité, à l'âge, aux maladies simulées et dissimulées, à l'aliénation mentale, clôturent dignement ce volume, qui, en moins de 1000 pages, renferme tout ce qu'il y a de véritablement acquis à la science médico-légale.

C'est un précis par sa concision et sa clarté, mais c'est bien un Traité par la totalité des sujets et la manière dont ils ont été exposés et discutés.

La lecture en est attrayante pour l'esprit, et grâce à une typographie parfaite, sur un papier légèrement teinté, elle peut être prolongée sans fatigue.

Une table des matières, très simple et très claire, facilite la consultation de l'ouvrage.

Voilà ce que nous pensons du livre.

Notre modeste appréciation, à peine formulée, se trouve déjà corroborée par les félicitations que les auteurs ont reçues des sommités médico-légales, et par la faveur avec laquelle l'Académie de médecine a accueilli la présentation du Traité qui lui a été faite par un des plus brillants et des plus sympathiques professeurs de la Faculté de médecine de Paris.

L'éloge de M. le doyen Tourdes n'est plus à faire, celui de M. le docteur Edmond Metzquer est implicitement contenu dans ses publications antérieures et dans l'honneur d'une collaboration dont il a été jugé digne, et dont nous sommes particulièrement heureux de le féliciter.

Les médecins français seront reconnaissants aux auteurs de leur faire entendre, comme un écho, à la fois douloureux et consolant, d'un cours réellement supérieur, dont Strasbourg... autrefois et Nancy ont écouté les savantes leçons, et dont ce livre, appelé à de nombreuses éditions, gardera fidèlement le précieux souvenir.

Dr Chapoy, L.

Professeur à l'École de médecine de Besançon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 novembre 1896, M. Lefèvre, médecin de deuxième classe des colonies, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 21 novembre 1896, M. Duprat, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Gouget est nommé chef des travaux du laboratoire de clinique médicale (Pitié).

— *École de médecine de Clermont.* — M. Lepetit, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours d'histologie.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Malapert, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale, durant le congé accordé à M. le professeur Poisson.

— M. le docteur Faivre est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Follet, suppléant, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Angot est nommé médecin adjoint au lycée de Laval (emploi vacant).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 137. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1896. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les théories pathogéniques de la goutte.

Par le docteur F. TOUSSAINT (d'Hyères).

La goutte est une des affections les plus anciennement connues, et cependant on n'est pas encore définitivement fixé sur sa nature. Il n'y a peut-être pas de maladie sur laquelle on ait bâti plus d'hypothèses. Parmi toutes ces théories, plusieurs ont semblé toucher à la vérité; aucune, même parmi les plus récentes, ne semble l'embrasser tout entière. Nous connaissons aujourd'hui les lésions primordiales de la goutte, et nous savons que l'acide urique en excès dans le sang est un fait presque constant chez les goutteux. D'autre part, une étude clinique plus complète nous a permis de grouper un ensemble de phénomènes morbides fort dissemblables au premier abord, mais dont l'affinité avec la goutte est telle, que nous devons nous faire, de cette maladie, une conception moins abstraite que par le passé. Nous n'avons cependant pas encore un critérium suffisant, pour pouvoir sûremment en donner une définition pathogénique inattaquable. Nous avons seulement sur cette question beaucoup de documents dont l'interprétation, nous le verrons plus loin, est souvent des plus difficiles, ce qui permettait d'écrire, il y a peu de temps encore, avec un scepticisme un peu exagéré, que « malgré tous les travaux modernes, les Romains en savaient autant que nous ».

I

Nous n'avons pas l'intention de nous appesantir longtemps ici sur les théories anciennes. Aucune d'elles ne présente de base suffisamment solide pour qu'on s'y arrête. Elles n'ont, en somme, qu'un intérêt historique. Jusqu'aux travaux de Garrod, nous trouvons, dans différents auteurs, des études cliniques parfois très complètes, mais tout ce qui a trait à la pathogénie n'y est que le résultat d'idées préconçues, basées sur les théories en vogue et sans valeur scientifique sérieuse.

Il n'est pas douteux que, chez les anciens, la goutte et le rhumatisme n'aient été confondus pendant longtemps, sous le nom d'arthritis. Les deux maladies existaient, cependant, ainsi qu'en font foi, d'une part, les descriptions cliniques de l'accès de goutte et des tophus; et, d'autre part, les ossements portant les lésions caractéristiques du rhumatisme déformant, trouvés dans les fouilles d'Herculanum. Ce n'est qu'au XIIIe siècle, que le nom de goutte fut donné à cette forme d'arthritis, qu'Arétée de Cappadoce avait désignée sous le nom de podagra. A cette époque, où régnaient les théories humorales, la goutte était considérée comme le résultat d'un dépôt d'une humeur âcre s'infiltrant goutte à goutte dans les tissus.

Les théories anciennes de la goutte peuvent se ranger en deux groupes : les théories solidistes et les théories humorales.

Les solidistes ne parurent qu'à la fin du XVIIe siècle. Pour les uns, la goutte est une affection de l'estomac; telle était l'opinion de Boerhave et de Van Swieten. Pour les autres, c'est une maladie du système nerveux, et rien ne démontre l'existence d'un principe morbifique spécial à la goutte; c'était là la théorie de Cullen, pour lequel la goutte est une pléthore avec atonie des extrémités et les tophus ne sont pour lui que purement accidentels.

Les théories humorales sont de date beaucoup plus ancienne, ce furent celles de tous les médecins de l'antiquité. Aux XVIIe et XVIIIe siècles, les humoristes attribuaient la formation des concrétions goutteuses, au dépôt d'un sel tartrique accumulé dans le sang.

En 1683, Sydenham donna son *Traité de la goutte*, dont la partie clinique a toujours été considérée depuis comme n'ayant jamais été « ni surpassée, ni égalée », et dont la théorie pathogénique devait rester debout jusqu'à ce que Wollaston et Tenant eussent établi que les concrétions goutteuses sont composées d'urate de soude. Pour lui, il existe dans l'organisme une matière morbifique, résultant de « coctions imparfaites ». Les efforts de la nature pour éliminer cette matière peccante, produisent les symptômes de la goutte. La sagacité clinique de Sydenham lui avait ainsi permis de pressentir ce que la chimie devait démontrer plus tard; la matière peccante, c'est l'acide urique, les coctions imparfaites, c'est le ralentissement de la nutrition.

II

La découverte de l'acide urique marque une nouvelle étape dans l'étude de la goutte. Déjà Forbes avait soupçonné, sans pouvoir le démontrer, que, chez les goutteux,

l'acide urique est en excès dans le sang, et il avait insisté sur les affinités de la goutte et de la gravelle. Son opinion avait été adoptée en France, par Cruveilhier et par Rayer, aussi, lorsqu'en 1848, Garrod donna sa théorie de l'uricémie, il sembla que le dernier mot était dit et que la pathogénie de la goutte était définitivement fixée.

Sa doctrine, que nous étudierons plus loin, avec tous les développements qu'elle comporte, peut se résumer dans ces deux propositions fondamentales :

1° Dans le sang des goutteux, il y a excès d'acide urique, sous forme d'urate de soude ;

2° Dès le début de la maladie, il y a altération des reins s'opposant à l'excrétion de cette substance.

En un mot, la goutte consiste dans l'uricémie, d'une part, et l'imperméabilité rénale de l'autre.

Nous verrons plus loin les nombreuses objections qu'on a pu faire à cette théorie si séduisante au premier abord.

Élargissant la question, M. Bouchard s'est élevé contre la théorie chimique exclusive de Garrod. Après Bence Jones et Benecke, il considère l'uricémie comme l'effet du ralentissement général de la nutrition et de l'acidité excessive des milieux organiques, caractéristique des maladies arthritiques. La goutte est une maladie générale de la nutrition, les dépôts articulaires et l'uricémie n'en sont qu'un des facteurs.

Ces deux théories ne supposent pas que dans la goutte il y ait exagération dans la production de l'acide urique. Telle n'est pas l'opinion de Lecorché, Ebstein, qui attribuent la maladie à une superproduction de cet acide.

Que l'on admette l'une ou l'autre de ces théories, il est certain qu'il y a chez le goutteux un trouble dans le fonctionnement normal de la nutrition. Est-il possible d'en trouver la cause? C'est ce qu'ont voulu faire les auteurs qui attribuent aux modifications de l'innervation la cause première de la goutte. Cette théorie est celle de Dyce-Dukwort, admise par M. Lancereaux, reprise et développée récemment par MM. Proust et A. Mathieu.

Nous discuterons plus loin ces diverses opinions, il nous faut d'abord rechercher sur quels éléments on a pu se baser pour édifier l'une ou l'autre.

III

Lorsqu'on lit les descriptions cliniques que nous ont laissées les auteurs anciens, on constate que la plupart des accidents de la goutte aiguë, et ceux de la goutte chronique ont été par eux complètement observés. L'accès lui-même, ses diverses manifestations immédiates ou consécutives, la formation des tophus, les accidents de la goutte rétrocédée, remontée, tout cela est décrit et discuté. Mais pour eux, qui considéraient la goutte comme une maladie articulaire et non comme une maladie générale, tous les phénomènes morbides qui précèdent l'éclosion de la goutte, marquant, pour ainsi dire, dès son enfance, celui qui aura plus tard des accès aigus, non seulement ne sont pas interprétés, mais ne sont même pas décrits. Il appartenait aux auteurs modernes de redresser cette erreur. Grâce aux travaux de Graves, Trousseau, Bouchard, il est permis de dire que l'accès aigu ne marque pas la prise de possession de la maladie, et que bien avant lui de nombreux phénomènes morbides ont déjà éclaté, qui peuvent permettre de prévoir l'éclosion ultérieure de la goutte. Tous ces accidents rentrent d'ailleurs dans ce vaste groupe des maladies neuro-arthritiques, sur la valeur duquel nous aurons à insister plus loin.

Dès son enfance, le futur goutteux est d'ordinaire atteint de troubles particuliers dans sa santé, qui permettent de le classer parmi les arthritiques et de prévoir chez lui, pour l'avenir, sinon fatalement la goutte, au moins quelqu'une des maladies du même groupe. C'est un neuro-arthritique qui pourra rester tel toute sa vie, ou bien devenir asthmatique, goutteux, diabétique, etc.

Tout jeune, on verra apparaître chez lui la gourme, l'eczéma prurigineux et tenace, l'urticaire. Du côté des muqueuses, ce seront des angines à répétition, des bronchites fréquentes.

A un âge un peu plus avancé, se produiront des migraines, des saignements de nez répétés.

Plus grands encore, il ne sera pas rare de voir chez eux des attaques de rhumatisme articulaire, aigu ou subaigu, qui pourront intéresser le cœur.

Un des accidents les plus fréquents dans la santé des neuro-arthritiques, c'est la dyspepsie, appelée par G. Sée pseudo-dyspepsie antégoutteuse, caractérisée par du pyrosis, du ballonnement après les repas et des alternatives de constipation et de diarrhée.

Si, à ces différents symptômes, nous ajoutons les vertiges, l'asthme, les coliques hépatiques ou néphritiques, nous trouvons un ensemble de troubles morbides qui permettent de prévoir chez celui qui en est atteint, l'éclosion de la maladie franche.

Bien entendu, on ne saurait prétendre retrouver tous ces symptômes chez le même malade ; très souvent même, ils ne sont qu'à l'état d'ébauche, et la santé de ceux qui en sont atteints reste relativement bonne.

Si, par une hygiène bien comprise, celui qui semble ainsi prédestiné à la goutte lutte avec énergie, peut-être pourra-t-il retarder indéfiniment l'éclosion de la maladie. Il n'en est cependant pas ainsi trop souvent; les précautions les plus sévères restent impuissantes à vaincre la tare héréditaire, et surtout la vie trop plantureuse, les excès alimentaires, viennent hâter l'éclosion d'accidents qui ne demandent qu'à se manifester.

Après que ces diverses manifestations morbides se sont ainsi montrées et accentuées pendant plus ou moins longtemps, survient l'accès aigu, précédé, en général, d'une recrudescence des divers malaises, vertiges, étourdissements, maux de tête, insomnie. Si l'accès suit son cours régulier, il met d'ordinaire un terme aux malaises qui l'ont précédé, et le malade se retrouve ensuite en parfaite santé. Si, au contraire, l'accès avorte, on voit reparaître et même s'aggraver tous les autres accidents.

Les crises aiguës se répètent ainsi à intervalles variés, sans laisser d'abord aucune trace, jusqu'au jour où la goutte s'installe à l'état chronique ; les reins se prennent, tout le système vasculaire est intéressé, et le plus ordinairement le malade finit par mourir, soit par asystolie, soit par hémorragie cérébrale.

Telles sont, esquissées à grands traits, les étapes de la vie d'un goutteux, et ces constatations fournies par l'observation clinique ont, au point de vue spécial qui nous occupe ici, une importance capitale. Elles nous montrent nettement que la goutte est une maladie générale, qui ne saurait être localisée dans une simple fluxion articulaire et dans la formation des tophus, mais qu'on doit la considérer comme un trouble nutritif primordial de toute l'économie (Rendu).

Cela nous apparaîtra, d'ailleurs, comme encore plus cer-

tain, si nous remarquons que non seulement les accidents variés qui marquent le candidat à la goutte s'observent, on peut le dire, chez tous les goutteux, mais encore que leurs parents ont pu déjà présenter les mêmes troubles dans leur santé.

La goutte, en effet, est héréditaire, et cette notion a été admise de tout temps.

« Podagra sæpe fluit a parentium initio, » disait Van Helmont.

Pour Hamilton, la goutte ne saurait avoir d'autre cause que l'hérédité, et Cullen n'hésite pas à en faire une règle tellement absolue, qu'il nous dit sous forme d'aphorisme : « Quand on ne trouve pas de tare héréditaire dans la famille d'un goutteux, on doit soupçonner la fidélité conjugale de la mère. » C'est aller un peu loin, et il s'en faut que tous les goutteux soient fils de goutteux.

Si l'on ne tient compte que de l'hérédité directe et qu'on se borne à rechercher la goutte seulement parmi les ascendants du malade, on arrive à trouver que l'hérédité existe dans la moitié des cas environ. C'est le chiffre donné par Garrod, c'est également celui auquel est arrivé M. Bouchard.

L'hérédité venant du père est beaucoup plus fréquente que celle venant de la mère, ce qui s'explique aisément par la plus grande fréquence de la goutte chez l'homme. Il est important aussi de remarquer que la goutte peut sauter une génération et peut également se montrer seulement dans une branche collatérale de la famille.

Cette hérédité, telle que nous venons de l'indiquer, constitue l'hérédité directe de la maladie. Si l'on recherche l'hérédité des maladies similaires, on arrive alors à trouver que la goutte est héréditaire dans un bien plus grand nombre de cas, et que presque tous les goutteux ont présenté dans leurs antécédents des manifestations arthritiques ou neuro-arthritiques. Nous avons noté plus haut la moins grande fréquence de la participation de la mère à l'hérédité de la goutte. Cela est exact, si l'on recherche seulement la goutte franche chez la mère, mais ne l'est pas pour les autres manifestations arthritiques, telles que les coliques hépatiques, le diabète ou l'obésité, et tout cet ensemble de troubles morbides caractéristiques, pour M. Bouchard, du ralentissement de la nutrition.

Chez plus de la moitié des goutteux, la maladie s'est montrée héréditaire. Chez les autres, c'est une maladie acquise et c'est alors qu'on voit intervenir tous les vices d'hygiène, sans cesse notés, dans la genèse de la maladie. L'excès des travaux intellectuels, la vie sédentaire et l'absence d'exercices musculaires, l'alimentation trop riche, l'usage en excès de la viande, l'abus des boissons fermentées, si fréquemment noté en Angleterre, tout cela constitue l'ensemble des principaux facteurs de la goutte. Malgré cela, ne devient pas goutteux qui veut, mais tous ces facteurs, intervenant sur un terrain arthritique, trouveront les meilleures conditions au développement de la maladie.

L'ensemble des données étiologiques que nous venons d'énumérer brièvement, nous montre, ainsi que nous l'avons vu par l'observation des phénomènes cliniques, que la goutte est une maladie générale de la nutrition.

Nous n'insisterons pas longuement sur la description des lésions anatomo-pathologiques de la goutte. La caractéristique de la maladie, c'est le dépôt d'acide urique dans les articulations et la formation des tophus. Ces dépôts d'acide urique finissent, dans la goutte chronique, par incruster les cartilages, et par produire ainsi une lésion spéciale à la goutte.

Du côté des reins, il se fait également des dépôts d'urate de soude, en même temps que se produisent les lésions de la néphrite interstitielle. Il n'est pas inutile de remarquer, cependant, que des goutteux avérés peuvent n'avoir aucune lésion rénale, et que d'autres maladies que la goutte, accompagnées d'uricémie, ne se traduisent pas par des néphrites.

Mais avant d'aller plus loin, il importe d'abord de savoir ce que c'est que l'acide urique, comment et où il se forme dans l'organisme.

L'acide urique, nous disent les différents traités de chimie, est un produit d'oxydation incomplète des matières azotées; c'est un échelon par lequel passent les matières albuminoïdes avant de se réduire en urée. En effet, il est possible, au laboratoire, de faire de l'urée en oxydant de l'acide urique. Reste à savoir s'il en est de même dans l'organisme.

Pour Liebig, l'acide urique était bien un produit d'oxydation insuffisante.

Une première objection qui se pose est la suivante : si l'urée se forme aux dépens de l'acide urique, il doit y avoir entre les deux un rapport constant et lorsque l'urée diminue beaucoup, on devrait voir augmenter l'acide urique, ce qui est fort rare; le plus souvent, au contraire, les variations de l'un et de l'autre sont parallèles. Dans ces conditions, il est bien difficile de ne pas se demander si l'acide urique ne se formerait pas dans l'organisme aux dépens de substances autres que celles qui donnent naissance à l'urée.

D'ailleurs, dans les différentes espèces animales et aussi chez le même individu, on peut trouver des différences considérables dans la production de l'acide urique, sans qu'on puisse savoir exactement à quelle règle obéissent ces irrégularités.

Chez les oiseaux et les serpents, on trouve des quantités considérables d'acide urique, tandis qu'il n'y en a pas chez le chien et le chat, qui sont cependant des carnivores.

Il semble bien difficile, dans ces conditions, d'attribuer uniquement à une insuffisance des combustions organiques, l'excès d'acide urique dans l'urine et à ce point de vue, E. Pfeiffer fait remarquer que c'est l'enfant qui excrète le plus d'acide urique, que cet acide diminue à mesure qu'on avance en âge, et que, par suite, sa présence en grande quantité ne peut être considérée comme due à un ralentissement de la nutrition.

D'autre part, l'acide urique se rapproche plus chimiquement d'autres substances extractives, la xanthine, l'hypoxanthine, la guanine, que de l'urée. L'opinion de Liebig semble donc soulever bien des objections. Kussmaul rattache la production de l'acide urique à la désassimilation de la nucléine des globules blancs. C'est également l'opinion de Lambling, Horbaczenski, Lemoine, et cette théorie a pour elle de sérieux arguments.

Dans la leucocythémie, où il y a destruction considérable de globules blancs, il y a parallèlement augmentation d'acide urique dans l'urine.

Un autre argument en faveur de cette interprétation est le suivant : l'excrétion maxima de l'acide urique suit de près le moment où la résorption intestinale est à son maximum et où il y a une active migration de globules blancs.

Enfin, on peut aussi remarquer que le sulfate de quinine, qui supprime les mouvements amiboïdes des globules blancs, diminue la production de l'acide urique.

En résumé, il semble vraisemblable que l'acide urique n'est pas, comme on l'a cru longtemps, un produit intermédiaire entre la matière azotée et l'urée, mais que c'est une substance qui se forme dans l'organisme, indépendamment de l'urée, et plus probablement par la désassimilation de la nucléine des globules blancs.

Murchison attribue au foie la formation de l'acide urique. De même Minskowski, supprimant la fonction hépatique chez les oiseaux, voit disparaître l'acide urique de l'urine.

Il est beaucoup plus vraisemblable d'admettre que l'acide urique ne se forme spécialement dans aucun organe, mais qu'il se produit dans l'organisme tout entier.

La quantité d'acide urique est influencée par la nature des aliments. Une alimentation surabondante en matières azotées en augmente la quantité : au contraire, on la voit diminuer par une alimentation végétale. Rappelons, enfin, que l'exercice musculaire a une très grande action sur l'acide urique, dont il diminue notablement la quantité.

Nous ne pouvons entrer ici dans de plus longs développements sur toutes ces questions. Nous avons voulu seulement résumer brièvement les diverses opinions ayant cours à ce sujet et rassembler les éléments qui ont servi à établir les diverses théories modernes de la goutte.

Ces théories, qu'on peut classer sous quatre formules différentes, ne sont pas exclusives cependant les unes des autres, et ont entre elles de nombreux points de contact. Nous les étudierons dans l'ordre suivant :

1° Uricémie par rétention. Théorie de Garrod.

2° Uricémie par ralentissement de la nutrition et hyperacidité des milieux organiques (Bence Jones, Beneke, Bouchard).

3° Uricémie par superproduction d'acide urique et accélération de la nutrition (Lecorché, Ebstein, E. Pfeiffer).

4° Théorie de l'origine névropathique de la goutte (Dyce-Dukworth, Lancereaux, Proust et Mathieu).

IV

1. Uricémie par rétention. Théorie de Garrod. — C'est Garrod le premier qui, sortant de l'empirisme, donna de la goutte une théorie basée sur les constatations de l'anatomie pathologique et de la chimie. Ses idées, d'abord acceptées sans conteste, avaient semblé trancher définitivement la question de la pathogénie de la goutte. Bien que de sérieuses objections aient été élevées et qu'un certain nombre de ses propositions aient été considérées comme inexactes ou tout au moins comme trop absolues, il n'en est pas moins vrai que l'ensemble de ses travaux sert encore en quelque sorte de base aux hypothèses plus récentes. Nous allons donc étudier cette théorie avec tous les développements qu'elle comporte.

Garrod résume dans les propositions suivantes ses idées sur la pathogénie de la goutte :

« 1° Dans la goutte, l'acide urique, sous forme d'urate de soude, existe toujours en proportion anormale dans le sang, aussi bien antérieurement à l'accès que pendant sa durée même. Cet excès d'acide urique est une condition nécessaire à la production des accès de goutte ; néanmoins dans certains états morbides, tels que l'intoxication saturnine par exemple, et dans quelques autres circonstances encore, l'acide urique peut s'accumuler dans le sang, sans qu'il s'ensuive aucun symptôme articulaire. La seule présence de l'acide urique en excès ne suffit donc pas à expliquer le développement de l'accès de goutte.

2° Les travaux les plus récents sur l'anatomie pathologique de la goutte prouvent, d'une manière incontestable, que l'existence d'un dépôt d'urate de soude dans les tissus affectés est un caractère constant de la véritable inflammation goutteuse.

3° Ce dépôt occupe les interstices des tissus et il est de structure cristalline : une fois formé dans les cartilages et les tissus ligamenteux, il persiste pendant fort longtemps, peut-être même pendant toute la durée de la vie du malade.

4° L'urate de soude, qui constitue les dépôts dont il s'agit, doit être considéré comme la cause et non comme l'effet de l'inflammation goutteuse.

5° L'inflammation goutteuse tend à détruire l'urate de soude dans le sang de la partie où elle siège et par conséquent dans tout le système circulatoire.

6° Les reins sont affectés dans la goutte, vraisemblablement dès la période initiale ; ils le sont très certainement lorsque la maladie est devenue chronique. La lésion du rein n'est peut-être d'abord que fonctionnelle ; plus tard, l'organe est modifié dans sa structure. Le produit de la sécrétion urinaire est également modifié dans sa composition.

7° L'altération du sang, qui résulte surtout de la présence de l'urate de soude en excès, est probablement la cause des troubles morbides qui précèdent l'accès de goutte et aussi de plusieurs des symptômes qu'on observe parfois chez les goutteux.

8° Indépendamment des particularités individuelles, les causes qui disposent à la goutte sont toutes les circonstances qui ont pour effet d'accroître la formation de l'acide urique dans l'organisme, ou encore de retenir cet acide dans le sang.

9° Les causes excitantes des accès de goutte sont toutes les circonstances qui tendent à diminuer l'alcalinité du sang ; toutes celles qui, à un moment donné, augmentent d'une manière notable la formation de l'acide urique, ou qui entravent momentanément l'élimination de cet acide par la voie des reins.

10° L'existence d'un dépôt d'urate de soude dans les parties affectées par l'inflammation est exclusivement propre à la goutte. Elle ne se rencontre dans aucune autre maladie. »

Ainsi présentée, la théorie de Garrod devait facilement emporter tous les suffrages. Uricémie d'une part, accumulation de cet acide urique par imperméabilité rénale et consécutivement formation des tophus, c'est certes là une formule séduisante. Tout ce qui augmente la proportion d'acide urique et en diminue l'excrétion sera une cause prédisposante à la goutte. Toutes les causes qui diminuent l'alcalinité du sang et le pouvoir éliminateur des reins ou augmentent les déchets nutritifs, seront des causes occasionnelles.

Les premières objections furent soulevées par Charcot, qui fit remarquer que parfois il n'y avait pas excès d'acide urique dans le sang des goutteux et que, d'autre part, il n'était pas démontré que le rein fût imperméable.

Garrod n'avait d'ailleurs fait qu'un très petit nombre d'analyses directes du sang pour montrer sa teneur en acide urique, mais par son ingénieux procédé du fil, il avait donné un moyen commode d'obtenir un résultat approximatif.

Dans la sérosité du sang extrait par une ventouse scarifiée

et recueillie dans un verre de montre, on ajoute quelques gouttes d'acide acétique. On place dans le liquide plusieurs brins de fil. Au bout de vingt-quatre heures, ces fils se sont chargés de cristaux d'acide urique. Mais, observation importante, si cette ventouse a été appliquée sur une articulation enflammée au cours d'une crise aiguë, la sérosité recueillie ne contient pas d'acide urique, tandis qu'on en trouve dans la sérosité extraite en tout autre point.

Ce procédé permet de révéler la présence de 3 milligrammes d'acide urique pour 100 grammes de sérum, proportion qui, chez les goutteux, est toujours plus élevée (Lecorché).

Le procédé du fil a donné des résultats positifs à toutes les périodes de la maladie, aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques et surtout pendant les accès. L'uricémie est donc un fait clinique positif et bien constaté. Mais pour que la théorie de Garrod fût inattaquable, il faudrait que sa constatation eût pu être faite dans tous les cas de goutte.

Nous avons déjà noté les réserves de Charcot sur sa portée. Si l'uricémie est habituelle, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut faire défaut. Chez deux goutteux porteurs de tophus, M. Potain, malgré les analyses chimiques les plus exactes, n'a pu en déceler la présence; il en fut de même dans un cas observé par M. Rendu. Ces exemples, malgré leur rareté, nous montrent que la goutte peut exister sans qu'il y ait uricémie.

Inversement, dans la cirrhose, la leucocythémie, dans l'albuminurie, maladies où il y a une quantité d'acide urique très supérieure à celle que l'on trouve chez les goutteux (Bouchard), on n'observe aucun symptôme de goutte. Tous les saturnins sont uricémiques, fort peu sont goutteux.

On le voit donc, l'uricémie n'est pas la goutte.

La présence des tophus, indiquée par Garrod comme un caractère absolument constant de la maladie, n'est pas non plus démontrée. On peut avoir des crises de goutte sans qu'il se soit fait aucun dépôt articulaire. D'autre part, ces tophus, lorsqu'ils existent, peuvent-ils être considérés comme la cause de l'inflammation goutteuse? A cette assertion de Garrod, M. Bouchard objecte que, s'il en était ainsi, on ne pourrait comprendre ni la soudaineté, ni la simultanéité des arthrites.

Ebstein, dans son Traité de la goutte, a cherché à expliquer la formation des tophus et leurs rapports avec les arthrites goutteuses. Pour lui, l'acide urique en excès dans le sang est un poison chimique qui, au bout d'un certain temps, produit des points de nécrose au niveau du tissu conjonctif et des cartilages articulaires. Sur ces points nécrosés se ferait un dégagement d'acide carbonique qui amènerait la précipitation de l'acide urique, et consécutivement l'irritation des tissus. La même objection s'applique à cette théorie : la difficulté de s'expliquer la multiplicité et la simultanéité des arthrites pendant la crise de goutte.

L'imperméabilité rénale admise par Garrod dès le début de la maladie ne semble pas démontrée et la diminution de l'acide urique admise par lui n'a pas été constatée par tous les auteurs.

M. Bouchard a toujours trouvé, dans la période intercalaire aux accès de goutte, des chiffres d'acide urique dans l'urine, égaux ou supérieurs à la normale. Pour M. Lecorché, la quantité serait considérablement accrue et tandis qu'à l'état normal, l'acide urique ne représente que 50 à 70 centigrammes, chez le goutteux on en trouverait 1 à 2 grammes. L'urée se trouve également augmentée dans les mêmes proportions. Ces signes, joints à une acidité excessive de l'urine, ont permis souvent à M. Lecorché de prévoir plusieurs années d'avance l'éclosion de la goutte.

Au moment de l'attaque de goutte, il y a, dans les jours qui précèdent, diminution de la quantité d'urine, de l'urée et de l'acide urique. Au cours de l'accès, cette élimination redevient plus abondante pour ensuite dépasser la quantité normale (Lecorché).

Pfeiffer, qui avait d'abord souscrit à l'opinion de Garrod, pense qu'il n'y a diminution de l'acide urique excrété que dans la goutte aiguë, et qu'au contraire, dans la goutte chronique, il y aurait augmentation.

En résumé, l'opinion générale est que, dans la période intercalaire aux accès, il y a augmentation de l'acide urique excrété et que cet acide diminue au contraire pendant la crise et à la période de cachexie.

Il n'est pas hors de propos de remarquer en outre que, s'il y a modification de l'acide urique excrété en tant que quantité, il est bien probable que sa forme chimique doit également avoir subi un changement qui en facilite le dépôt. L'expérience suivante de Pfeiffer semble le démontrer : si l'on filtre une certaine quantité d'urine sur un filtre sur lequel on dépose un peu d'acide urique cristallisé, l'urine normale dissout une certaine quantité de cet acide urique. Si c'est au contraire une urine goutteuse que l'on filtre, non seulement l'acide urique ne se dissout plus, mais, au contraire, c'est l'acide urique de l'urine qui se dépose. Il est donc logique d'en conclure que, dans l'urine goutteuse, l'acide urique est faiblement combiné.

Ce peu de solubilité tient peut-être aussi à la présence d'autres substances encore mal connues.

Quoi qu'il en soit, la seconde proposition fondamentale de la théorie de Garrod n'est nullement démontrée, puisque, sauf à la période cachectique, l'élimination de l'acide urique, non seulement n'est pas diminuée, mais même est augmentée; aussi, cette théorie de l'uricémie ainsi exposée apparaît comme tout à fait insuffisante et les auteurs qui en admettent le principe ont cherché à la compléter et à en élucider les points obscurs.

W. Roberts pense que l'acide urique contenu dans le sang ne peut être éliminé sous forme de quadriurate soluble qu'autant qu'il n'est pas retenu trop longtemps dans l'organisme. En effet, dans ce cas, le quadriurate soluble se transforme en biurate, en se combinant dans le sang, milieu alcalin, avec un atome additionnel de base et il se précipite sous forme de cristaux tellement insolubles qu'on peut laisser des incrustations goutteuses macérer pendant des mois dans du sérum artificiel, sans qu'il y ait trace de la moindre dissolution.

Si la quantité d'acide urique, en solution dans le sang, dépasse 1/2500, la transformation en urate insoluble se fait rapidement et le précipité est abondant. Si la proportion est inférieure à 1/4000, le dépôt est plus long à se former. L'augmentation d'alcalinité du sang serait, d'après Roberts, impuissante à retarder la transformation et le dépôt de l'acide urique.

La théorie, exposée récemment à la Société de médecine de Vienne par Kolisch, n'admet pas que l'acide urique joue le principal rôle dans la production des accidents goutteux. Son auteur fait jouer, dans la genèse de la goutte, un grand rôle à ce qu'il appelle les principes alloxuriques (bases xanthiniques dérivées des nucléo-albumines). Ayant

remarqué que, dans la diathèse urique, ces principes alloxuriques sont augmentés de quantité et que, dans les néphrites, ils sont également augmentés, tandis que la quantité d'acide urique est diminuée, il en conclut que le rein est le lieu de formation de l'acide urique.

A la suite d'expériences qui lui ont démontré que ces substances peuvent produire les lésions du rein goutteux, il conçoit ainsi la genèse de la goutte : la diathèse urique consiste dans une augmentation de la dissociation des nucléo-albumines. Tant que le rein fonctionne normalement, l'élimination se fait sous forme d'acide urique ; s'il est altéré, elle se fait sous forme de xanthines, c'est pourquoi, au début de la maladie, il y a augmentation de la quantité d'acide urique éliminé et plus tard diminution. L'accès de goutte résulte d'une augmentation subite de la dissociation des nucléo-albumines, puisque, après chaque accès, on retrouve toujours dans l'urine une augmentation des substances alloxuriques.

Quelle que soit la théorie qu'on admette, il ne semble pas douteux qu'il y a un rapport entre les dépôts d'urate et les arthrites goutteuses, mais on ne peut affirmer quel il est.

Il est, en outre, certain que les réactions de l'acide urique dans l'organisme ne sont en rien comparables à ce qui se passe au laboratoire.

Une démonstration très nette nous en est donnée par le fait suivant.

Si l'on dissout de l'acide urique dans une solution de pipérazine ou de lysidine et qu'on ajoute de l'urine à la solution, l'acide urique précipite (Mendelshon). Comment expliquer que ces deux médicaments qui ont bien la propriété de dissoudre l'acide urique précipitent ainsi l'acide urique de l'urine et qu'ils ne semblent pas avoir d'action dans la goutte ?

Il faut bien admettre, et c'est à cette conclusion qu'arrive Klemperer, que, dans la goutte, il y a autre chose que l'uricémie et il se demande si des substances inconnues ne produisent pas des foyers d'inflammation et de nécrose, foyers qui ont l'aptitude d'attirer l'acide urique qui, une fois déposé, reste totalement insoluble.

On le voit, la théorie uricémique n'est pas, à elle seule, capable de nous donner satisfaction et, en tout cas, nous expliquât-elle complètement la genèse de la crise de goutte, resterait encore à savoir pourquoi il y a uricémie. C'est ce qu'ont cherché à faire les théories que nous allons exposer maintenant.

2. Uricémie par ralentissement de la nutrition et hyperacidité des milieux organiques (Beneke, Bouchard). — « Faire dépendre de l'accumulation de l'acide urique, non plus seulement l'accès de goutte, mais les troubles morbides variés de la période intercalaire, les mouvements fluxionnaires divers qui précèdent, accompagnent ou remplacent l'accès, les lésions viscérales tantôt aiguës, tantôt chroniques ; je dis que c'est une témérité pathologique » (Bouchard). C'est en partant de cette idée, et en constatant l'insuffisance de la théorie de Garrod, que M. Bouchard, élargissant la question, voit dans la goutte un trouble nutritif général de toute l'économie et, dans l'uricémie, non plus la cause de la maladie, mais simplement une conséquence de ces troubles nutritifs.

Nous avons déjà insisté plus haut, en étudiant les affinités cliniques de la goutte, sur les rapports étroits qui existent entre cette maladie et tout le groupe des maladies arthritiques. Les tableaux statistiques publiés par M. Bouchard sont absolument démonstratifs à cet égard et l'origine commune de toutes ces affections, qu'il appelle maladies par ralentissement de la nutrition, est hors de doute.

Il serait hors de propos de rapporter ici tous les caractères que donne M. Bouchard à la nutrition retardante ; il nous suffira d'en rappeler le point principal, qui s'applique d'ailleurs particulièrement à la goutte, l'acidité des humeurs organiques.

Cette acidité résulte de ce fait que tous les acides produits par la désassimilation des substances organiques du corps humain ou des aliments sont brûlés, lorsque les fonctions physiologiques se font normalement. Dans un organisme où ces fonctions destructives sont amoindries, ces acides s'accumulent et deviennent la cause d'accidents pathologiques variés.

Dans la goutte en particulier, cet excès d'acidité, l'apparition dans l'urine de l'oxalate de chaux et des phosphates terreux en excès amènent la précipitation des urates, qui semblent ainsi être les témoins de ce vice de nutrition.

La principale objection faite à cette théorie, c'est, pour certains auteurs, que cette hyperacidité des milieux organiques n'est pas prouvée. On peut dire, en outre, que, même envisagée ainsi, la question est élargie, mais non résolue, puisque, en somme, il reste encore à déterminer exactement pourquoi il y a ralentissement de la nutrition.

Quoi qu'il en soit, de cette théorie longuement développée par M. Bouchard, il résulte ce fait important, c'est la parenté qui existe entre la goutte et toutes les maladies arthritiques, parenté qui s'accuse dès l'enfance par un ensemble de caractères qui permettront longtemps d'avance de prévoir l'éclosion de la maladie.

3. Uricémie par superproduction d'acide urique et accélération de la nutrition. — Chez les goutteux jeunes et vigoureux, on a remarqué que non seulement l'urée n'était pas diminuée, mais au contraire qu'elle était augmentée. Aussi un certain nombre d'auteurs, Ebstein, Pfeiffer, Lecorché, se refusent-ils à voir un état nutritif amoindri, chez ces malades, et pensent-ils plutôt qu'il y a chez eux, au contraire, exagération des échanges nutritifs et formation en excès d'urée et d'acide urique.

La théorie de la goutte se conçoit alors ainsi : l'acide urique, formé en excès dans le sang, y circule sous forme d'urate neutre de soude soluble. Au moment de la crise, il se trouve transformé en bi-urate insoluble, d'où l'accès de goutte et la formation des tophus. Dans l'intervalle des crises, l'acide urique fabriqué en excès serait éliminé en excès également ; il n'y aurait rétention qu'au début des accès.

Il y a lieu de remarquer, cependant, que l'urée étant en rapport surtout avec l'alimentation, si les candidats à la goutte et les goutteux confirmés ont beaucoup d'urée dans leur urine, c'est parce qu'ils ont une nourriture azotée trop abondante. A une période plus avancée de la maladie, leurs organes deviennent incapables à transformer une aussi grande quantité d'aliments, il en subsiste une partie, insuffisamment oxydée, d'où l'excès d'acide urique.

E. Pfeiffer, nous l'avons déjà vu, pense que l'acide urique est produit en quantité exagérée chez le goutteux chronique et il nous explique de la façon suivante les réactions inflammatoires qui se produisent dans la goutte. D'après lui, les sels uratiques insolubles ne sont pas irritants, c'est le con-

traire pour les sels solubles, qui, d'ailleurs, sont plus ou moins nocifs. L'acide urique existe dans le sang sous forme d'un sel double d'urate et de phosphate de soude. Ce sel est maintenu en dissolution grâce à la présence des carbonates de l'organisme. Mais la quantité de sel uratique qui peut être ainsi maintenu en combinaison est limitée et lorsque l'acide urique vient à être produit en excès, le sang se charge de bi-urate qui circule à l'état libre. Des expériences comparatives faites avec le bi-urate et le sel double d'urate et de phosphate de soude, ont montré à Pfeiffer que ce dernier est peu irritant pour les tissus, tandis que le bi-urate produit une réaction inflammatoire très intense.

L'accès de goutte résulterait donc pour lui de la production en excès d'un sel uratique soluble ou bien de la dissolution rapide d'un sel jusque-là insoluble.

Cette théorie, pour être démontrée, aurait besoin de nouvelles observations.

4. Théorie de l'origine névropathique de la goutte. — Aucune des théories précédentes ne peut nous donner une explication suffisante du développement de la goutte.

L'uricémie est un fait bien démontré, conséquence de troubles de la nutrition générale, reste à savoir quelle est la cause réelle de ces troubles nutritifs.

Pour un certain nombre d'auteurs, c'est à la viciation du bon fonctionnement du système nerveux qu'il faut rattacher la goutte.

Nous n'avons pas besoin d'insister à nouveau sur les liens qui unissent entre elles toutes les maladies arthritiques. Or, ne peut-on voir un rapport très étroit entre ces affections et les névroses? Les exemples ne manquent pas pour confirmer cette assertion.

Nombre de fois, on a pu voir coïncider la goutte avec l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie (Charcot). On a observé chez le même individu la goutte et la paralysie agitante.

L'hypocondrie, la mélancolie sont bien souvent le lot des goutteux, qui, en tous cas, sont presque toujours des gens nerveux et irritables.

Aussi, de cet ensemble d'observations, a-t-on pu, englobant dans un même groupe les maladies nerveuses et les maladies arthritiques, créer une famille pathologique, la famille neuro-arthritique.

MM. Proust et A. Mathieu, étudiant les caractères de la famille névropathique, conçoivent de la façon suivante la pathogénie de la goutte.

A l'origine de la famille névropathique, on trouve deux états de nervosisme assez mal caractérisés, la neurasthénie et l'arthritisme. Chez certains sujets, ces deux états morbides se confondent, le plus souvent la différenciation se fait et, chez les uns, on voit apparaître les stigmates de la neurasthénie, chez les autres se montreront des arthropathies. Sur ce terrain, ainsi préparé par l'hérédité, peuvent évoluer toutes les maladies arthritiques, diabète, obésité, lithiase, rhumatisme.

Si la prédisposition est très accentuée, toutes ces affections peuvent survenir chez le même individu, mais souvent, le prédisposé pourra rester un simple arthritique, si aucune influence, se joignant, en outre, à celle de l'hérédité, ne vient provoquer le développement d'un état morbide mieux caractérisé.

Ceux qui abusent des féculents et du sucre tendront à l'obésité et au diabète. Deviendront goutteux ceux qui abusent des viandes et des mets épicés, et cela d'autant plus sûrement que l'abus des excitants, des plaisirs vénériens, des travaux intellectuels auront augmenté leur tendance névropathique originelle.

Les femmes, plus sobres, en général, ont plus souvent du rhumatisme déformant, mais il n'y a guère de limite entre le rhumatisant et le goutteux.

Si, de cette description pathogénique, nous rapprochons l'opinion de M. Lancereaux, nous aurons réuni l'ensemble des principaux arguments qui font jouer au système nerveux le premier rôle dans la goutte. Pour cet auteur, il n'est pas démontré que l'acide urique en excès chez les goutteux soit le résultat d'une alimentation surabondante, puisqu'on voit des gens très sobres devenir goutteux. Au contraire, il semble que l'uricémie soit subordonnée à un désordre primitif de l'innervation nutritive. « La goutte est l'effet d'une névrose, la manifestation d'un état névropathique tout à la fois vaso-moteur et trophique. »

C'était déjà une opinion identique que soutenait Dyce-Dukworth, pour qui la goutte est une névrose primitive, l'uricémie étant secondaire à la névrose.

Pour nous résumer, nous dirons que si les différentes théories proposées pour expliquer les causes et la nature de la goutte diffèrent évidemment les unes des autres, il n'en est pas moins vrai que chacun, s'appuyant sur des faits anatomiques, chimiques ou cliniques, consacrés par une longue suite d'observations, représente une part de vérité et peut nous aider à concevoir l'enchaînement des faits.

Nous considérons donc la goutte comme une maladie générale, dont le caractère principal est l'uricémie, qui ne fait presque jamais défaut. Cette maladie évolue dans certaines conditions étiologiques qui doivent nous la faire concevoir comme étant sous la dépendance d'un trouble primordial de la nutrition, dont l'origine semble devoir être en dernière analyse recherché dans un état névropathique.

V

Goutte saturnine. — Ce travail nous paraîtrait incomplet si nous ne disions quelques mots de la goutte saturnine.

Un malade atteint d'intoxication saturnine déjà ancienne présente un jour tous les symptômes de la goutte aiguë franche. Au lieu de se localiser pendant longtemps dans une ou deux petites jointures, la maladie envahit rapidement un grand nombre d'articulations. Les lésions viscérales se produisent de bonne heure, surtout du côté des reins qui sont atteints beaucoup plus tôt que dans la goutte simple. Si l'on veut rechercher les relations de cause à effet entre les deux affections, il faut éliminer les cas où la goutte est survenue chez un malade présentant des antécédents arthritiques. Le plus souvent on ne trouve rien de tel, rien dans la vie que mènent ces malades ne semble les prédisposer à la goutte.

Peut-on penser que c'est le plomb qui, ici, crée de toutes pièces la goutte?

C'était vers cette opinion que penchait Garrod, le premier qui ait attiré l'attention sur cette coïncidence pathologique. Appliquant à cette forme spéciale de la maladie sa théorie générale de l'uricémie, il admettait comme probable la rétention d'acide urique, se basant d'ailleurs sur ce fait expérimental que l'ingestion d'acétate de plomb ralentissait l'excrétion de l'acide urique.

Cette opinion ne semble pas prouvée.

L'analyse des urines, l'étude des lésions viscérales, sur-

Idiot !

out des reins, nous montre bien une grande similitude entre les lésions chez les saturnins et les goutteux. Tous les saturnins sont uricémiques.

L'opinion de Garrod suppose les reins déjà malades. Or il y a des saturnins chez lesquels on constate des manifestations goutteuses sans qu'il y ait chez eux aucun symptôme rénal, et, à côté de cela, combien de saturnins meurent avec les lésions de la néphrite la plus avancée, sans avoir jamais eu de manifestations goutteuses!

MM. Bouchard, Jaccoud, Lecorché, Rendu sont d'avis que le saturnisme peut à lui seul engendrer la goutte et créer une dyscrasie analogue à celle du goutteux vulgaire.

Il est bien difficile d'avoir une théorie exclusive. Peut-être la goutte saturnine ne survient-elle que chez les arthritiques, mais il semble surtout que, là aussi, on doive incriminer le système nerveux. Tel est l'avis de M. Lancereaux, qui admet un trouble primordial de l'innervation nutritive par l'action du plomb sur le système nerveux, d'où ralentissement des oxydations cellulaires.

VI

Causes déterminantes de l'accès de goutte. — Nous serons bref sur les causes déterminantes de l'accès de goutte; il faudrait en partie répéter ce que nous avons déjà dit.

Souvent l'accès survient sans cause apparente. Malgré toutes les précautions hygiéniques les plus sévères, le malade voit survenir sa crise annuelle.

Le plus souvent, c'est à la suite d'écarts de régime, d'excès alimentaires que se produit l'accès de goutte.

Toutes les causes qui ont pour effet de produire un choc sur le système nerveux ont une part importante dans la genèse de l'accès: tels sont les abus vénériens, les émotions violentes, les chagrins, simplement même les travaux intellectuels trop prolongés.

L'influence des saisons semble peu importante, l'accès pouvant se produire à n'importe quelle époque de l'année: il semblerait néanmoins que la fin de l'automne et le commencement du printemps soient plus propices à son éclosion.

Après chaque crise franche une détente se produit, l'organisme semblant s'être débarrassé de sa matière peccante, puisque, le plus souvent, les crises sont d'autant plus espacées qu'elles auront été plus intenses et auront suivi un cours plus régulier.

VII

Traitement. — Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude thérapeutique détaillée de la goutte. Ce travail nous paraîtrait cependant incomplet, si nous n'en tirions pas les données qu'il comporte, au point de vue du traitement.

Il est presque inutile de dire que la goutte ne saurait revendiquer un traitement spécifique.

La thérapeutique reste donc forcément empirique et l'observation nous montre que c'est l'hygiène qui doit surtout en faire les frais.

S'il est, le plus souvent, impossible de lutter victorieusement contre la maladie déclarée, on pourra cependant, par un traitement précoce, éviter souvent qu'elle ne se développe.

La connaissance de l'hérédité de la goutte nous impose l'obligation de faire suivre un traitement prophylactique sérieux, à tous ceux qui sont fils de goutteux, ou qui ont des antécédents neuro-arthritiques. Cette indication sera encore plus formelle lorsque, dès l'enfance, on verra survenir l'un des accidents qui marquent le candidat à la goutte.

L'hygiène alimentaire importe au plus haut point. Nous avons vu l'influence de l'alimentation carnée excessive sur la genèse de la maladie; nous devrons donc veiller à réduire, autant que possible, les aliments azotés au profit des aliments végétaux.

L'étude étiologique nous a montré l'influence de l'activité musculaire sur la production de l'acide urique. Il importera donc, par des exercices physiques variés, de compenser ce qu'a de mauvais la vie sédentaire obligatoire, à l'époque des études scolaires, chez les jeunes sujets, et, plus tard, la vie de bureau et le travail cérébral.

Une pratique excellente sera l'hydrothérapie, qui devra être d'un emploi presque constant, sauf s'il existe des contre-indications spéciales. Nous avons là un moyen puissant de stimuler le système nerveux et de régulariser les fonctions nutritives.

Tant que le malade sera vigoureux, une saison thermale annuelle sera absolument indiquée, de préférence dans une station à eau alcaline, pour lutter contre l'hyperacidité des humeurs de l'organisme. Cette prescription ne sera plus de mise à une période avancée de la maladie, et il faudra être beaucoup plus réservé lorsque le malade sera devenu cachectique, ou bien aura vu éclore des complications diverses.

Si, malgré toutes ces précautions, qui constituent l'hygiène prophylactique, la goutte se déclare, on ne devra pas perdre de vue que l'accès de goutte doit être respecté, et on s'abstiendra des médications perturbatrices violentes.

La crise passée, le malade devra redoubler de vigilance, éviter les excès de toute nature, qui peuvent être la cause déterminante de nouveaux accès et insister, sur toutes les prescriptions hygiéniques que nous venons d'énumérer.

La question de climat se résume en peu de mots. Le goutteux devra, autant que possible, éviter l'humidité. Chez les goutteux jeunes, cette recommandation est relativement d'importance secondaire, mais elle s'impose aux malades débilités et anémiés, qui, si la chose est possible, hiverneront dans les pays chauds et secs.

Comme conclusion, nous dirons que la goutte est une des maladies pour lesquelles on a proposé le plus de remèdes. Il n'en est guère où l'on doive être plus réservé dans leur emploi. C'est dans l'hygiène, observée soigneusement dès l'enfance, que le goutteux trouvera le plus sûr moyen parfois d'empêcher la maladie de se développer, ou tout au moins d'en éloigner les crises.

Bibliographie. — Garrod. *La goutte*, traduit par Ollivier. — Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition.* — Ebstein. *Traité théorique et pratique de la goutte.* — Dyce-Duckworth. *Traité de la goutte*, traduit par Rodet. — Kolisch. *Wien. Klin. Wochens.*, 1895, n° 45. — Klemperer. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1895. — Lecorché. *Traité de la goutte.* — Rendu. Article goutte, in *Dict. encycl. des Sc. médic.* — W. Roberts. Société royale de médecine et chirurgie, Londres, 1890. — E. Pfeiffer. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, n° 19; 1892, nos 16, 17, 19, 20, 22; — *Handb. der spec. Therapie. innerer Krankh.*, Abth. III. — A. Proust et A. Mathieu. *L'hygiène du goutteux.*

REVUE DE LA PRESSE

Traitement des uréthrites par l'ichthyol et la pommade mercurielle. — Le traitement de l'uréthrite, surtout quand elle devient chronique, est, comme on sait, fort difficile. On a l'habitude de recourir souvent aux caustiques et aux astringents, parmi lesquels les injections de nitrate d'argent et de sublimé sont particulièrement usitées. Cependant, cette médication a un grand désavantage : si la solution employée est faible, elle n'agit pas sur les gonocoques, et si elle est suffisamment concentrée pour être bactéricide, elle provoque souvent des escarres pouvant amener un rétrécissement du canal. Ceci est surtout applicable au nitrate d'argent car, lorsque les gonocoques ont pénétré dans la sous-muqueuse, on est obligé, pour les atteindre, de cautériser la muqueuse saine. Un autre inconvénient des injections de nitrate d'argent, c'est qu'elles sont excessivement douloureuses. Aussi, M. A. Ilinsky s'oppose-t-il à l'emploi de ce médicament et conseille-t-il de recourir à l'ichthyol et à la pommade mercurielle, qui lui ont donné de très bons résultats dans l'uréthrite aiguë et chronique. Les propriétés bactéricides, antiseptiques et antiphlogistiques de l'ichthyol sont déjà connues depuis longtemps ; plus récemment on a constaté ses propriétés anasthésiques et analgésiques.

Les observations de l'auteur comprennent 14 cas d'uréthrite aiguë et 58 cas chroniques. Les cas aigus n'ont été soumis à aucun autre traitement. Dans 6 d'entre eux, la nature gonorrhéique de l'affection était évidente, l'étiologie des 8 autres était douteuse. La solution d'ichthyol était de 2 à 3 p. 100, qu'on injectait deux fois par jour, et que les malades gardaient pendant une à trois minutes. Cette solution est très bien supportée par les malades et provoque à peine un picotement très léger et passager. Avec ces injections, une hygiène et un régime sévères et le port d'un suspensoir, la guérison a été obtenue dans les 8 cas douteux en quatre et six semaines.

Chez les 6 blennorragiques, la solution à 2 et 3 p. 100 s'est montrée insuffisante, et il a fallu augmenter la concentration jusqu'à 5 et 6 p. 100 ; à cette condition 4 des 6 malades furent guéris en huit et dix semaines.

Dans les 2 autres cas compliqués de prostatite, l'auteur joignit, aux injections d'ichthyol, l'emploi de suppositoires à l'onguent mercuriel ; la guérison fut alors très rapide. Il faut dire aussi que, si ces malades étaient plus rebelles au traitement, leur genre de vie et la nécessité de marcher beaucoup y étaient probablement pour une grande part.

Les solutions à 6 p. 100 provoquent un picotement assez intense, mais qui disparaît complètement au bout de trente à quarante minutes.

En général, l'auteur s'oppose au traitement abortif des uréthrites par les caustiques qui ne font, le plus souvent, qu'entretenir l'irritation de la muqueuse. L'hygiène, le repos et la propreté de l'urèthre, entretenue par des lavages très simples ou à la lanoline, peuvent souvent suffire à amener la guérison. Si l'uréthrite ne disparaît pas, on recourra à l'ichthyol.

Pour les uréthrites chroniques et compliquées, l'auteur recommande le traitement suivant :

Tout d'abord, supprimer le nitrate d'argent et autres astringents et les balsamiques ; pendant cinq à six jours, lavage avec l'émulsion lanolinée ; ensuite, injections avec une solution d'ichthyol, à 2 p. 100, et lavages de la vessie à l'eau boriquée. L'hygiène et le régime sont de rigueur, surtout l'abstention de spiritueux et de rapports sexuels ; on conseillera, autant que possible, le repos et au besoin le séjour au lit pendant quelques jours. La concentration de la solution d'ichthyol sera graduellement augmentée jusqu'à 6 p. 100.

Dans un cas seulement, très rebelle, l'auteur a employé la solution à 7 p. 100, mais toujours sans succès ; cependant, il n'a pas osé employer des solutions plus fortes, par crainte de provoquer une irritation uréthrale violente, et a recouru, avec succès, à la pommade mercurielle, jointe aux injections d'ichthyol.

Cette pommade a une excellente action sur les granulations uréthrales qui empêchent souvent la guérison. Elle se formule de la façon suivante :

Onguent napolitain		16 grammes.
Lanoline pure	} *ââ*	8 —
Pommade à la paraffine .		

On l'introduisait souvent en en induisant les bougies ou les sondes métalliques s'il y avait rétrécissement. En cas de prostatite, les suppositoires à l'ichthyol et l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur ont donné de bons résultats. En cas de troubles de la miction et avec hémorragie uréthrale après l'introduction des bougies, on employait des tiges à l'ichthyol lanoliné, qu'on introduisait dans l'urèthre. Les rétrécissements étaient traités comme d'habitude, avec cette seule différence que les sondes étaient enduites de pommade mercurielle. (Tirage à part du *Wratsch*, 1896.) S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1896. — Présidence de M. MONOD.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PERFORATIONS INTESTINALES DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BRUN communique l'observation d'un enfant de quatorze ans qui était soigné pour une fièvre typhoïde dans le service de M. Moizard. Il y était entré le 8 octobre. La fièvre typhoïde avait suivi son cours et le malade touchait à la guérison lorsqu'il fut pris d'une rechute le 25 octobre. Le 8 novembre, alors que cette rechute touchait à sa fin, que la température était descendue à 37°5, il fut pris brusquement d'une vive douleur dans le ventre, avec vomissements et température de 40 degrés. M. Brun fut appelé auprès de ce malade le lendemain, à dix heures. La température était de 38°5, le pouls incomptable ; le malade était en pleine péritonite septique ; l'état général était aussi mauvais que possible. M. Brun fit la laparotomie, attira au dehors quelques anses intestinales. Il trouva une perforation de 8 millimètres de diamètre par laquelle s'écoulait une matière jaunâtre. Il la sutura par deux points de Lembert, réduisit l'intestin, lava le péritoine avec 4 litres d'eau bouillie et referma seulement en partie le ventre, laissant un gros drain à la partie inférieure. On injecta au malade, le jour de l'opération, 1500 grammes de sérum. L'état resta stationnaire pendant deux jours. Le troisième jour, l'état était plus satisfaisant, il n'y avait plus de douleurs, mais le ventre restait ballonné. Il s'écoulait des matières jaunâtres par le tube. On fit des lavages. Enfin, le septième jour, le malade succomba avec hypothermie.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée. La suture avait bien tenu. Mais on trouva cinq autres perforations sur l'intestin grêle et, en outre, une grande plaque de sphacèle. Ce fait, joint à ceux qui ont été publiés, montre quelle est la gravité des interventions chirurgicales dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Il faut poser en principe que, dans ces cas, on intervient dans des conditions toutes particulières d'infection. Les lésions multiples de l'intestin, en supposant encore qu'elles soient toutes contemporaines, rendent la situation très grave, car on ne peut, en pareil cas, dévider tout l'intestin pour chercher les points perforés sans faire courir de grands dangers au malade. La situation est encore plus grave et plus com-

promise si les perforations multiples sont successives. On voit donc que, dans tous ces cas, l'intervention chirurgicale est toujours très dangereuse. Il faut cependant opérer, car c'est encore la seule chance de salut qui reste en présence de ces perforations intestinales.

M. LEJARS a fait deux fois la laparotomie pour des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de douze ans et demi qui fut opéré d'urgence, il y a trois ans, à l'hôpital Trousseau.

M. Lejars fit la laparotomie, trouva une quantité considérable de pus dans le ventre, constata une perforation circulaire sur le bord de l'iléon, vit des plaques de Peyer altérées; il ferma le ventre avec drainage. L'enfant mourut le lendemain soir. A l'autopsie, on vit que le malade avait succombé à une péritonite suppurée généralisée.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'une fièvre typhoïde très grave, avec 40 degrés de température. Ce malade était traité dans le service de M. Fernet par les bains froids. Il fut pris tout à coup d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. On pensa à une perforation intestinale. Le malade n'avait pas vomi. La température était de 39°5, le pouls très petit et très fréquent. M. Lejars pratiqua la laparotomie, trouva du liquide séreux dans le petit bassin et trouva une perforation sur l'iléon à 15 centimètres du cæcum. Cette perforation fut fermée. Le malade alla bien pendant trois jours, puis il succomba le quatrième jour. A l'autopsie, on vit que la suture avait bien tenu. Il n'y avait pas d'autres perforations. Le malade avait succombé à la fièvre typhoïde extrêmement grave dont il était atteint.

M. TERRIER fut appelé, en 1886, auprès d'un jeune confrère, ancien interne des hôpitaux, qui présentait tous les signes d'une perforation intestinale. C'était un homme de trente ans, d'une bonne santé habituelle, menant une vie très active dans une ville de province importante. A la suite d'un dîner copieux, il fut pris brusquement d'une douleur intense dans le côté gauche de l'abdomen. M. Charcot, de passage dans cette ville, vit le malade qui avait été son interne, et diagnostiqua une péritonite par perforation intestinale. Rentré à Paris, M. Charcot télégraphia à M. Terrier d'aller voir ce malade; celui-ci le vit le cinquième jour après le début des accidents. Il constata une péritonite évidente, mais localisée. Il ne se dissimula pas la gravité de la situation, mais ce malheureux confrère, qui se rendait très bien compte de son état alarmant, supplia M. Terrier d'intervenir. M. Terrier fit la laparotomie; il trouva une péritonite généralisée; il se porta du côté gauche, trouva des anses intestinales accolées les unes aux autres; il les décolla et constata, sur ces anses, dix perforations. Il sutura successivement ces diverses perforations. L'opération fut longue et pénible. Le malade, après avoir repris toute sa connaissance, succomba le soir même.

Ce cas ne rentre pas dans les cas de perforations intestinales de la fièvre typhoïde, mais il s'en rapproche. Ce fut, d'ailleurs, une opération des plus graves. Il fallut beaucoup de temps pour fermer toutes ces perforations et il y eut des difficultés extrêmes.

M. Terrier croit cependant que, dans ces cas, il est du devoir du chirurgien d'intervenir. Mais il faut savoir que ces interventions sont de la plus haute gravité.

RAPPORTS

Otites moyennes suppurées. — M. PEYROT fait un rapport sur un travail de M. Moure (de Bordeaux), relatif à l'otite moyenne suppurée se compliquant de mastoïdite et à l'intervention chirurgicale qu'il convient d'appliquer à ces cas.

Hernie de l'appendice iléo-cæcal. — M. ROUTIER fait un rapport sur un travail adressé par M. Guinard (sera publié).

En terminant ce rapport, M. Routier déclare ne pas partager l'opinion de M. Guinard et ne pas admettre que la hernie de l'appendice fût étranglée. S'en rapportant à la théorie de M. Dieulafoy, l'absence d'accidents infectieux est pour lui la preuve que cet appendice n'était pas transformé en cavité close.

LECTURE

Amputation du pied. — M. POTHERAT communique une observation d'amputation totale du pied par le procédé de Syme.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons la mort du docteur Chrysaphis (de Corfou), que l'on voyait, depuis quarante ans, dans les hôpitaux de Paris, à la recherche de tous les cas intéressants des maladies du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Comme Duchenne (de Boulogne), dont il avait été le disciple, il appliqua souvent avec succès les facultés d'analyse de son esprit investigateur à la détermination des troubles de la locomotion et de la sensibilité. Ses obsèques ont eu lieu mercredi à l'église grecque de la rue Daru.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 2 décembre 1896 :

Suite de la discussion : 1° Sur les péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde (MM. Marchand, Monod). — 2° Sur la pathogénie de l'appendicite (MM. Brun, Walther).

Rapports : 1° Sur l'œsophagotomie externe chez les enfants (M. Lemaistre), par M. Broca. — 2° Sur le traitement de l'anus contre nature, d'origine herniaire (M. Barrette), par M. Jalaguier.

Communication : Carcinome primitif du foie, par M. Segond.

— Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de la Faculté libre de Lille se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Verstraete, Besson et Duquennoy.

Internes provisoires : MM. Debuchy et Kayser.

Externes : MM. Collin, Grépinet, Rallier du Batty, Lecocq et Béra.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 novembre 1896.

Il y a deux ans, sur la proposition de l'un de ses membres, la Société des chirurgiens des hôpitaux avait voté, à l'unanimité, la proposition suivante : « Au commencement de chaque année, les chefs de service feront connaître à l'administration de l'Assistance publique la liste des élèves inscrits près d'eux, tant pour l'année qui va commencer que pour les années suivantes. Cette liste sera rendue publique par les soins de l'Administration. »

Ce vœu de la Société des chirurgiens resta, comme bien d'autres, à l'état purement platonique. Jamais pareille liste ne fut affichée ou tenue à la disposition des intéressés. C'est à tort, cependant, et, à ce moment de l'année, il serait utile pour beaucoup d'internes d'être fixés sur le nombre des places disponibles. On éviterait de la sorte une petite manœuvre qui, pour être indélicate, n'en est pas moins fréquemment pratiquée.

Quelques internes titulaires, un peu incertains, au moment de leur nomination, de la façon définitive dont ils orienteront leurs études, s'inscrivent près de plusieurs chefs à la fois, pour la même année, se réservant de se récuser, sous un prétexte plus ou moins déguisé, quand le moment sera venu de se prononcer et de faire un choix définitif.

Il résulte de cette manière de faire, qui témoigne d'une certaine élasticité de conscience chez l'interne qui s'y livre, plusieurs inconvénients.

Tout d'abord, le chef, qui comptait sur la parole donnée, se trouve, au dernier moment, dépourvu d'interne, et, pour être fidèle à l'engagement qu'il avait pris, il a dû souvent refuser à plusieurs autres, dont il avait pu apprécier les qualités, une place qu'il avait promise et qu'on lui rend à la dernière heure.

D'autre part, du fait qu'un seul interne se trouve indûment inscrit pour deux ou trois places, il s'ensuit qu'un nombre proportionnel de ses collègues se trouve sans place, ne sachant où passer les dernières années de l'internat. Aussi l'on voit ces malheureux courir de chef en chef, demandant une place aux aînés, aux jeunes, frappant à toutes les portes pour éviter, au dernier moment, au jour officiel du choix des places, d'être relégué dans un hôpital spécial, où ils n'ont que faire, ou dans un service inactif où ils ne pourront travailler.

Les chefs de service, comme les internes, sont donc intéressés à la publication de ce tableau de service, qui devrait être tenu à leur disposition, et même envoyé à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital.

De la sorte, un chef de service pourrait s'apercevoir que l'interne à qui il a promis sa place est également inscrit près d'un autre ou de deux autres de ses collègues, et ils pourraient, d'accord entre eux, rayer tous trois l'interne trop prévoyant qui s'était, au détriment de ses camarades, inscrit pour trois places, dont il se réserve, au dernier moment, de choisir la meilleure.

Ce serait là une sanction suffisante pour faire cesser rapidement l'abus.

On se souvient que, dans la précédente séance de la Société médicale des hôpitaux, M. J. Comby avait communiqué une observation de troubles mentaux assez graves survenus chez un enfant à la suite de la fièvre typhoïde. D'après M. J. Séglas (séance du 27 novembre), ces manifestations ne seraient pas très rares; elles pourraient se montrer à la suite de toutes les maladies infectieuses. Elles ne sont pas toujours bénignes, elles peuvent laisser une sorte de débilité mentale ou un véritable arrêt de développement des facultés intellectuelles. Elles peuvent encore passer à la chronicité sous la même forme, aboutir au délire systématisé ou à la démence précoce; parfois ces malades restent de véritables dégénérés infantiles, qui versent plus tard dans la folie; on peut les opposer aux dégénérés héréditaires.

Un malade amené par M. Danlos, après avoir eu du zona ophtalmique, présente des accidents de paralysie générale progressive au début. Quelle est la relation des deux ordres d'accidents? Le zona est-il antérieur ou postérieur aux accidents péri-encéphaliques? La question est impossible à trancher dans le cas présent; mais il paraît résulter d'un ensemble de faits qu'il n'est que la manifestation extérieure d'un état général qui peut traduire son action sur le système nerveux par des manifestations variées; c'est l'opinion qu'expriment d'une façon très sensée MM. P. Marie et Rendu.

MM. Barbier et Deroger ont employé avec succès des injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée à 7 p. 1000

dans l'infection intestinale chez les nourrissons. Ils ont injecté de 20 à 30 centimètres cubes de sérum artificiel par jour, en deux ou trois fois, ce qu'ils considèrent comme une faible dose, qu'ils opposent aux doses élevées quelquefois employées. Avec M. L. Guinon, on peut faire remarquer que 20 à 30 centimètres cubes pour un nourrisson correspondent à 200 ou 300 centimètres cubes pour un adulte, ce qui n'est pas une dose d'un volume négligeable. Les doses faibles de l'adulte (5 à 10 centimètres cubes) correspondraient, en effet, chez un nourrisson, à moins d'un centimètre cube. Quoi qu'il en soit, MM. Barbier et Deroger ont constaté une élévation sensible de la température (5 à 8 dixièmes de degré) chez les enfants soumis à ces injections hypodermiques, une augmentation correspondante du nombre des pulsations et une amélioration sensible dans l'état général.

Ils considèrent les injections de sérum sanguin faites à cette dose comme nettement indiquées dans les entérites infectieuses aiguës avec hypothermie qui n'appellent pas d'une façon formelle, par suite d'une diarrhée excessive, les injections massives d'eau salée, et dans les entérites chroniques qui présentent les mêmes caractères d'hypothermie avec affaiblissement progressif. Elles ne seraient pas indiquées dans les formes fébriles, dans lesquelles il n'y a pas lieu de provoquer une élévation de la température.

D'après M. L. Guinon, les injections de sérum sanguin à doses faibles ont leur indication dans les états dépressifs qui accompagnent ou suivent les maladies aiguës ; les injections à forte dose (100 à 150 centimètres cubes) sont utiles lorsqu'il y a de la diarrhée profuse avec phénomènes cholériformes, lorsqu'il y a urémie, en un mot toutes les fois qu'il faut combattre les effets d'une déperdition considérable de liquide ou amener l'élimination rapide de toxines, comme dans l'urémie scarlatineuse et dans certaines entérites avec intoxication générale grave.

M. P. Marie a traité avec succès un cas de myxœdème par la thyro-iodine de Baumann ou iodothyrine. Il l'a donnée à la dose de 60 centigrammes à 1gr50 par jour, sans accident, bien qu'il y eût un degré accentué de dyspnée cardiaque et un peu d'albuminurie. Il insiste sur l'avantage qu'il y a à se servir d'un produit constant, bien déterminé, et non de tablettes ou de dragées qui renferment le corps thyroïde desséché. Avec M. Launois, il a remarqué que ces préparations étaient quelquefois altérées et même notablement putréfiées.

D'après MM. Achard et Bensaude, il existerait une maladie très voisine de la fièvre typhoïde, causée par un bacille dont les propriétés biologiques sont intermédiaires à celles du bacille d'Eberth et du coli-bacille : ce serait l'infection paratyphoïde due au bacille paratyphique, très voisin du bacille signalé par M. Nocard dans la psittacose et retrouvé par MM. A. Gilbert et Fournier sur l'un des malades de l'épidémie observée à l'hôpital Andral par MM. Descazals et Delamare et décrite récemment dans ce journal.

MM. Achard et Bensaude n'ont certainement fait cette communication que pour prendre date, car ils n'ont encore qu'une seule observation complète et méthodiquement relevée.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie étranglée de l'appendice.

Par M. le docteur Aimé GUINARD,
Chirurgien des hôpitaux.

I

Je viens d'observer dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, un fait de hernie étranglée de l'appendice cæcal qui prête à des considérations dogmatiques du plus haut intérêt pratique. On sait que, actuellement, un grand nombre de médecins et de chirurgiens acceptent comme pathogénie de l'appendicite la théorie si brillamment exposée et soutenue par M. Dieulafoy dans ses leçons à la Faculté de médecine et dans sa communication à l'Académie, le 10 mars 1896. On répète partout maintenant que « le fait essentiel, le fait qui domine toute l'histoire de l'appendicite, c'est que la partie du canal appendiculaire sous-jacente à une oblitération est transformée en une cavité close ». Pour M. Dieulafoy, la cause première est une oblitération du canal, soit à son orifice cæcal, soit sur un point quelconque de son trajet, et les causes de cette oblitération sont variées : depuis le calcul appendiculaire, qui arrive par son accroissement sur place à boucher complètement la lumière du conduit, jusqu'à l'inflammation lente et progressive des parois qui, indépendamment de la présence de tout calcul, arrive à oblitérer le canal, sans parler des cas où les deux causes précédentes se surajoutent.

En un mot, dans la théorie de M. Dieulafoy, qui semble être tout à fait en faveur actuellement, toute oblitération du canal appendiculaire, quelle qu'en soit la cause, amène les accidents de l'appendicite ; en d'autres termes, le début de l'affection est en rapport étroit avec la tranformation du canal appendiculaire en un vase clos. Chez la malade que j'ai observée, l'appendice cæcal était engagé en anse dans l'anneau herniaire, près de son insertion au cæcum, de telle sorte que l'extrémité de l'organe était absolument libre dans la cavité abdominale.

L'étranglement portait uniquement sur une anse appendiculaire et le fond de l'organe était, par ce fait, transformé en cavité absolument close. C'était donc là une véritable expérience sur l'homme, telle qu'on pouvait la désirer pour étudier les effets de la ligature de l'appendice. On comprend combien il est intéressant d'analyser, dans tous ses détails, un fait de cette nature qui me paraît probablement unique en son genre.

Voyons d'abord l'observation en question :

II

Mme L. L..., âgée de quarante-cinq ans, lingère à Montmorency, entre le 8 mai 1896 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Peyrot. Depuis deux ans, cette femme, qui est d'une bonne santé habituelle, portait une hernie crurale droite du volume d'une petite noix. La tumeur rentrait avec la plus grande facilité et était constamment contenue par un bandage crural. Le 3 mai, au moment où la malade quittait son bandage pour la nuit, la hernie sort et il est impossible de la réduire. La malade ressent le lendemain, à son réveil, quelques douleurs dans le ventre « et un peu partout », pour employer son expression. Cependant, ces douleurs étaient peu intenses, puisqu'elle put continuer son

travail jusqu'au 7 mai, c'est-à-dire pendant trois jours. Et pendant ces trois jours il n'y a pas eu de nausées, de vomissements; l'appétit et les fonctions digestives ont été absolument normaux; l'émission des gaz et des matières s'est faite dans les conditions accoutumées. Cependant, le 8 mai, inquiète de voir que sa hernie ne rentrait pas et souffrant de « tiraillements dans le ventre », elle va consulter mon ami le docteur Millet (de Montmorency) qui, après un taxis infructueux, envoie immédiatement la malade à l'hôpital Lariboisière. L'interne de service l'examine à la visite du soir et, ne voyant rien d'urgent dans son état, n'a même pas la pensée de faire chercher le chirurgien de garde, et le 9 mai au matin, à mon arrivée à Lariboisière, je trouve la malade dans l'état suivant : les symptômes généraux ne sont nullement menaçants; la température et le pouls sont normaux; pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre; une selle la veille, émission de gaz par l'anus. Localement, je constate l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noix, occupant le canal crural; cette tumeur est douloureuse au toucher, dure, et mate à la percussion. Pensant qu'il s'agissait là d'une épiplocèle enflammée ou peut-être d'un pincement latéral de l'intestin, je pratique la kélotomie. Aussitôt après avoir ouvert le sac herniaire, j'arrive sur une anse étranglée que je prends tout d'abord pour de l'intestin grêle; mais dès que l'anneau est débridé, au moment où j'attire l'anse herniée au dehors, pour vérifier l'état des parois au-dessous de l'anneau herniaire, je vois sortir de la cavité abdominale l'extrémité libre de l'appendice et, en opérant une légère traction, j'amène au dehors la partie inférieure du cæcum. Je place aussitôt une ligature à la soie sur l'appendice, à son insertion cæcale, et je le résèque au thermocautère. Je termine ensuite l'opération comme d'habitude.

Je fais remarquer en passant qu'il n'y avait pas de trace de péritonite et que la malade n'a présenté aucune réaction générale pendant les trois jours qui ont suivi l'opération.

En examinant avec soin l'appendice enlevé, nous constatons qu'il présente une longeur exagérée de 16 centimètres. L'étranglement porte sur l'appendice seul, c'est-à-dire qu'on peut voir, attenant à l'organe, un méso graisseux qui allait du cæcum à l'extrémité libre de l'appendice, sans être enserré par l'anneau herniaire. Cela explique comment, les vaisseaux étant respectés, il ne s'est pas produit de sphacèle du bout périphérique. Au niveau de l'agent de l'étranglement, on voit sur l'appendice deux anneaux qui marquent la place où le canal appendiculaire était nettement oblitéré. Enfin, au delà du point étranglé, l'appendice est dilaté et présente le volume et la forme d'une amande. En aucun point, on ne voit de perforation ni même de menace de sphacèle. Les parois de cette extrémité renflée et dilatée sont violacées, très congestionnées; mais le péritoine qui la revêt est lisse et dépourvu de toute espèce de fausse membrane. En un mot, il n'y avait pas trace de péritonite périappendiculaire, pas trace d'adhérence avec les viscères voisins. Cette cavité close contient un liquide couleur chocolat et on ne découvre sur la muqueuse aucune ulcération profonde ou superficielle, petite ou grande.

III

Voilà donc, en somme, une malade qui a gardé pendant six jours un appendice cæcal absolument clos, absolument privé de toute communication avec le cæcum, et cependant elle n'a présenté à aucun moment rien qui ressemble de près ou de loin aux symptômes de l'appendicite. Que faut-il donc penser du vase clos de M. Talamon, de la cavité close de M. Dieulafoy ?

Si la théorie était vraie, nous aurions dû voir les accidents survenir fatalement dans l'ordre suivant. L'appendice s'étrangle, il est transformé en cavité close, aussitôt il se produit « une énorme pullulation de microbes habituels de l'intestin et une forte exaltation de leur virulence » (Dieulafoy, Académie de médecine, 10 mars 1896). Dès lors, ces microbes devenus, par le fait de leur emprisonnement, d'une virulence extrême, traversent les parois de l'appendice et infectent la cavité péritonéale. Or, les choses se sont passées tout autrement; c'est ce qui m'a engagé à faire une nouvelle enquête sur la pathogénie de l'appendicite. Et d'abord, il faut, dès maintenant, réduire à néant cette légende, qui est en train de devenir classique, d'après laquelle toutes les fois que l'appendice est oblitéré en un point quelconque, la virulence des microbes qu'il contient s'exalte au plus haut degré.

Toute la théorie de M. Dieulafoy repose sur ce fait qui, malgré les apparences, est absolument inexact : « J'ai cru pouvoir édifier cette théorie (la théorie du vase clos), dit cet auteur, grâce aux belles expériences de Klecki. »

Or, en nous rapportant au très intéressant mémoire de Klecki, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, tome IX, nous voyons qu'il s'agit, non pas de l'appendice cæcal, mais de l'intestin lui-même. Klecki a étranglé des anses intestinales chez le chien, avec des anneaux aseptiques en caoutchouc, et après vingt-quatre et quarante-huit heures d'étranglement, il a reconnu que les microbes, coli-bacilles et autres, avaient pullulé et présentaient une virulence excessive, qu'ils avaient traversé, dans leur nouvel état pathologique, la paroi intestinale non perforée, et « déterminé consécutivement une péritonite ».

« Le coli-bacille et les autres microbes qui forment la poly-infection, dit Klecki, arrivent dans le péritoine, à travers l'anse pathologique, dans laquelle ils ont déjà subi des changements biologiques qui exaltent leur propre virulence et la virulence de leurs toxines. »

Dans tout cela, il n'est pas question de l'appendice cæcal et il s'agit de savoir si l'on peut appliquer à l'appendice les données fournies par les expériences de Klecki sur l'intestin lui-même.

« Cette théorie, dit M. Dieulafoy, vient de recevoir des intéressantes expériences sur l'appendicite de Roger et Josué, une nouvelle confirmation. » Et de fait, dans un intéressant mémoire sur l'appendicite expérimentale, ces deux auteurs, à la Société médicale des hôpitaux, ont relaté des expériences qui ont pu prêter à la confusion. Ils ont pratiqué la ligature aseptique de l'appendice à sa base et ils ont vu, en sacrifiant l'animal quelque temps après, que « la partie sous-jacente à la ligature est transformée en une cavité purulente », d'où ils ont conclu que les microbes inoffensifs de l'appendice avaient été transformés en agents « pathogènes », par le fait de leur emprisonnement.

Voilà ce qui ressort des expériences de MM. Roger et Josué; mais ces auteurs n'ont jamais dit que « la virulence des microbes était *exaltée* » dans la cavité close. Bien au contraire, je suis autorisé, par MM. Roger et Josué, à dire que la virulence des microbes de l'appendice va en diminuant de jour en jour, après la ligature aseptique de cet organe. Ils ont même gardé vivant, pendant trois mois, un animal auquel ils avaient fait une ligature aseptique de l'appendice cæcal, ainsi que cela est mentionné dans un mémoire publié dans la *Revue de médecine*.

Il est donc absolument inexact d'étendre les résultats des ligatures de Klecki sur l'intestin, aux oblitérations patholo-

giques de l'appendice cæcal. Je le répète, les expériences de MM. Roger et Josué montrent qu'après la ligature de l'appendice, les microbes emprisonnés deviennent pathogènes, en ce sens qu'il se forme du pus dans la cavité close; mais ces microbes, loin d'avoir une virulence de jour en jour plus vive, comme cela a lieu dans l'intestin étranglé arrivent, au bout de sept à huit jours, à perdre toute virulence et n'ont aucune tendance à traverser les parois de l'appendice pour aller infecter le péritoine.

Dans l'observation de la malade dont j'ai rapporté l'histoire, on peut voir que les choses se sont exactement passées comme dans les expériences de Roger et Josué sur le lapin. Dès que l'étranglement, c'est-à-dire une véritable ligature aseptique, s'est produit sur l'appendice cæcal, les microbes emprisonnés sont devenus des agents pathogènes, comme en témoigne ce pus rougeâtre qui remplissait la cavité close; mais leur virulence a diminué de jour en jour, et il n'y a eu aucune infection du péritoine consécutive.

Comme on le voit, il était intéressant de relater, dans tous ses détails, cette observation qui éclaire l'histoire encore un peu obscure de la pathogénie de l'appendicite.

IV

En résumé, la malade, que j'ai opérée d'une hernie étranglée d'une anse appendiculaire, a gardé dans la cavité péritonéale l'extrémité libre de l'appendice privée de toute communication avec le cæcum. Cet appendice, transformé en cavité close avec autant de précision que si on avait placé une ligature aseptique à son insertion cæcale, est resté pendant six jours sans donner lieu à aucune réaction infectieuse du péritoine.

Ce fait concorde absolument avec les nouvelles expériences de MM. Roger et Josué démontrant que, loin de s'exalter quand l'appendice est clos, la virulence des microbes diminue de jour en jour, *jusqu'à disparaître complètement.*

Je crois donc pouvoir conclure de tout ce qui précède que la théorie du vase clos, absolument vraie quand il s'agit de l'intestin, ne saurait s'appliquer à la pathogénie des accidents péritonéaux de l'appendicite.

Nota. — Dans la séance du 25 novembre de la Société de chirurgie, M. Routier a défendu, malgré cette observation, la pathogénie de l'appendicite par la production d'une cavité close, à laquelle il tient à rester fidèle. Ne sachant comment concilier la théorie de M. Dieulafoy avec ce fait précis, M. Routier a simplement et purement nié que l'appendice en question ait jamais été étranglé. Je n'ai, pour répondre à cette assertion, qu'à renvoyer à la séance du 19 juin 1896, de la Société anatomique, où j'ai présenté l'appendice en question, et où tous les assistants ont pu constater la réalité de l'étranglement complet.

TROUBLES DE LA VISION
ET MODIFICATION DU FOND DE L'ŒIL CHEZ LES MINEURS

Par le docteur Bourguet (de Graissessac).

I

Naguère encore inconnus parmi nos mineurs, les troubles de la vue sont devenus assez fréquents, pour nécessiter l'intervention médicale. Afin qu'elle eût quelque efficacité, il a été nécessaire de remonter à la source du mal, de rechercher dans quelles circonstances ces troubles se produisaient, après avoir constaté les symptômes concomitants.

De pareilles recherches ne pouvaient se faire à la hâte pour avoir quelque valeur. Quelques années étaient nécessaires pour réunir un nombre suffisant d'observations, et, ce qui est plus important, pour pouvoir suivre ces affections dans leur évolution.

Je me suis arrêté au chiffre de cent, me souvenant des recommandations du professeur Pajot, qui conseillait toujours, avec raison, de prendre un chiffre rond dans toute statistique, pour avoir une idée nette et précise des chiffres comparatifs.

Ce travail représente ce que j'ai vu. Il n'a pas la prétention de faire loi. Le seul mérite que je réclame pour lui, c'est d'être l'exposé exact de ce que j'ai observé. La seule récompense que j'ambitionne, c'est d'être suivi, dans une voie qui me paraît peu explorée, par des observateurs plus compétents, qui pourront, par leurs travaux, compléter ou modifier mes vues, et rendre finalement service à une catégorie nombreuse et intéressante de travailleurs.

Normalement, chez les mineurs, on est frappé par la coloration de la pupille qui est d'un bleu foncé uniforme. La vue, malgré cet état, ne paraît pas atteinte chez la plupart. L'éclairage du fond de l'œil ne souffre aucune difficulté, et on ne constate rien d'anormal dans la papille ou dans les membranes profondes.

Cette coloration de la pupille s'observe aussi chez tous ceux qui, par leur profession, ont affaire avec la lumière artificielle; les chauffeurs, par exemple, présentent presque tous cette particularité. Les cloutiers, boulangers, cuisiniers, etc., ne font pas exception à la règle, on peut à chaque instant s'en assurer.

Quelles sont les lésions correspondant à cette apparence?

Des examens répétés m'ont convaincu qu'il s'agissait, fort probablement, de troubles vasculaires ou nutritifs. On verra plus loin que les observations viennent à l'appui de cette manière de voir. Parmi les lésions constatées, on retrouve souvent l'atrophie choroïdienne, qui, d'après Dubarry (1), est une des causes les plus fréquentes de la cataracte sénile périphérique.

Ici, le trouble du cristallin persiste seul dans l'immense majorité des cas, pendant un temps très long, sans amener la formation de la cataracte, suivant la remarque de Galezowski (2).

Une opinion plus récente, due au professeur Panas (3), est la suivante : la nutrition du cristallin paraît être sous la dépendance de la rétine, surtout, et conjointement du nerf optique à travers le vitreum. On s'expliquerait bien plus aisément, avec les vues de cet auteur, cette coloration du cristallin, car les lésions du nerf optique et de la rétine sont plus fréquentes encore. Il en sera question plus loin, à propos d'une remarque de Giraud-Teulon sur la circulation des vaisseaux rétiniens.

Les ouvriers atteints sérieusement constatent, quelquefois par hasard, dans tous les cas assez rapidement, et en deux ou trois mois au maximum, que leur vue a baissé; au début, au sortir de la mine, le grand jour les incommode. Si c'est la nuit, ils voient partir de leur lampe comme des serpents

(1) Dubarry. Th. de Paris, 1889, p. 29.
(2) Galezowski. P. 248, 2e édit.
(3) Panas. *Semaine méd.*, 9 fév. 1887.

de feu, la flamme paraît entourée de rayons ou d'une circonférence rouge, des filaments noirs apparaissent devant les yeux, ou une sorte de brouillard cachant les objets. Dans les galeries, ils s'arrêtent brusquement, croyant heurter un corps quelconque, ou se trouver en présence d'un camarade.

La vue à longue distance est conservée, elle est meilleure généralement par un temps sombre, ou sur le soir.

A courte distance, elle est mauvaise et se fait mieux dans certaines conditions; ainsi, par exemple, il est commun de voir des ouvriers qui lisent assez mal les caractères d'imprimerie et qui, sur un fond noir, distinguent bien mieux ces caractères tracés en blanc. Il existe parfois en même temps du daltonisme, le rouge est souvent vu jaune, et le vert, gris.

Quelques-uns se plaignent de voir les objets constamment trembler quand ils les regardent; l'ophtalmoscope permet de constater chez eux l'agitation permanente de la papille, qui paraît osciller sur elle-même comme le balancier d'une montre (nystagmus des mineurs).

Il est assez rare que les malades se plaignent de douleurs contusives dans la profondeur de l'orbite, ou péri-orbitaires; mais beaucoup, au début des accidents, signalent du larmoiement et la sensation de gravier entre les paupières. Des frictions, ou des lotions avec de l'eau fraîche, atténuent pour un instant, à ce moment, les troubles de la vision, et il se produit, dans ces cas, ce que l'on observe chez certaines personnes anémiques (de préférence les jeunes couturières), atteintes de ce que l'on a désigné sous le nom de fatigue de l'accommodation. On verra, dans la suite de ce travail, que, dès le début en effet, le muscle ciliaire qui règle cette fonction est atteint et participe aux dérangements de l'acuité visuelle.

Chez certains, la tête est lourde. Il existe parfois un rétrécissement paraphérique du champ visuel, enfin, mais plus rarement, de la diplopie.

L'examen ophtalmoscopique est indispensable, pour s'assurer, d'abord, que les symptômes accusés ne sont pas simulés, en second lieu pour établir si l'état du fond de l'œil les explique. Il est rare qu'on ne rencontre pas, en dehors des différents états physiologiques qui sont, on le sait, très variables, des signes évidents d'altération de l'organe. Presque toujours, du reste, les lésions sont plus évidentes d'un côté que de l'autre, de telle sorte qu'il faut bien reconnaître qu'on se trouve en présence d'un état pathologique.

Chez les divers malades que j'ai, presque tous, observés au début des accidents, il m'a été possible de reconnaître que le premier signe du mal était la congestion de l'une des papilles et, plus rarement, de toutes les deux. Si, au moment où elle est établie, les moyens propres à arrêter la marche du mal ne sont pas employés, il arrive très rapidement que la congestion fait place à un commencement d'atrophie, dont la marche, entretenue par les mêmes causes, progresse fatalement.

Ceci peut aider dans l'explication à donner de la nature des accidents. Au début, sous l'influence de la gêne de la vision, des troubles circulatoires se produisent, d'où des lésions de nutrition qui se traduisent par l'opacité plus ou moins prononcée du cristallin, ou de ses membranes d'enveloppe. Ces lésions de nutrition ne se bornent pas probablement à la lentille et envahissent avant tout la choroïde et la rétine, atteignant par propagation le nerf optique dont cette dernière est l'épanouissement.

Ces lignes étaient écrites depuis huit ans au moins, lorsqu'une communication du docteur Giraud-Teulon à l'Académie de médecine, dans la séance du 1er juin 1886, s'occupant d'accidents analogues, est venue me donner une explication des phénomènes que j'avais constatés sans pouvoir en formuler la cause.

La communication de ce savant confrère a pour titre : « Sur certains troubles nutritifs des membranes profondes de l'œil. » La première et principale anomalie constatée dans la circulation rétinienne, « consiste dans l'aspect rutilant, artériel, du sang veineux rétinien, témoignant du passage du sang à travers les capillaires sans y subir de désoxygénation. »

Or, cet aspect, sans exception, a été constaté dans tous les yeux des mineurs soumis à mon examen. Comme conséquences, M. Giraud-Teulon signale les troubles de transparence rencontrés dans la lentille. Ces troubles je les ai signalés dès les premières pages de cette étude et, comme ils coïncident avec l'aspect artériel des veines, je ne doute pas qu'ils ne soient la preuve (suivant l'avis de l'auteur de cette communication qui invoque du reste l'autorité de Claude Bernard) d'un passage trop rapide du sang à travers les parenchymes, ce qui produit un manque de désoxygénation et dénote un déficit dans l'action des nerfs constricteurs du système vasculaire (filets du grand sympathique). « Ce déficit d'action du sympathique doit amener directement l'abaissement de la nutrition de la substance nerveuse elle-même. »

Avant d'arriver à ce déficit, le sympathique agit trop au contraire, mais ce qui, en apparence, est une contradiction, ne constitue, en réalité, que les phases successives d'un même processus, d'un même mécanisme, qui est partout le même, congestion d'abord et atrophie ensuite. Et ce n'est pas l'œil seulement, mais tous les organes de l'économie qui nous présentent des faits de ce genre. Le foie dans la cirrhose, le cerveau et la moelle dans diverses de leurs affections, l'utérus, pour ne citer que ceux qui nous présentent le plus fréquemment ces phénomènes, ne sont-ils pas des exemples journaliers d'organes qui, d'abord congestionnés, s'atrophient à la longue par le fait même de cette congestion ou, pour parler plus justement, d'organes qui, à la suite de la congestion longtemps continuée, voient leur tissu propre se transformer en tissu conjonctif, au moins en grande partie?

Cette congestion, d'abord générale et vague, compatible avec le fonctionnement de l'organe, est indéniable et fatale. Indéniable, tous les signes le prouvent; fatale, en raison même du fonctionnement de l'œil dans la mine ; en effet, on trouve réunies la plupart des causes qu'on a signalées comme déterminant une gêne de la vision. Dans l'organe lui-même, brusques changements dans la manière de regarder, l'ouvrier se trouvant souvent dans une obscurité presque complète, tandis qu'à certains moments il doit rapprocher sa lampe de l'œil pour les nécessités de son travail; de là, une série de contractions musculaires antagonistes, et de changements rapides et totalement contraires, dans la circulation de l'organe.

Ces divers modes de fonctionnement de l'œil sont tous d'abord d'origine périphérique et dépendent de la lumière artificielle insuffisante, de la température ambiante souvent élevée, de la constitution des ouvriers, de l'état de leur appareil cardiaque ou pulmonaire, enfin, de la présence de gaz délétères dans les chantiers.

En ce qui concerne l'éclairage insuffisant, des observa-

tions, longtemps poursuivies, m'ont démontré qu'après quelques heures de séjour dans la mine, la plupart des ouvriers (ceux qui n'ont pas à rapprocher fréquemment la lampe de l'œil) travaillent avec une dilatation considérable de la pupille.

Cette dilatation ne peut être vaincue par le brusque rapprochement de la lumière qui laisse l'iris dans cet état anormal, ce n'est que peu à peu, quelque temps après la sortie de la mine ou par un certain temps d'exposition à la lumière vive, que les fibres circulaires de l'iris reprennent leur contractilité.

Or, nous savons que le grand sympathique agit sur les fibres radiées de l'iris dont il relève la tonicité. Cette action exagérée du nerf vague, cette persistance dans son intervention n'indiquent-elles pas une irritation nerveuse?

En outre, on sait que l'accommodation marche de pair avec la contraction ou la dilatation pupillaire. Les fibres musculaires de l'iris, circulaires ou radiées, étant innervées absolument par les mêmes sources que les fibres circulaires ou radiées du muscle ciliaire, de telle sorte qu'avec l'iris, le muscle ciliaire est compris, par ses fibres radiées, dans un travail exagéré, une contraction en quelque sorte tétanique; ou si l'on veut, d'une autre façon, je dirai que les fibres radiées de ces deux organes sont condamnées à une suractivité qui ne peut que créer une irritation nerveuse (1). La suppression d'action des nerfs constricteurs de l'iris est d'autant plus complète que l'excitation du sympathique est plus intense (2).

Il est bon de ne pas négliger l'influence que peut avoir, sur cet état de la pupille, la circulation irienne; on sait que la pupille se rétracte quand les vaisseaux iriens sont gorgés de sang et qu'elle s'agrandit quand les vaisseaux se désemplissent.

A la longue, la gêne de la fonction visuelle ne détermine-t-elle pas un état de souffrance dans les parties vaso-motrices des centres nerveux qui président à cette fonction (3)? Nous en avons d'autres exemples, particulièrement celui de l'utérus, ainsi que l'a si bien démontré mon excellent et savant ami le docteur J. Chéron (4). Rien ne répugne à admettre, pour l'œil, la théorie que ce médecin distingué a exposée, et dont il a si bien fait ressortir les indications thérapeutiques. Pour ma part, guidé par lui, je m'explique fort bien cette action intrinsèque et je l'admets sans réserve.

La lumière artificielle agit, on ne l'ignore pas, en mal, sur l'organe de la vision. Quelle que soit sa nature, elle laisse à désirer; on aura beau choisir les matériaux divers qui doivent la produire, elle sera toujours défectueuse.

Les exigences de la mine ont conduit à adopter un système particulier de lampes indispensable pour éviter des accidents. Celle qu'on emploie ici est la lampe Museler, qui se compose d'un cylindre de verre ajusté à un cylindre de toile métallique placé à sa partie supérieure; la flamme se voit à travers le verre, tandis que dans l'ancienne lampe de Davy, modifiée ou non, c'était à travers le tamis qu'on s'éclairait. Il existe de plus une modification importante à un double point de vue, celui du danger, et celui de l'éclairage, qui consiste en un cylindre métallique intérieur, de petite dimension (3 centimètres environ de diamètre), servant de cheminée pour augmenter le tirage, et éviter la fumée; empêchant de plus l'ouvrier d'incliner la lampe et de faire rougir la partie tamisée ainsi atteinte directement par la flamme.

Cette lampe est bonne, elle éclaire assez bien, surtout si les mèches et l'huile employées sont de bonne qualité, malgré cela la lumière qu'elle donne est insuffisante.

Depuis quelque temps, on se sert aussi d'un nouveau modèle, la lampe Marsault. Celle-ci n'a pas de cheminée, mais au lieu d'un tamis, elle en a deux concentriques protégés par une cuirasse métallique, ce qui est une garantie contre un accident possible. Elle éclaire un peu mieux peut-être, mais à la condition qu'il y ait assez d'air dans le chantier; elle décèle moins facilement la présence du grisou que la lampe Museler, généralement préférée dans les chantiers les moins aérés.

On a, paraît-il, essayé des modèles de dimensions plus grandes, mais on y a renoncé. Les progrès de la science, font espérer qu'on pourra peut-être, dans un avenir prochain, fournir aux mineurs un meilleur éclairage.

Le verre, qui fait partie de la lampe, contribue pour une bonne part à la défectuosité de l'éclairage. Dans l'examen que j'ai fait à plusieurs reprises des lampes de mineur, j'ai pu constater très souvent qu'à travers le verre on voyait la flamme double, ce qui tient évidemment à une réfraction irrégulière.

Au mauvais éclairage, la température vient ajouter ses mauvais effets. C'est une remarque banale, une constatation journalière que de voir surtout atteints les ouvriers qui travaillent dans les chantiers les plus chauds. La température élevée congestionne les vaisseaux de la tête, et gêne la circulation cérébrale en même temps que celle de l'œil, qui dépend de la première.

(1) Warlomont. *Dict. encycl. des sc. méd.*, *Lyon méd.*, art. Ciliaire.
(2) François Franck. *Idem*, art. Grand sympathique, p. 79.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 1883, n° 109, p. 866.
(4) J. Chéron. *Rev. méd.-chir. des maladies des femmes.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — M. A. Marchand est désigné pour Boucicaut.

Par suite des décès de MM. Després et Nicaise, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Reclus passe de la Pitié à Laënnec; M. Campenon de Broussais à la Charité; M. Tuffier de la Maison de santé à la Pitié; M. Michaux d'Ivry à Broussais; M. Chaput de Bicêtre à la Maison de santé; M. Ricard du Bureau central à Bicêtre; M. Poirier du Bureau central à Ivry.

M. Auvard est désigné pour Boucicaut.

Par suite de la création des Maternités de Saint-Antoine et de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes ont lieu dans le service des accouchements des hôpitaux de Paris :

M. Bar passe de Saint-Louis à Saint-Antoine; M. Champetier de Ribes de Tenon à l'Hôtel-Dieu; M. Bonnaire du Bureau central à Saint-Louis; M. Boissard du Bureau central à Tenon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gustave Carton (de Wyngenc); Déclat (de Paris), Demeuse (de Wandre); Mahé, médecin de la marine en retraite, correspondant de l'Académie de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 139. — JEUDI 3 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 3 DÉCEMBRE 1896. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Kelsch a lu un important travail sur la genèse autochtone des maladies infectieuses. Il est, pour tout clinicien, des faits de maladies infectieuses dont l'étiologie échappait ou semblait échapper aux théories de Pasteur. Les exemples fournis par M. Kelsch sont, à ce point de vue, très frappants. Or ce sont précisément les élèves de Pasteur qui ont trouvé l'explication de ces faits et par la microbiologie. Ils ont montré, en effet, que c'est à des alternatives de virulence avec reviviscence se produisant tout à coup que l'on peut attribuer l'éclosion de maladies infectieuses paraissant se produire spontanément. Ces faits de genèse autochtone se trouvent donc aujourd'hui expliqués par la théorie même avec laquelle ils semblaient en contradiction.

Deux rapports ont été présentés à l'Académie, l'un de M. Panas sur un travail de M. Gourfein (de Genève), relatif à l'ophtalmoplégie héréditaire; l'autre de M. Blanchard sur une observation de pied de madura adressée par M. Legrain (de Bougie); puis l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Ferrand sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Huchard; en deuxième ligne, M. Mauriac; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. du Castel, Hutinel, Moutard-Martin et Sevestre.

HOPITAL COCHIN. — M. Ed. Schwartz.

Suture du sinus latéral déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval dans la région temporo-pariétale. Guérison.

La suture des grosses veines blessées ou déchirées latéralement n'a fait son entrée dans la thérapeutique chirurgicale que dans ces dernières années. De même que celle de la ligature et de la forcipressure latérale, l'idée en a été suggérée aux chirurgiens par les accidents qu'ils redoutaient à la suite des oblitérations des gros troncs veineux. Dans l'espoir de maintenir la perméabilité des grosses veines tout en obturant la plaie vasculaire, l'on a expérimenté d'abord chez les animaux, puis tenté chez l'homme la suture des grosses veines. C'est aux travaux d'Horoch, de Vienne (Beitrage zur Lehre von der directen Ligatur der Venen, in *Allgemeine Wien. med. Zeitung*, t. XXXIII, 1888), puis surtout de Tikhow (*Chirurgtcheskaga Leatopiæ*, Saint-Pétersbourg, 1894; *Centralbl. f. Chir.*, p. 111, 1895), au point de vue expérimental, de Mayr (Ueber die Venennaht, Inaugural Dissertation, Erlangen, 1890), de Kay (Ueber die Venennaht, Inaugural Dissertation, Kiel, 1894), de Brachet (*Traitement des plaies latérales des grosses veines; ligature et sutures latérales*, th. Bordeaux, 1895), de Ricard (Communication au Congrès de chirurgie, 1895), au point de vue clinique, qu'il faudra recourir pour juger de l'évolution et de l'état actuel de la question.

Un des principaux promoteurs de la suture a été Schede. Il porta le premier une suture sur la veine cave inférieure, blessée au cours d'une néphrectomie; les fils tinrent bon et le vaisseau resta perméable, comme le démontra l'autopsie de l'opéré qui succomba quelque temps après (Ueber die Naht von Venenwunsten nebst Mittheilung eines Falles von geheilter Naht der Vena cava inferior, in *Arch. f. klin. Chir.*, p. 338-345, 1892).

Nous avons pu recueillir — depuis la thèse de Brachet qui contient déjà vingt cas portant sur les veines axillaire, saphène interne, saphène externe, fémorale, jugulaire interne, poplitée, tronc brachiocéphalique, veine cave inférieure — trois nouveaux faits, deux de Marin, un de Jordan; deux fois il s'agissait de la veine fémorale, une fois du tronc brachiocéphalique (Marin, Suturing of the brachiocephalic vein, in *New-York med. Journ.*, t. LVIII, p. 411, 1893; Jordan, *Centralbl. f. Chir.*, p. 745, 1895).

Dans le cours de cette année, nous avons nous-même utilisé la suture dans un cas d'hémorragie très grave du sinus latéral pendant une trépanation. C'est l'observation de ce fait que nous vous rapportons.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, cocher, qui fut admis dans notre service, à l'hôpital Cochin, le 26 octobre 1895, pour des accidents cérébraux graves consécutifs à un coup de pied de cheval reçu il y a trois mois.

On constate localement, immédiatement en arrière et au-dessus de l'oreille gauche, l'existence d'une fistule qui con-

duit sur un os dénudé; il semble que l'os soit déprimé en cet endroit, quoique l'épaisseur des parties molles soit considérable. Le blessé a absolument perdu la mémoire; il a des étourdissements, des vertiges avec des tendances à tomber à gauche; il est pris subitement d'une perte d'équilibre qui menace de le faire choir. Dans tout le côté droit, la sensibilité à la douleur et au contact est amoindrie. Il y a surdité complète du côté gauche, aucun autre trouble sensoriel.

Je proposai à ce blessé la trépanation et pour lui enlever ses fragments d'os nécrosé et pour décomprimer le cerveau.

Le 24 novembre, l'opération fut pratiquée sous le chloroforme. Une fois le crâne mis à nu par une incision courbe dessinant un lambeau à convexité inférieure, nous pûmes nous rendre compte qu'il y avait un enfoncement de près de 1 centimètre d'un fragment osseux, grand comme une pièce de 5 francs; une fistule conduisait au-dessous de lui sur un point rugueux et sonore. Des couronnes de trépan furent placées aux deux points cardinaux, tout autour du fragment enfoncé; puis avec la pince-gouge de Mathieu, le ciseau et le maillet, l'on fit sauter tout ce qui retenait encore la rondelle enfoncée. Au moment de l'enlever, nous constatâmes, en la soulevant de haut en bas, qu'elle était adhérente à la dure-mère, juste au niveau du sinus latéral gauche, et, malgré toutes les précautions pour le décoller, le sinus fut déchiré sur une étendue de 1 centimètre environ. Immédiatement un large jet de sang noir inonda le champ opératoire; le doigt placé sur la solution de continuité arrêta tant bien que mal l'hémorragie, pendant que, de l'autre main armée d'une fine aiguille de Reverdin, nous plaçâmes successivement deux points de suture à la soie sur la brèche veineuse. Les fils serrés, le sang ne coula plus que par deux des petites piqûres et fut facilement arrêté par la compression faite à l'aide d'un petit tampon iodoformé, dont l'extrémité fut amenée au dehors une fois la suture de la peau terminée. Pansement compressif ouaté. Guérison.

L'examen de la rondelle osseuse montra que sa partie interne adhérente au sinus était atteinte d'ostéite avec nécrose.

Le blessé fut gardé dans notre service pendant plus de six mois et nous pûmes constater à sa sortie (3 juin 1896), que les phénomènes cérébraux intellectuels et moteurs avaient complètement disparu; la surdité avait considérablement diminué; il ne persistait que quelques troubles de la mémoire. Cette observation, en dehors de l'intérêt qu'elle présente au point de vue de la décompression amenant la disparition de la plupart des phénomènes morbides, nous suggère les réflexions suivantes : la suture des sinus est possible, malgré la rigidité, malgré la tension des tuniques fibreuses; elle doit être employée lorsque les autres moyens d'hémostase applicables aux sinus ne sont pas de mise, et c'est même le moyen de choix quand il s'agit de larges sinus, comme le sinus latéral, la partie postérieure du sinus longitudinal supérieur, dont la perméabilité a une grande importance; tandis que le tamponnement, le bourrage au catgut peuvent suffire quand il s'agit d'une plaie du sinus latéral pendant une trépanation de la mastoïde, dans un cas comme le nôtre où il n'y a pas de point d'appui pour le tampon, quel qu'il soit, la suture est absolument indiquée, efficace, et a le grand avantage de ne pas oblitérer nécessairement le canal veineux sur lequel elle est placée.

UN NOUVEL APPAREIL POUR LA FRACTURE DE LA ROTULE

Par M. le docteur Coulhon (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nulle fracture, autant que celle de la rotule, n'a exercé l'esprit inventif des chirurgiens et donné naissance à un plus grand nombre de procédés de déligation. Cela n'est pas pour surprendre quand on songe aux difficultés qu'il faut vaincre pour obtenir une consolidation parfaite.

L'ancienne académie de chirurgie ne croyait pas à la possibilité de la réunion immédiate et de la formation d'un cal osseux. On connaît le défi original lancé par un de ses membres, Pibrac, aux chirurgiens de l'Europe entière. Boyer lui-même n'admettait pas la réunion immédiate des fractures transversales de la rotule et, dans sa troisième édition, qui date de 1822, il en donnait une explication qui paraissait rationnelle. Le tendon du droit antérieur était, disait-il, le siège d'une rétraction persistante et croissante, qui annulait l'effet de tout appareil, cette force de rétraction ne pouvant être contre-balancée, *quoi que l'on fît*, par des bandes ou des lacs, dont l'action allait en s'atténuant par leur allongement et leur relâchement consécutif.

Cette explication, bonne en théorie, était inexacte en pratique.

Deux ans plus tard, en 1824, J. Cloquet annonçait au public médical que Lallement possédait une rotule dont les fragments étaient réunis par un cal osseux. Il racontait également que, de concert avec Béclard, il avait fait une autopsie de cal osseux de la rotule et que la pièce avait été déposée dans la collection de l'École de médecine.

Depuis cette époque lointaine, et sans compter les cals complets obtenus par la suture métallique, on a vu nombre de fractures de rotule terminées par une consolidation calcaire.

Le Fort, dans une inspection des musées d'anatomie pathologique, a trouvé trois cals osseux provenant de fractures abandonnées à elles-mêmes.

D'après les interminables dissertations des chirurgiens sur cette question du cal, il semblerait qu'elle est d'une importance capitale et que toute fracture de rotule, qui se termine par un cal fibreux, n'est pas complètement guérie.

Il est curieux de consulter, à cet égard, les différents auteurs, et l'on est étonné de trouver des opinions variées et absolument contradictoires.

Bell, Pott et Ravaton disent qu'un écartement des fragments est favorable aux fonctions de l'articulation du genou. C'est presque condamner le cal osseux, c'est tout au moins le considérer comme inutile.

Valentin, Sabatier, Richerand proscrivent l'emploi de tout appareil, leur trouvant des inconvénients qui ne sont pas compensés par le résultat obtenu. Les visiteurs de Saint-Louis, à cette époque, pouvaient voir des fractures de rotule abandonnées à elles-mêmes. On se contentait de mettre le membre dans l'extension et de le maintenir dans cette situation au moyen d'une alèze attachée solidement de chaque côté du lit.

A côté de ces auteurs, dont les noms font autorité dans l'histoire de la chirurgie, on en trouve d'autres, non moins connus, qui professent une opinion diamétralement opposée. La plupart s'ingénient à découvrir un procédé qui réponde à une indication impérieuse : la réunion des fragments.

Sans remonter à Guy de Chauliac, Albucasis, Purmann, dont les bandages à pression circulaire sont relégués au

fond du coffre aux reliques; sans parler de l'auteur du fameux kiastre, qui doit être l'origine des différents 8 de chiffre, on peut citer J.-L. Petit, Lavauguyon, Arnaud, Boyer, Larrey, Velpeau, etc. Plus près de nous, c'est Malgaigne avec ses griffes, Valette avec ses fourches, Rigaud et Bonnet avec leurs vis implantées dans l'épaisseur de la rotule, Trélat et Le Fort avec leurs plaques de gutta-percha à pression parallèle, Laugier avec ses grands anneaux de caoutchouc à pression concentrique."

Dans l'état actuel de la science, et après examen approfondi des travaux importants publiés sur la matière, il semble permis de formuler les indications suivantes :

1° Si la fracture est ouverte, compliquée de plaie, avec deux fragments, pratiquer la suture osseuse; avec des fragments multiples, faire le cerclage proposé par M. le professeur Berger;

2° Si les téguments sont intacts, les fragments rapprochés, pratiquer la compression, le massage, la mobilisation; les fragments écartés, appliquer un des nombreux appareils qui permettent de ramener les fragments au contact.

Dans un travail récent, où la question est mise au point et fouillée avec un sens critique remarquable, M. le docteur Chaput préconise les griffes de Malgaigne, modifiées par Duplay. Le conseil est excellent et l'on peut dire que c'est là le dernier mot, le dernier cri de la science.

Mais, pour excellent qu'il soit, ce conseil demeurera pour beaucoup lettre morte.

L'instrument de M. le professeur Duplay ne peut répondre aux exigences de la pratique usuelle. Dans les grandes villes, dans les services hospitaliers, où le médecin peut disposer d'un arsenal chirurgical complet, rien de mieux. Dans les petites villes, dans les campagnes surtout, où les ressources sont limitées, il n'y faut pas songer, si ce n'est dans des circonstances exceptionnelles.

Les griffes présentent un premier inconvénient qui peut, à lui seul, les faire souvent rejeter : c'est la nécessité de soumettre le blessé à l'anesthésie. Il faut être deux pour administrer le chloroforme, si l'on veut couvrir sa responsabilité : or on n'a pas toujours un confrère sous la main. Il est douteux aussi que le public apprécie avec faveur le sommeil artificiel pour des opérations de cette nature.

D'autre part, l'acquisition d'un instrument relativement coûteux, et qui ne servira jamais plus peut-être, donne à réfléchir. On fera volontiers des frais, dans un but humanitaire et pour des indigents; on y trouve toujours une satisfaction morale. Mais dans la clientèle ordinaire, chacun sait qu'un sacrifice de la part du praticien ne trouve jamais — il y a quelques exceptions — d'élément compensateur. Si l'homme de l'art réclame et obtient une demi-satisfaction matérielle, il la paye par des déboires sans nombre. On lui voue une haine féroce et il ne tarde généralement pas à ressentir les effets d'une vendetta implacable. C'est là une règle qui souffre des exceptions, je l'ai dit ; mais il est prudent de ne pas s'exposer à des ennuis que connaissent trop bien les confrères qui ont blanchi sous le harnais.

Sont-ce là des considérations mesquines? Non. Le médecin se doit à l'humanité et à la science. Il ne doit être ni dupe, ni victime.

Pour les raisons que je viens de décrire, et que d'aucuns trouveront oiseuses ou exagérées, les griffes Malgaigne-Duplay n'entreront pas de sitôt dans la pratique ordinaire.

Il convient de les remplacer par un appareil simple et dont les éléments se rencontrent partout.

Le bandage de Le Fort est séduisant; mais il faut des plaques de gutta-percha, des tubes de caoutchouc, des agrafes.

Celui de Laugier est recommandable, mais il est indispensable de se procurer de grands anneaux de caoutchouc, sans compter les plaques de gutta-percha. Les anneaux de caoutchouc ont un désavantage : ils exercent sur les fragments de la rotule une pression aveugle, qui finit par devenir parfois très douloureuse. C'est un levier dont la puissance est hors de proportion avec la résistance.

Le 8 de chiffre de Dubreuil, avec ses deux bandelettes de toile munies d'agrafes, semble très pratique et mérite d'être vulgarisé ; il nécessite la confection d'une gouttière plâtrée.

Dans les deux dernières fractures de la rotule qu'il m'a été donné de soigner, j'ai eu recours à un procédé des plus simples, qui m'a donné de bons résultats.

Le fait que je vais exposer en fera apprécier la technique :

Mme N... est une femme de soixante-quinze ans, de forte charpente, voûtée, alourdie par l'âge et l'embonpoint. Le 26 mars de l'année dernière, bousculée dans la rue par un passant, elle tombe en avant, le genou droit sur le rebord du trottoir. Elle essaie, mais en vain, de se relever; une douleur vive, au moindre mouvement de la jambe droite, la cloue sur le sol. Des personnes charitables s'empressent autour d'elle, la ramassent et la transportent à son domicile.

Je la vois deux heures après.

Le genou droit est tuméfié, volumineux, extrêmement douloureux au toucher. Il y a une lésion probable de la rotule, mais il est impossible de la diagnostiquer.

La blessée est mise dans son lit, le membre inférieur droit dans l'extension, avec flexion légère de la cuisse sur le bassin. Des compresses imbibées d'eau blanche sont appliquées autour du genou.

Le 28 mars, le gonflement a diminué par le repos, la position et les résolutifs. On sent obscurément la rotule, qui paraît brisée en trois fragments.

Le 30 mars, la tuméfaction est dissipée; il est facile de reconnaître la lésion. On perçoit nettement deux traits de fracture; l'un transversal, avec écartement des fragments de 3 centimètres et demi, l'autre oblique en haut et en dehors, avec 1 centimètre à peine d'écartement.

Le 31 mars, l'appareil est appliqué. Une attelle, large de 15 centimètres, longue de 80 centimètres, est glissée sous le membre blessé. En haut, elle est au-dessous de l'ischion; en bas, elle dépasse le talon. Un épais coussin ouaté, de mêmes dimensions, la recouvre.

Vis-à-vis du genou, sur les grands bords de l'attelle, se trouvent deux échancrures distantes l'une de l'autre de 8 centimètres.

Les fragments de la rotule sont rapprochés.

Deux coussins ouatés, de 12 centimètres sur 8, avec deux lignes de capitons parallèles aux grands bords, sont placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule.

Un lien de fil de 2 centimètres de largeur est appliqué par son milieu sur le coussin supérieur dans la ligne de capitons la plus rapprochée de la rotule. Ce lien, ramené de chaque côté du genou, est engagé dans les échancrures inférieures et croisé au-dessous de l'attelle.

Les deux extrémités, après le croisement, repassent dans les mêmes échancrures, sont ramenées en avant et viennent se fixer par un nœud sur le coussin inférieur dans sa ligne de capitons inférieure.

Un second lien, pareil au premier, est placé sur le coussin inférieur comme précédemment, conduit en sautoir sur le premier, de chaque côté du genou, passe dans les échancrures supérieures et va faire un nœud sur le coussin supérieur, après croisement sous l'attelle.

Le bandage une fois placé, je fais remarquer à l'entourage la facilité de la manœuvre. La malade me demande si elle peut modifier, serrer elle-même les liens qui entourent son genou. « Assurément, lui dis-je, vous ferez comme si vous vouliez rattacher et serrer votre jarretière. » Sur-le-champ, elle défait et refait les nœuds en les serrant assez pour maintenir les fragments au contact.

Le membre est ensuite placé sur un large coussin de balle d'avoine, dans une position inclinée de 25 degrés environ.

Je revois la blessée le 2 avril. Elle a passé des nuits sans sommeil. Elle est agitée et se déplace à chaque instant. Elle se désole et se croit perdue.

Dans la crainte que l'appareil ne soit dérangé par ces mouvements continuels, je fais faire quelques échancrures de chaque côté de l'attelle, et je place plusieurs liens que je noue en avant sur de petits coussins ouatés.

A la rigueur, une bande roulée ou des foulards auraient rempli le même office.

Le 6 mai, le bandage est enlevé. On commence la mobilisation du genou, où l'on découvre, mais en les cherchant, les vestiges de la fracture.

Dans l'intervalle des séances de mobilisation, on fait des frictions, puis on entoure le membre d'une longue bande roulée.

Le 16 mai, la malade se lève pour la première fois et commence à marcher avec des béquilles.

Deux mois et demi à peine s'étaient écoulés depuis l'accident, les béquilles étaient mises au rebut; elles n'ont guère servi plus de quinze jours.

La jambe droite était enflée tous les soirs, un peu aussi la jambe gauche ; mais la souplesse revenait peu à peu dans l'articulation du genou et la fonction s'exécutait sans trop de claudication.

A l'heure actuelle, le membre est encore un peu raide, mais Mme V... n'en tient pas compte et vaque à ses occupations.

Elle a été atteinte, l'hiver dernier, d'une pleuro-pneumonie double, qui a inspiré les plus vives inquiétudes. Elle est complètement rétablie.

L'appareil dont on vient de lire la description présente des avantages appréciables :

1° Il peut s'improviser partout.

Une planche, des liens, de la ouate, du linge, une bande; cela se trouve partout.

2° Il est d'application commode.

Il consiste essentiellement en deux liens qui se croisent en sautoir en formant chacun un 8 de chiffre autour du genou.

3° Il ramène sans effort les fragments de la rotule au contact.

Cette facilité est due aux échancrures des attelles, qui, en agissant comme des poulies de renvoi, multiplient l'énergie et rendent un déploiement de force inutile.

4° Il se desserre peu.

Les liens de fil sont inextensibles.

S'il se desserre, le blessé peut lui-même le serrer instantanément. La surveillance est constante ; l'intervention immédiate. La puissance peut toujours être proportionnée à la résistance.

5° Il a peu de tendance à glisser.

Les appareils à pression concentrique ont tous cet inconvénient. Les plaques de gutta-percha, notamment, adhèrent à la peau, la mobilisent, l'entraînent avec elles, et le tout glisse au-devant des fragments.

Dans ce simple appareil, les coussins auraient également de la tendance à se déplacer, mais il faut remarquer que les échancrures de l'attelle sont voisines l'une de l'autre; leur distance est de 8 centimètres.

La direction des liens en sautoir se rapproche donc de la perpendiculaire. Leur obliquité tout au moins est faible. La traction qu'ils exercent se fait sous un angle de 30 degrés au maximum. Le déplacement, dans ces conditions, est moins à redouter que dans l'appareil de Laugier, par exemple, où les traverses de bois sont éloignées de 15 à 20 centimètres, et où les anneaux de caoutchouc se croisent sous un angle de 45 degrés.

D'un autre côté, les coussins sont retenus par les nœuds des deux liens. Dans leur partie terminale, qui émerge des échancrures, ces liens deviennent perpendiculaires à l'axe du membre. Une fois noués, ils exercent sur les coussins une pression directe et mettent obstacle à leur glissement. On peut d'ailleurs, pour plus de sûreté, soit au moyen d'épingles anglaises, soit au moyen de passants, attacher et solidariser les liens et les coussins.

TROUBLES DE LA VISION

ET MODIFICATION DU FOND DE L'ŒIL CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur BOURGUET (de Graissessac).

II

Bon nombre d'ouvriers sont affectés de lésions pulmonaires, nouvelle source de congestion et de gêne dans la circulation. Encombrement charbonneux, emphysème, sont choses courantes. Quelquefois enfin l'organe central lui-même, le cœur, laisse beaucoup à désirer.

La présence de gaz délétères, oxyde de carbone, acide carbonique, azote, grisou, sans compter le grand nombre d'autres gaz auxquels peut donner naissance la houille, agissent aussi et peuvent, pour une grande part, entrer en ligne de compte.

En ce qui concerne l'acide carbonique, le fait a été mis hors de doute par les expériences du professeur Paul Bert, qui a démontré que des muscles vivants, plongés dans une atmosphère d'acide carbonique, y perdaient rapidement et complètement leur contractilité. Que de même, chez des rats nouveau-nés plongés comparativement dans des atmosphères chargées : l'une, d'hydrogène; l'autre, d'azote; une troisième, d'acide carbonique, la contractilité musculaire était plus vite épuisée dans cette dernière atmosphère; et le professeur Peter auquel j'emprunte cette remarque (2) ajoute : l'acide carbonique agit ainsi non seulement comme un gaz irrespirable, mais comme un véritable poison.

J'ai dit ailleurs (3) que, si le grisou par lui-même n'entravait pas directement l'oxygénation du sang, il tenait dans les chantiers la place de l'air respirable. Aujourd'hui peut-

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1352.
(2) M. PETER. *Clinique médicale*, t. II, p. 421-422.
(3) *L'anémie chez les mineurs.*

être est-il possible d'aller plus loin et de dire, avec le docteur Manouvriez, que les gaz qui se dégagent de la houille entrent pour une bonne part dans l'intoxication des ouvriers.

Des observations nouvelles ont été faites, qui prouvent à n'en pas douter l'influence nocive des carbures d'hydrogène. Le professeur Potain a signalé (1) des accidents d'empoisonnement par l'essence de térébenthine ($C^{20} H^{10}$), et ce chercheur distingué faisait remarquer que la dénutrition, l'anémie observées, tenaient surtout au mode d'absorption par la voie pulmonaire, beaucoup plus active que la voie gastrique, surtout dans un milieu saturé qui supprime la voie d'élimination la plus active.

Il paraît rationnel de conclure de la dénutrition et de l'anémie générales, à la dénutrition et à l'anémie de l'organe de la vision, d'autant plus que les connexions intimes de cet organe avec le cerveau, sa sensibilité particulière, son activité, doivent le placer, pour être atteint, en première ligne.

C'est donc pour une grande part aux conditions de l'atmosphère ambiante qu'il faut attribuer les accidents oculaires des ouvriers mineurs. En conséquence, ce serait une erreur de croire que la lampe de sûreté *attaque* la vue, suivant l'expression qui a cours parmi nos ouvriers. C'est la mine qui est coupable. Tout se réduit en grande partie à une question d'aération.

Les observations multiples que j'ai recueillies sont absolument d'accord avec la théorie pour prouver que le milieu atmosphérique, dans lequel travaille l'ouvrier, est la cause prépondérante du mal. Une preuve qu'il est bon de consigner ici est la suivante : chez plusieurs des ouvriers examinés, j'ai remarqué que l'action de l'atropine sur la pupille était fort lente, ce qui démontre un affaiblissement de la contractilité du muscle radié de l'iris. Or, celui-ci reçoit son innervation du grand sympathique. Ne peut-on pas, avec quelque raison, appliquer la théorie du professeur Potain? Pour ma part, je n'y vois rien que de très séduisant, et ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est que les accidents ne sont très fréquents et très prononcés que dans les mines mal aérées. Une de celles qui m'ont fourni le plus grand nombre de cas, en 1879 et 1880, est rentrée plus tard dans les conditions ordinaires, et le fait a coïncidé, d'après les renseignements les plus exacts, avec une aération plus efficace, et la présence, par suite, d'une moins grande quantité de gaz toxiques.

C'est à cette impureté moins étendue de l'atmosphère, qu'on doit de pouvoir se passer de lampe de sûreté, dans certaines mines. Or, le travail, avec la lampe à feu nu, ne paraît exercer sur l'organe de la vision aucune action fâcheuse. Un ouvrier, par exemple, âgé de trente ans, qui travaille à la mine depuis quinze ans et que j'ai dans mon service suivi constamment depuis treize ans, s'est toujours servi de la lampe à feu nu, il n'a jamais eu de maladie proprement dite et ne s'est peut-être pas reposé un mois pendant ces quinze ans. Or, cet ouvrier, fatigué et souffrant depuis quelques jours, vient me trouver et déclare que sa vue n'a jamais souffert. Je constate qu'il lit les caractères de 1 millimètre à la distance normale, sans aucune hésitation.

Toutes les autres causes me paraissent secondaires et ne peuvent avoir qu'une action adjuvante sur le mauvais fonctionnement de l'appareil visuel. Il convient toutefois de ne pas les négliger et de tenir en compte celles examinées plus haut, qui ont leur valeur et peuvent, à un moment donné, justifier les résolutions à prendre au point de vue de l'avenir.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1879, nos 96-98.

Il est peut-être téméraire d'affirmer que l'action des gaz délétères est la cause principale du mal. Toutefois mes observations tendent à la faire admettre et je ne saurais trop appeler l'attention sur cette question qui me paraît très intéressante. Les auteurs, du reste, ont reconnu qu'il existait des troubles de la vue par intoxication dans certaines professions. Un des plus compétents, le docteur Galezowski, soupçonne cette origine chez les ouvriers qui travaillent le sulfure de carbone. Il dit avoir obtenu de bons résultats par les préparations phosphorées, et, en particulier, par le phosphure de zinc, préconisé par un savant clinicien, N. Guéneau de Mussy.

Le docteur Pechdo (de Villefranche), dans une communication au Congrès d'ophtalmologie de 1893, n'hésite pas à expliquer le nystagmus des mineurs par cette action délétère des gaz de la mine. C'est un précieux appui pour mon opinion déjà vieille et j'ai lu avec grand intérêt son travail qu'il a bien voulu me communiquer. Quoique ayant en vue plus spécialement l'appareil musculaire externe de l'œil, on conviendra facilement que ses déductions, qui paraissent bien légitimes, puissent s'appliquer aux autres muscles et tissus divers de l'organe.

Des analyses répétées seraient nécessaires pour établir le degré plus ou moins grand de l'intoxication gazeuse. Vouloir arriver à une exactitude complète serait une utopie, tant il est fréquent de voir les conditions changer dans les divers chantiers. Je doute qu'on entreprenne jamais cette étude d'une façon complète, d'autant plus qu'on peut arriver, par la comparaison de diverses mines, à un résultat satisfaisant.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la furonculose.

M. Albert Robin recommande d'instituer contre la furonculose le traitement suivant :

On fait prendre au malade de l'eau de goudron comme boisson, et on lui administre chaque jour trois cachets composés de la manière suivante :

Soufre sublimé . . . 10 centigrammes.
Camphre pulvérisé. . . 2 —

On fait un petit badigeonnage de teinture d'iode sur les points où l'on voit apparaître une rougeur et où un furoncle menace de se montrer ; on peut ainsi faire avorter ce furoncle.

Lorsque le furoncle est formé, il faut en évacuer le contenu aussi complètement que possible. Lorsque le bourbillon est sorti, on introduit dans la plaie, avec un pinceau, une pâte ainsi composée :

Soufre sublimé . . . . . 10 grammes.
Camphre pulvérisé. . . . 10 —
Glycérine : quantité suffisante

dont on enduit un petit linge qu'on applique ensuite sur le furoncle.

On fera quatre fois par jour, sur toute la surface de l'éruption, après avoir soigneusement lavé le furoncle à l'eau boriquée, une pulvérisation d'eau phéniquée au centième, après quoi on refera le pansement à la pâte soufrée.

Avec ce traitement, on évite très souvent la formation de nouveaux furoncles. (*Bull. gén. de thérap.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1896. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATION

De la genèse autochtone des maladies infectieuses. — M. KELSCH fait une longue communication sur ce sujet. Il rappelle que les théories de Pasteur ont ouvert une ère nouvelle à l'étiologie des maladies infectieuses. Depuis, on a voulu faire jouer à la contagion un rôle exclusif. Il existe, cependant, de nombreux faits dans lesquels on a vu la maladie se développer là où elle n'existait pas auparavant. M. Kelsch cite ici plusieurs exemples : c'est, par exemple, une épidémie de fièvre typhoïde apparaissant dans une colonne en marche, en plein désert, alors qu'il n'en existait aucun cas auparavant parmi les soldats. C'est la même observation pour le choléra. Pour ce dernier, la théorie de la contagion extrinsèque régnait en maîtresse jusque dans ces derniers temps. Or, des recherches bactériologiques récentes ont permis d'expliquer beaucoup de faits cliniques prouvant qu'il faut accorder une large part à la genèse du choléra en dehors de toute contagion. C'est aux élèves mêmes de Pasteur qu'est due cette conception de la genèse autochtone du choléra. Ils ont trouvé, en effet, dans les eaux, des vibrions ayant tous les caractères du bacille de Koch. Ces vibrions, non dangereux pendant longtemps, prennent tout à coup une virulence très grande et deviennent ainsi cause d'épidémie.

De même pour la diphtérie. C'est évidemment la contagion qui constitue toujours le mode de propagation principal. Mais il y a, là aussi, des cas dans lesquels on observe une vraie genèse autochtone de la diphtérie.

Ce serait donc aux atténuations de virulence avec reviviscence se produisant tout à coup que l'on devrait attribuer l'éclosion de bien des maladies infectieuses, paraissant se produire spontanément ou tout au moins se manifestant en dehors de toute contagion.

RAPPORTS

Double ophtalmoplégie héréditaire. — M. PANAS fait un rapport sur un travail de M. Gourfein (de Genève), dans lequel l'auteur rapporte les observations de six malades de la même famille, ayant présenté cette affection.

L'étiologie de l'ophtalmoplégie congénitale est encore très obscure. On a invoqué la syphilis, certaines maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse, etc. Aucune de ces causes ne peut être invoquée dans les observations de M. Gourfein. Aussi est-il porté à admettre que, dans l'ophtalmoplégie congénitale, il s'agit, non d'une lésion nucléaire ou sus-nucléaire, mais d'amyotrophie héréditaire familiale, qui ne diffère du type décrit par Leyden, Erb, Charcot, Marie, Landouzy et Déjerine, que par sa localisation dans les muscles extrinsèques du globe.

A l'appui de sa thèse il invoque : la coexistence du nystagmus, l'aplatissement des arcades sourcilières, l'amblyopie plus ou moins forte, et un certain degré d'excavation avec pâleur du disque optique. Sauf complications, rien de pareil n'existe dans l'ophtalmoplégie acquise, outre qu'il s'y ajoute parfois de la micropsie et la fausse projection des images, comme pour témoigner de l'origine nucléaire de cette dernière forme de paralysie.

Seule l'anatomie pathologique pourra confirmer un jour la pathogénie musculaire admise par M. Gourfein.

Nouveau cas de pied de Madura. — M. BLANCHARD lit un rapport sur un travail de M. Legrain (de Bougie) relatif à un nouveau cas de pied de Madura, observé en Algérie. Il s'agit d'un kabyle de quatorze ans, habitué à marcher pieds nus. L'affection débuta par un gonflement progressif du pied gauche, sans lésion cutanée apparente. Plusieurs années après, des tubercules se montrèrent sur toute la surface du pied malade et l'hypertrophie devint bientôt uniforme et complète.

Ces tubercules ont des aspects divers : les uns sont durs, indolores, et recouverts d'un épiderme normal, les autres sont mous, fluctuants, rouge sombre, douloureux au toucher. Il en sort une sérosité brunâtre contenant quelques grains d'un blanc nacré, du volume, en général, d'une tête d'épingle. Quand on les laisse évoluer normalement, ces tumeurs finissent par être bulleuses et crèvent : leur contenu s'échappe ; il reste un petit cratère à fond rosé.

Les grains blancs sont de nature mycosique. Ils se composent de filaments mycéliens qui se développent bien sur gélose maltosée, peptonisée. Ce mycélium, du genre *discomyces*, peut présenter diverses variétés. La maladie peut siéger ailleurs qu'au pied, à la main par exemple ; il est vraisemblable que le microphyte peut entrer dans la circulation, car le même malade, sans présenter de plaie nouvelle, a eu une autre localisation de la maladie sur la jambe droite. La thérapeutique s'est montrée jusqu'à présent impuissante à l'égard de cette affection.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École du Val-de-Grâce. — Le concours d'agrégation de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Sieur et Loison.

— La séance solennelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 15 décembre 1896.

— Par décret, en date du 29 novembre 1896, M. le docteur Palmade, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Les concours de l'internat et de l'externat de l'Hôtel-Dieu de Reims se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Herbert, Al. Henrot et E. Limasset.

Externes : MM. Bonnet, Gérard, Cérac, Drouart, Loriot, Fortin, H. Limasset.

— *École de médecine de Caen.* — M. le docteur Osmont est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale de la Charité, le vendredi 4 décembre 1896, à neuf heures du matin, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à cinq heures un quart, exercices cliniques sous la direction du docteur Souligoux, chef de clinique. — Lundi et jeudi, à quatre heures, démonstrations d'anatomie pathologique, par M. le docteur Pilliet.

— M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours d'anatomie topographique, le jeudi 3 décembre 1896, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 140. — SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1896. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le professeur JOFFROY.

Les bouilleurs de cru et l'alcoolisme.

(Leçon recueillie par R. SERVEAUX, chef de laboratoire à Sainte-Anne.)

I

Le projet de loi sur la réforme des boissons, qui se discute actuellement devant le Sénat, intéresse trop les médecins et, en particulier, les aliénistes, pour que j'aie à justifier le sujet que j'ai choisi cette année pour ma première leçon.

Il y a deux ans, dans les mêmes circonstances, en vous exposant la question de l'*alcool et de l'alcoolisme* (*Gazette des hôpitaux*, 26 février 1895), je vous faisais l'énumération des désordres nombreux que l'intoxication chronique par l'alcool produit dans l'organisme. Permettez-moi de vous la rappeler. Ces lésions se trouvent dans toute l'étendue du tube digestif et dans ses annexes : dans l'œsophage, l'estomac, le duodénum, l'intestin, dans le péritoine et le foie; dans toute l'étendue de l'appareil respiratoire, dans le larynx, la trachée, les bronches, les poumons qui finissent souvent par être le siège d'un processus tuberculeux ; dans l'appareil circulatoire atteignant le péricarde, le cœur, les artères, les veines ; dans les organes génito-urinaires où elles ont comme conséquence la dégénérescence de la descendance, et enfin dans tout le système nerveux, cérébral, spinal et périphérique. De sorte qu'on peut regarder l'alcoolisme chronique comme engendrant un grand nombre d'états morbides et comme étant une des causes les plus fréquentes, et j'ajoute les plus incessantes, de l'entrée des malades dans les hôpitaux d'adultes et dans les asiles d'aliénés. Ce sont là des faits aujourd'hui bien connus et qui ont été exposés avec talent par nos collègues, soit à la Chambre des députés, soit au Sénat, aussi n'y insisterai-je pas davantage aujourd'hui.

On connaît également le parallélisme qui existe entre la consommation de l'alcool et la criminalité, et quand on examine ce tableau des méfaits de l'alcool, tout le monde est d'accord qu'il faut y porter remède. Malheureusement, l'accord ne va pas plus loin. Il n'y a pas lieu, du reste, de s'étonner d'une telle divergence que l'on retrouve aussi bien parmi les médecins que parmi les législateurs, car la question de l'alcoolisme est l'une des plus complexes ; bien des points sont encore dans l'ombre, bien des erreurs sont regardées comme des vérités incontestables, de sorte que, suivant ses croyances, suivant ses tendances d'esprit, chacun indique une solution différente. Aussi devons-nous nous appliquer, par une étude méthodique de l'alcool et de ses effets, à élucider les points ignorés, à rectifier les erreurs, à mettre au jour la vérité d'où on pourra déduire avec sûreté les meilleurs moyens à opposer au mal. C'est pour ces motifs que je me suis décidé à reprendre devant vous la question de l'alcool, en limitant presque la question aux bouilleurs de cru (1).

II

En réalité, le bouilleur de cru ne paraît, tout d'abord, jouer qu'un rôle épisodique dans la grande question de l'alcoolisme, mais comme c'est lui qui a servi en quelque sorte d'axe à la discussion du Parlement, il m'a paru utile de reprendre son histoire et de la mettre au point. Du reste je m'en étais déjà occupé en 1894, et j'avais cherché à montrer que son rôle devenait chaque jour plus important, tant au point de vue de la production qu'au point de vue du dommage causé à la santé publique et aux finances du pays.

Et, tout d'abord, qu'est-ce qu'un bouilleur de cru? On désigne sous ce nom des agriculteurs, petits ou grands, qui, depuis 1791, jouissent du privilège de pouvoir transformer en eau-de-vie leur propre récolte de fruits. Et, depuis un siècle, ce privilège a toujours été respecté, sauf à deux reprises, de 1804 à 1808, et de 1872 à 1875.

Je viens d'employer le mot de privilège, c'est une expression qui a le don d'exaspérer les défenseurs des bouilleurs de cru, qui trouvent tout naturel le droit du propriétaire de transformer des fruits en alcool, puisque ces fruits sont sa propriété.

Je ne m'attarderai pas à discuter longuement une question de droit, je n'invoquerai pas le droit romain qui n'a rien à voir dans une question de santé publique, mais je me demande si le grand industriel ne distille pas aussi ses bet-

(1) Cette question des *bouilleurs de cru* a été, de la part de mon savant ami le docteur Laborde, le sujet de plusieurs articles fort instructifs parus récemment dans la *Tribune médicale*.

teraves et surtout je me demande si des fruits, des betteraves, ou des grains que j'aurais achetés ne seraient pas tout autant ma propriété que des fruits, des betteraves, des grains que j'aurais cultivés, et, dès lors, je ne comprends pas pourquoi je n'aurais pas également le droit de les distiller à loisir.

C'est donc bien d'un privilège qu'il s'agit et la question est de savoir s'il y a lieu de le conserver.

III

A côté de la question de droit qui, comme vous le voyez, est pour le moins fort discutable, on invoque la nécessité d'apporter un encouragement à l'agriculture, comme si le bouilleur de cru était plus utile à l'agriculture que le grand distillateur qui paie à l'État des impôts considérables. Quoiqu'il ne s'agisse pas là d'une question médicale, je considère le privilège des bouilleurs de cru comme si intimement lié au développement de l'alcoolisme et, par conséquent, la suppression de ce privilège comme si nécessaire, que vous me permettrez de faire une incursion dans les sciences agronomiques et de vous indiquer en quelques mots que la prospérité de l'agriculture ne se trouverait nullement atteinte par la loi qui ferait rentrer les bouilleurs de cru sous le régime commun.

Si la prospérité de l'agriculture se rattachait aussi directement à l'existence du privilège des bouilleurs de cru que le répètent ses défenseurs, on l'aurait vue se développer à mesure que le nombre des bouilleurs de cru augmentait, tandis que le chiffre de ces derniers a pu s'élever dans ces dernières années à près d'un million sans que pour cela la situation de l'industrie agricole se soit notablement améliorée. C'est, en effet, que le bouilleur de cru ne rend pas service à l'agriculture. S'il s'agit du petit bouilleur de cru, il fait de l'eau-de-vie avec des marcs, avec des fruits, avec des substances de peu de valeur, mais une fois la distillation faite, que reste-t-il d'utilisable pour l'agriculture? Absolument rien; les marcs qui ont servi à la distillation ne sont même plus un engrais.

Le profit de la distillation réside donc uniquement dans la production d'une certaine quantité d'alcool qui servira à la consommation familiale, parfois aussi à un commerce trop souvent frauduleux. Dans le premier cas, c'est le total de l'alcool consommé en France qui est augmenté; dans le second, c'est le trésor qui est frustré et, comme nous le verrons par la suite, le premier résultat est encore plus nuisible que le second.

S'il s'agit du grand bouilleur de cru, qui transforme en alcool du vin ou du cidre, l'opération de la distillation ne donne lieu également qu'à la production de l'alcool sans laisser non plus aucun déchet utilisable.

Voyons maintenant si les choses se passent de même avec la grande distillation, la distillation industrielle, celle qui est pour l'État, c'est-à-dire pour le pays, une source de revenus considérables.

Tout d'abord, je ferai remarquer que, si les substances employées par les bouilleurs de cru, le vin, le cidre, les marcs, les fruits, sont des produits agricoles, il en est de même des betteraves, des topinambours, des grains, des mélasses, c'est-à-dire des substances employées par la grande distillation et qu'à la condition de se défendre contre l'envahissement de ces matières premières venant de l'étranger, c'est favoriser la grande culture que de favoriser la grande distillation, dont on pourra, du reste, limiter la production par une élévation suffisante des droits sur l'alcool.

Mais ce n'est pas tout, tandis que les substances traitées par le bouilleur de cru ne laissent après la distillation aucun produit utilisable, au contraire, lorsque la grande industrie a retiré l'alcool des grains, des racines ou des tubercules, on a des résidus de distillation désignés sous le nom de drêches ou de pulpes qui sont très riches en gluten et constituent un aliment précieux pour le bétail : les bœufs, les vaches, les porcs, etc. Pour donner une idée de l'importance qu'a l'utilisation des drêches et des pulpes, je vous donnerai quelques renseignements précis sur leur valeur nutritive.

Pour fabriquer un hectolitre d'alcool à 100 degrés, il faut :

2000 kilogrammes de betteraves
ou 1428 kilogrammes de topinambours,
ou 1200 kilogrammes de pommes de terre,
ou 400 kilogrammes de seigle ou d'orge,
ou 333 kilogrammes de maïs.

Or, avec les pulpes provenant de la distillation des 2000 kilogrammes de betteraves, on peut nourrir une bête à cornes pendant treize jours; pendant douze jours et demi avec les résidus de topinambours, pendant dix-huit jours avec les pulpes de pommes de terre, pendant dix-neuf jours et demi avec les résidus de la distillation du maïs et pendant vingt-trois jours et demi avec les drêches du seigle ou de l'orge dont on a retiré un hectolitre d'alcool.

Pour mieux vous faire saisir encore tout le profit que l'industrie de l'élevage peut retirer de ces résidus, j'ajouterai que le résidu provenant de la récolte distillée d'un hectare est capable d'alimenter pendant un jour :

118 bêtes à corne s'il s'agit de seigle ou d'orge;
175 à 180 s'il s'agit de topinambours ou de pommes de terre;
Et 260 s'il s'agit de betteraves.

Je crois qu'il n'est pas nécessaire d'insister sur l'éloquence de ces chiffres : ils montrent que les arguments qu'on nous oppose, lorsque nous demandons la suppression des bouilleurs de cru, n'ont pas plus de valeur quand on invoque l'intérêt de l'industrie agricole, que quand on invoque la question de droit.

IV

Ceci dit, recherchons quelle est l'importance des bouilleurs de cru au point de vue du nombre et au point de vue de la production.

Il est inutile de rappeler que si la question des bouilleurs de cru a pris une importance aussi grande, c'est que leur nombre s'est augmenté à mesure qne s'élevait et le chiffre de l'impôt sur l'alcool et le chiffre moyen de la consommation individuelle. C'est ainsi, par exemple, qu'en 1830, alors que l'impôt était seulement de 37 fr. 40 et que la consommation moyenne d'alcool par tête était de 1 litre et demi, le nombre des bouilleurs de cru était assez restreint, et il est resté tel jusqu'à il y a une trentaine d'années; mais depuis cette époque, ce nombre a été sans cesse en augmentant et, à l'heure actuelle, il est d'environ 900000. Et dans une seule année, le nombre de ceux qui ont distillé s'est élevé à plus de 500000, peut-être à 600000.

C'est que le droit sur l'alcool est passé de 37 à 156 francs, et que la consommation moyenne individuelle s'est élevée de 1 litre et demi à 4 lit. 56 par habitant, et par conséquent que, l'alcool représentant une valeur plus grande, il y avait un profit plus grand à en retirer, soit qu'il fût destiné à la consommation familiale, soit qu'il fût destiné à une vente régulière ou frauduleuse.

Quant à la quantité de l'alcool produit par les bouilleurs, elle est difficile à évaluer. Pour 1895, elle serait seulement de 129000 hectolitres si l'on en croit la statistique, mais ce chiffre est certainement erroné, comme l'a démontré surabondamment M. Cochery au Sénat, et il est impossible de ne pas être frappé des arguments qu'il a donnés. Il montre que le rendement de l'impôt sur l'alcool diminue précisément dans les pays à bouilleurs de cru, pendant les années d'abondance. Cette diminution est de 20 p. 100 dans les pays à bouilleurs de cidre, de 12 p. 100 dans les pays à bouilleurs de marc, elle n'est que de 4 à 5 p. 100 dans les pays à bouilleurs de vin, et seulement de 1 p. 100 dans les pays où il n'existe pas de bouilleurs de cru. Cela tient évidemment non pas à ce que l'on boit du vin, du cidre et moins d'eau-de-vie (car il est de toute notoriété que, dans ces années, on boit plus de vin, plus de cidre et aussi plus d'eau-de-vie), mais bien à la facilité avec laquelle le bouilleur de cru vend son alcool en dehors de toute intervention de la régie et, par conséquent, si, dans ces années d'abondance, la fraude prend une telle extension qu'elle devient évidente et indéniable, il est certain qu'elle existe en tous temps et que les chiffres de production, dont nous parlent les statistiques, sont inférieurs à la vérité. Ce n'est donc pas 129000 hectolitres que produisent les bouilleurs de cru, c'est un chiffre plus élevé et qu'il est impossible de fixer même approximativement.

En résumé, nous venons de voir que le bouilleur de cru avait un privilège et non un droit; nous venons de voir que le bouilleur de cru ne rendait pas d'autre service à l'agriculture que de transformer quelques substances en alcool, tandis que la grande distillation industrielle avait, en dehors de la production de l'alcool, une grande utilité au point de vue de l'élevage; nous venons de voir que le nombre des bouilleurs de cru s'accroissait énormément à mesure que s'élevaient le prix de l'alcool et sa consommation moyenne par habitant, nous venons de voir également que la fraude imputable au bouilleur de cru était évidente et portait un préjudice important au fisc, puisque, dans certaines années d'abondance, le rendement de l'impôt sur l'alcool avait, dans quelques départements, diminué de 20 p. 100, il ne nous reste plus qu'à tirer la conclusion, à savoir : que, ni au point de vue du droit, ni au point de vue fiscal, ni au point de vue agricole — et nous ajouterons ni au point de vue moral — on ne peut justifier ni le privilège qui est accordé aux bouilleurs de cru, ni l'allocation annuelle à titre de consommation familiale de 20 litres d'alcool à 100 degrés, c'est-à-dire de plus de 40 litres d'eau-de-vie par famille et par année.

V

Nous allons voir qu'en abordant l'étude de la question par un autre côté, nous arriverons encore aux mêmes conclusions.

Au début de cette leçon, nous avons insisté sur les progrès de l'alcoolisme, nous avons vu les désordres multiples qu'il produit chez l'individu, nous avons rappelé les ravages de plus en plus profonds qu'il produit dans la société; or à quoi est dû l'alcoolisme et quels sont les moyens propres à le combattre?

Il semblerait que ce soit là une question tout à fait banale et qu'il soit fort simple d'y répondre; on va voir que cela n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de prime abord. Il est bien évident que l'alcoolisme, c'est l'intoxication par l'alcool. Mais lorsqu'il s'agit d'une intoxication, il y a à considérer dans le poison la quantité et la qualité, c'est-à-dire le pouvoir toxique; or, l'alcool que l'on consomme varie dans sa composition suivant son origine, suivant les procédés de distillation, ou encore suivant le moment de la distillation où il est recueilli. Et selon la quantité plus ou moins grande d'impuretés qu'il renferme, on distingue les alcools, en alcools bon goût et en alcools mauvais goût. C'est ainsi, par exemple, que dans une opération de distillation d'une durée de quarante-huit heures, nous avons relevé les chiffres suivants : l'écoulement des alcools mauvais goût de tête a duré quatre heures, puis celui des alcools de goût moyen quatre heures également, ensuite l'alcool bon goût s'est écoulé pendant six heures un quart, et enfin on a recueilli l'alcool extra-fin, l'alcool de cœur, qui est de l'alcool éthylique presque chimiquement pur, pendant vingt-trois heures, puis sont revenus l'alcool bon goût pendant deux heures, l'alcool goût moyen pendant quatre heures et enfin les alcools de mauvais goût, ou alcools de queue, pendant quatre heures trois quarts.

On a incriminé les alcools de goût moyen et surtout les alcools mauvais goût et on leur a attribué une toxicité considérable; on a voulu aussi faire à ce point de vue une distinction entre les alcools dits naturels et les alcools dits industriels : en d'autres termes, on a voulu voir des alcools moins toxiques dans ceux qui provenaient de la distillation des vins, des cidres, des fruits, des marcs, et, au contraire, des alcools plus toxiques dans ceux qui provenaient des betteraves, des topinambours, des pommes de terre, des grains et surtout des mélasses, et dès lors se posait la question de savoir si ce ne sont pas les impuretés de l'alcool qui sont la cause principale de l'alcoolisme.

Avant 1850, l'alcoolisme n'existait pas et on le signalait d'autant moins qu'il n'était pas encore décrit. Depuis cette époque, il s'est développé de plus en plus et aujourd'hui le chiffre des alcooliques avérés ou latents a pris des proportions considérables et continue à s'élever à mesure qu'augmente la consommation de l'alcool, de telle sorte qu'il semble tout naturel de dire : si l'alcoolisme s'est developpé, c'est qu'on consomme une plus grande quantité d'alcool.

Cette thèse si simple est celle que j'ai déjà soutenue devant vous dans une leçon que j'ai faite ici le 10 juin dernier (*Gazette hebdomadaire*, 22 novembre 1896, n° 94, p. 1117); c'est la thèse qu'a soutenue récemment, à l'Académie, M. Riche, en se basant d'ailleurs sur d'autres arguments que ceux que j'avais fait valoir; c'est également la thèse que mon collègue, M. Cornil, a soutenue au Sénat. Eh bien! cette thèse n'est pas adoptée par tout le monde et l'on peut dire que, dans les discussions qui ont eu lieu à la Chambre, au Sénat et à l'Académie de médecine, on a toujours eu la plus grande tendance à incriminer par-dessus tout la grande puissance de toxicité des impuretés de l'alcool et que, hypnotisés par cette question des impuretés de l'alcool, on semble oublier, dans la loi que l'on prépare, que la quantité d'alcool consommé s'est élevée en trente ans de 1 litre et

demi à 4 litres et demi par tête d'habitant, et que, dans certains pays, comme Caen, le Havre, Rouen, Cherbourg, cette consommation moyenne individuelle atteint 16, 17 et jusqu'à près de 19 litres d'alcool à 100 degrés et qu'il est impossible de ne pas accorder à cette augmentation de la quantité d'alcool consommé un rôle considérable, le rôle principal, dans la production de l'alcoolisme.

Mais nous croyons qu'il faut aller plus loin et démontrer que les impuretés de l'alcool ne jouent ici qu'un rôle d'une importance secondaire et n'augmentent, en général, que fort peu la puissance toxique de l'alcool, conformément aux idées que j'ai déjà énoncées et conformément aux idées émises par M. Riche à l'Académie.

J'attache à cette démonstration une grande importance, car s'il était vrai que, ce qui produit l'alcoolisme, c'est non seulement l'augmentation de consommation, mais surtout la mauvaise qualité de l'alcool consommé, il y aurait la plus grande utilité, comme je le croyais autrefois, à établir le monopole de la rectification. Mais si, comme j'ai déjà tenté de vous le démontrer, et comme le pense M. Riche, les impuretés qui se trouvent dans l'alcool ne jouent pas un rôle aussi nocif qu'on se plaît à le répéter, la rectification de l'alcool perd beaucoup de son importance, le monopole de rectification n'a plus sa raison d'être et, puisque c'est non pas la qualité, mais bien la quantité de l'alcool qui est la cause de l'alcoolisme, pour lutter contre l'alcoolisme il faut non pas rectifier l'alcool, mais en restreindre la consommation.

VI

Que vous disais-je dans cette leçon à laquelle je viens de faire allusion?

Je vous rappelais que le coefficient de toxicité de l'alcool éthylique a été fixé par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé à 7,75. J'ai pu vérifier, avec le concours de mon chef de laboratoire, M. Serveaux, ce résultat, par une méthode différente de celle employée par les auteurs précédents, et j'ai trouvé le chiffre de 7,70. Cela veut dire que, pour tuer un animal d'un certain nombre de kilogs, il faut qu'il pénètre dans son sang, presque simultanément, autant de fois 7c³70 d'alcool éthylique que l'animal pèse de kilogrammes. Il nous est donc facile de calculer le nombre de kilogrammes d'animal que pourrait tuer *un litre d'eau-de-vie à 50 degrés*, fabriqué exclusivement avec cet alcool éthylique pur : c'est 64k930.

Maintenant, au lieu de prendre un litre d'eau-de-vie ne renfermant que de l'alcool éthylique pur, si nous prenons un litre de cognac ou de rhum de la Martinique à 50 degrés, nous allons voir que la présence des éthers, des aldéhydes, des alcools supérieurs et du furfurol, qui est particulièrement abondant dans ces espèces d'eau-de-vie, n'augmente pas sensiblement le pouvoir toxique de ces liqueurs, parce qu'en réalité ces impuretés ne comptent là que pour un chiffre très faible.

Supposant que la toxicité d'une liqueur alcoolique est égale à la somme des toxicités des différents produits qu'il contient, on peut aisément calculer le nombre de kilogrammes d'animal que tuerait un litre de rhum de la Martinique.

Pour faire ce calcul nous admettrons comme équivalents toxiques : 4 pour les éthers, 1,50 pour les alcools supérieurs et 1 pour les aldéhydes (d'après MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé), 7,70 pour l'alcool éthylique pur et 0,14 pour le furfurol, nombres que nous avons fixés avec M. Serveaux.

Nous trouvons ainsi qu'un litre de rhum de la Martinique supposé à 50 degrés contient :

500c³	d'alcool éthylique capables de tuer.	64k930	d'animal.
0g763	d'éthers capables de tuer.	0k191	—
0g387	d'alcools supérieurs capables de tuer.	0k258	—
0g153	d'aldéhydes capables de tuer. . .	0k153	—
0g034	de furfurol capables de tuer . . .	0k243	—
		65k775	

On arrive ainsi à trouver que ce litre de rhum, malgré la présence des éthers, des alcools supérieurs, des aldéhydes et du furfurol, n'est capable de tuer que 65k775, chiffre à peine plus élevé que celui qui représente le nombre de kilogrammes que peut tuer un litre d'eau-de-vie faite avec de l'alcool éthylique pur.

Et d'après ces calculs, l'équivalent toxique de ce rhum serait fixé à 7g60.

J'ajouterai que nous avons pu vérifier par l'expérimentation sur les chiens et les lapins la presque exactitude des conclusions auxquelles nous arrivions par le calcul pour le rhum de la Martinique et le cognac, dont nous avons pu injecter 7 centimètres cubes par kilogramme, et même un peu plus, avec survie des animaux.

VII

Mais le rhum dont nous venons d'étudier la toxicité était supposé de bonne qualité, nous avons admis qu'il s'agissait d'un alcool bon goût, de sorte que ce calcul ne prouve rien pour ce qui est des alcools mauvais goût, et c'est là ce qu'il nous importe le plus de savoir, et ce que nous allons maintenant rechercher.

Mohler a étudié la composition chimique d'un alcool de *mauvais goût de tête*, obtenu par distillation d'un flegme de mélasses. Il est arrivé au résultat suivant :

Alcool éthylique à 100 degrés	1000c³
Éthers	2g675
Aldéhydes.	4g632
Alcools supérieurs.	0
Furfurol	0

plus des quantités très minimes, soit d'acides, soit de produits azotés, qui contribuent également un peu pour leur part à augmenter la toxicité du produit.

En faisant pour ce litre d'alcool mauvais goût de tête, ramené à 50 degrés, un calcul semblable à celui que nous avons fait pour le litre de rhum, nous trouvons qu'il contient :

500c³	d'alcool éthylique capables de tuer.	64k930
1g338	d'éthers capables de tuer.	0k335
2g316	d'aldéhydes capables de tuer . . .	2k316
		67k581

Un litre de cet alcool de tête à 50 degrés serait donc capable de tuer 67k581 d'animal, autrement dit il aurait pour équivalent toxique 7g39.

Il est évident que ce degré de toxicité est inexact, puisque nous n'avons pas tenu compte de la petite quantité d'acides et de produits azotés contenus dans ce litre d'alcool, mais

il ne peut s'agir, dans l'espèce, que d'une différence très minime et qui est incapable de modifier notre conclusion, à savoir : que la puissance toxique de cet alcool mauvais goût de tête n'est que de bien peu supérieure à celle de l'alcool éthylique pur, puisqu'on peut dire, en chiffres ronds, qu'un litre d'alcool mauvais goût de tête, provenant de la distillation de la mélasse ne tuerait que 68 ou 69 kilogrammes; la différence est presque insignifiante.

Lorsque, pour la première fois, j'ai étudié devant vous la toxicité de différentes eaux-de-vie de table par la méthode de calcul que nous venons d'appliquer au rhum et à l'alcool mauvais goût, j'ai fait quelques réserves sur l'exactitude absolue de mes conclusions; car en effet, rien ne prouve que pour avoir le degré de toxicité d'un mélange, il suffit de faire la somme des toxicités de chacune des substances qui le composent. Aussi, ai-je pensé m'adresser à un autre mode d'investigation, à l'expérimentation sur les animaux, afin d'avoir cette fois des résultats indiscutables.

Voici comment j'ai procédé :

Pensant qu'il serait utile d'être renseigné d'une façon précise sur le degré de la toxicité de l'alcool aux differents moments d'une opération de distillation, j'ai fait prélever à différentes heures, pendant une opération de distillation qui a duré quarante-huit heures, depuis le moment où l'alcool commençait à s'écouler jusqu'à la fin de l'opération, j'ai fait prélever, dis-je, des échantillons de façon à pouvoir fixer la toxicité des alcools de tête, à la première, à la deuxième, à la troisième heure, etc., et ainsi de suite, de manière à arriver progressivement au goût moyen, au bon goût, à l'alcool de cœur, et redescendre ensuite la série en sens inverse, pour terminer par les alcools de queue aux dernières heures de distillation.

Les échantillons, au nombre de quarante-cinq, qui m'ont été fort obligeamment fournis par M. Boniface, auquel je suis heureux d'adresser tous mes remerciements, proviennent d'une opération de distillation de topinambours. J'ai déjà pu vérifier que, dans cette série, l'alcool de cœur, correspondant à la vingt-septième heure et à l'échantillon n° 22, avait bien le coefficient de toxicité de l'alcool éthylique, et que même la plupart des chiens auxquels j'en ai injecté $7^{g}70$ par kilogramme ont survécu.

Voulant alors déterminer le chiffre de la toxicité des alcools mauvais goût, j'ai pris l'échantillon n° 3, recueilli une demi-heure après le début du coulage et présentant un goût très désagréable et une odeur très forte de mauvais rhum.

Cet alcool mauvais goût de tête, que j'ai expérimenté, a passé, ainsi que je viens de le dire, une demi-heure après le début du coulage, alors que le degré alcoolique était déjà de 93 degrés, et que la température était descendue à 79 degrés. Tout à fait au début du coulage, la température s'est élevée à 80 degrés et on a recueilli un liquide à odeur extrêmement désagréable et très forte, d'aspect huileux. Ce liquide ne titre que 50 degrés à l'éprouvette et si on lui ajoute de l'eau, afin de diminuer le titre alcoolique, on obtient une *émulsion*. On ne peut, par conséquent, pas l'injecter dans les vaisseaux des animaux, et les injections intra-musculaires seules sont possibles. Actuellement, je ne m'occuperai pas de ce liquide avec lequel on ne pourrait pas faire des eaux-de-vie de table, et je fais des réserves sur la toxicité de ce produit auquel on ne saurait légitimement appliquer les conclusions que je pourrai tirer de l'étude de l'alcool mauvais goût n° 3, qui, lui, est un alcool également de mauvais goût, mais incolore et miscible à l'eau en toutes proportions.

J'ai donc injecté, dans les muscles de la cuisse d'un chien, 6 centimètres cubes par kilogramme de cet alcool n° 3; le chien ayant très bien et très rapidement guéri, j'en ai alors injecté dans les muscles de la cuisse, à raison de 7 centimètres cubes par kilogramme, à un chien pesant $6^{k}900$. L'animal présente rapidement les signes d'une ivresse manifeste, il y a de l'agitation, la marche devient chancelante, et en moins de quarante minutes il est plongé dans le coma le plus profond. La température centrale, qui était au début de $39°1$, s'abaisse progressivement jusqu'à 36 degrés. Le lendemain matin, vingt et une heures après l'injection d'alcool, le chien est complètement revenu à lui. La température est de 39 degrés, et il s'est mis immédiatement à boire le lait qu'on lui a présenté. Voilà donc une première expérience qui nous montre que le coefficient de toxicité de cet alcool est d'un peu plus de 7, et par conséquent ne s'éloigne pas beaucoup du coefficient de toxicité de l'alcool éthylique.

Nous avons répété la même expérience sur un autre chien du poids de $11^{kg}865$, en injectant 7 centimètres cubes par kilogramme d'animal de ce même alcool de tête. Mais cette fois, au lieu de mettre l'alcool dans l'épaisseur des muscles, nous l'injectons directement dans les veines, après l'avoir ramené à 18 degrés.

L'injection qui correspond à 462 centimètres cubes de liquide est faite lentement et dure une demi-heure. Au bout de 20 minutes, le chien est dans le coma. Une heure et demie après le début de l'injection, sa température centrale est tombée de $39°7$ à 37 degrés. Elle s'abaissa jusqu'à $36°9$, pour ensuite se relever progressivement.

Neuf heures après l'injection, le coma est moins profond; quand on pince violemment la queue de l'animal, il relève la tête et fait entendre une plainte. Le lendemain matin, quand on entre dans le laboratoire, on trouve le chien debout et il se précipite dans la cour.

Voilà donc encore une expérience qui nous montre que la survie est possible avec la présence dans le sang de 7 centimètres cubes d'alcool mauvais goût de tête par kilogramme d'animal (réserves faites, je le répète, pour les toutes premières portions qui passent à la distillation).

Il y avait lieu de se demander si ce faible pouvoir toxique que nous trouvions à ces alcools mauvais goût n'était pas limité aux alcools de tête. On pouvait supposer, en effet, que ces produits qui passent au début de l'opération, étant plus volatils, étaient éliminés plus facilement par l'animal et que leur élimination pouvait se faire partiellement, au moins par la respiration, tandis que le phénomène inverse se produirait pour les alcools de queue et que l'élimination se ferait plus difficilement pour ces derniers.

VIII

Abordons donc la question des alcools mauvais goût de queue, comme pour les alcools mauvais goût de tête, d'abord par le calcul; nous verrons ensuite les résultats de l'expérimentation.

D'après Mohler, la composition chimique de 1 litre d'alcool mauvais goût de queue à 50 degrés, provenant de la distillation d'un flegme de mélasse, est la suivante :

Alcool éthylique .	500^{c3}	qui tueraient	64^{kg}930
Ethers.	0^{c3}352	—	0^{kg}088
Aldéhydes	0^{c3}04	—	0^{kg}040
Alcools supérieurs	45^{gr}	—	30^{kg}
Furfurol.	0^{c3}033	—	0^{kg}235
			95^{kg}293

On arriverait ainsi au total élevé de 95^{kg}293, ce qui donnerait pour la valeur de l'équivalent toxique 5,24, mais il faut remarquer que ce chiffre est exagéré parce que nous avons fait le calcul en supposant que le coefficient de toxicité des alcools supérieurs était celui de l'alcool amylique, soit 1,50; mais ces alcools supérieurs renferment outre l'alcool amylique des substances moins toxiques, comme, par exemple, l'alcool butylique dont le coefficient de toxicité est de 2 (d'après MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé), ou encore de l'alcool propylique, dont le coefficient de toxicité est presque de 4, de sorte, qu'en réalité, nous avons probablement plus que doublé le degré de toxicité des alcools supérieurs.

Quoi qu'il en soit, ces calculs nous montrent que les alcools mauvais goût de queue sont plus toxiques que l'alcool éthylique.

Voyons maintenant quels sont les résultats auxquels va nous conduire l'expérimentation.

Nous avons fait nos expériences avec l'échantillon n° 42, recueilli une demi-heure avant la fin de l'opération de la distillation. Cet alcool de queue n° 42, passant une demiheure avant la fin de l'opération, est un liquide alcoolique qui titre encore 86 degrés à l'éprouvette et qui passe à la température déjà assez haute de 88 degrés.

Les derniers liquides qui passent à la distillation à la température de 100 degrés n'ont plus qu'un degré alcoolique de 43, et de plus forment une véritable émulsion qui ne tarde pas, par le repos, à se séparer en deux couches, une couche inférieure transparente et une couche supérieure huileuse de couleur jaune brun. C'est l'insolubllité de ces derniers produits qui nous a fait choisir le liquide alcoolique passant un peu avant la fin de l'opération. Pour ce qui est des portions tout à fait terminales, nous faisons les plus grandes réserves au sujet de leur équivalent toxique, et nous sommes persuadé que leur toxicité est très grande, plus grande même, selon toute probabilité, que celle des alcools de tête.

Nous avons donc injecté cet échantillon n° 42, d'alcool mauvais goût de queue ramené à 20 degrés, dans les muscles de la cuisse de deux chiens; au premier, à raison de 6^{c3}50 par kilogramme; au second, à raison de 6^{c3}70 par kilogramme. Les premiers symptômes observés ont été les mêmes que dans les observations précédentes, mais la température s'est abaissée jusqu'à 35 degrés dans les deux cas, et les phénomènes de l'ivresse, au lieu d'avoir duré un peu moins de vingt-quatre heures, ont duré quarante heures environ.

A un troisième chien du poids de 11^{kg}593, nous avons injecté, dans une veine du pli de l'aine, 7 centimètres cubes par kilogramme de ce même alcool mauvais goût de queue.

L'injection a été faite très lentement, la température qui était de 38°5 au début, est descendue jusqu'à 36. Elle a commencé à se relever dès le soir même, et le lendemain matin, en entrant dans le laboratoire, on trouve le chien dressé sur ses pattes et rongeant un os. De sorte que les prévisions qui résultaient de nos calculs se trouvent confirmées par l'expérimentation, du moins pour ce qui est de l'alcool de topinambour, car nous ne voulons pas tirer de nos expériences des conclusions anticipées et nous faisons bien remarquer que ces expériences ont été faites seulement avec de l'alcool de topinambour, et qu'elles ne s'appliquent pas aux liquides qui passent tout à fait au début du coulage dans les premières minutes, ni tout à fait à la fin dans les dernières.

Ajoutons que si la substance que l'on distille importe assez peu quand il s'agit de l'alcool de cœur, il n'en est plus de même, du moins *à priori*, lorsqu'il s'agit de l'alcool de tête ou de l'alcool de queue, de sorte que la toxicité de ces derniers alcools pourrait très bien varier avec les produits que l'on distille. Reste à savoir si le chiffre de ces variations est important. Les calculs que nous avons appliqués tout à l'heure à l'alcool de tête provenant de la distillation d'un flegme de mélasse, ne semblent pas indiquer que, dans ce cas, la toxicité soit bien plus grande que lorsqu'on distille des flegmes de topinambour. Cependant nous croyons prudent de ne pas conclure et d'attendre pour nous prononcer les résultats de l'expérimentation.

Pourtant, dès maintenant, nous pouvons dire, en nous appuyant sur les calculs approximatifs précédents et sur les expériences précises que nous venons de rapporter, que l'idée que l'on se faisait jusqu'à ce jour de la toxicité beaucoup plus considérable des alcools mauvais goût, comparativement à l'alcool rectifié, est une idée très exagérée.

Pour le topinambour, par exemple, nous pouvons préciser les chiffres : tandis que l'alcool de cœur a, de même que l'alcool éthylique, comme coefficient le chiffre de 7,70, les alcools mauvais goût de tête et de queue ont, à peu de chose près, le même degré de toxicité, puisque le chiffre exprimant le coefficient de toxicité est supérieur ou au moins égal à 7, les chiens auxquels nous avons injecté dans les muscles ou dans les veines 7 centimètres cubes de cet alcool mauvais goût ayant tous survécu.

Les chiffres trouvés pour ces alcools mauvais goût de topinambour se rapprochent beaucoup des chiffres que nous avons trouvés expérimentalement pour le cognac et pour le rhum, ce qui nous montre combien est peu fondée cette assertion que les alcools d'industrie sont plus toxiques que lec alcools dits naturels, et que c'est à leur mauvaise qualité qu'il faut attribuer en grande partie le développement de l'alcoolisme.

Il ne faut pas ajouter plus de crédit à cette autre assertion que les produits des petits bouilleurs de cru, fabriqués avec de mauvais appareils, sont beaucoup plus nocifs que ceux qui sont fabriqués avec les appareils à colonne les plus perfectionnés.

IX

Je me suis attaché à vous démontrer que les différents modes de préparation de l'alcool ne font varier que dans des limites assez restreintes le coefficient de toxicité, de sorte que maintenant nous nous croyons entièrement autorisés à affirmer que la mauvaise qualité des eaux-de-vie n'a joué qu'un rôle moindre qu'on n'a pu le supposer dans le développement de l'alcoolisme et que le facteur de beaucoup le plus important, — nous pouvons dire le facteur le seul important, — c'est l'augmentation de la consommation; il importe donc peu d'améliorer la qualité de l'alcool, de lui enlever ses impuretés, de le rectifier, tandis que, au

contraire, si l'on veut enrayer les progrès de l'alcoolisme, si on veut l'atteindre dans son origine, dans sa cause véritable, il importe d'arriver à diminuer la consommation de l'alcool; c'est là que le mal a ses racines et c'est là qu'il convient de l'attaquer si l'on veut réellement arriver à quelque résultat.

Ce résultat pourrait paraître *à priori* déplorable au point de vue fiscal; mais nous rappellerons ici ce que nous disions au commencement de cette leçon : l'alcoolisme peuple en grande partie les hôpitaux et les asiles d'aliénés, l'alcoolisme remplit les prisons, l'alcoolisme est l'une des causes de la dépopulation de la France, de sorte que si la consommation de l'alcool est une source de revenus pour l'État, c'est aussi une cause d'appauvrissement, car non seulement les malades des hôpitaux et les aliénés coûtent à l'État, mais à cette dépense il convient d'ajouter ce que produirait leur travail s'ils étaient bien portants.

Nous n'avons pas à indiquer les moyens à employer pour arriver à diminuer la consommation de l'alcool; cependant nous répéterons ce que nous avons déjà dit, qu'il y aurait lieu d'exonérer les boissons hygiéniques de tout impôt (sauf le droit de circulation, qui est pour la régie un moyen précieux de surveillance), en même temps d'augmenter dans des proportions considérables l'impôt sur l'alcool et sur les liqueurs, de réprimer la fraude de la façon la plus énergique, et enfin de soumettre les bouilleurs de cru à l'exercice et surtout de ne leur accorder aucune consommation familiale. Cette allocation de 20 litres d'alcool à 100 degrés, à titre de consommation familiale, ne nous paraît pas pouvoir être sérieusement défendue. Nous constatons, en effet, que l'alcoolisme fait en France des ravages effrayants, que la cause de ce mal c'est l'excès de la consommation de l'alcool, et enfin que c'est surtout dans les pays de bouilleurs de cru que cette consommation est excessive. Nous venons de voir que le seul remède efficace à l'alcoolisme est celui qui diminuera la consommation de l'alcool, et ce serait dans ces conditions qu'on accorderait chaque année à 6 ou 700000 familles de bouilleurs de cru 20 litres d'alcool à 100 degrés exonérés de tout impôt! Ce n'est pas là, comme on l'a dit, une prime donnée à l'agriculture, nous l'avons démontré précédemment; c'est une prime donnée à l'alcoolisme. En d'autres termes, alors que la consommation est d'environ 1600000 hectolitres, c'est-à-dire quatre fois ce qu'elle était en 1830; alors que tout le monde est d'accord pour déplorer les progrès de l'alcoolisme et qu'il apparaît nettement qu'il faut s'appliquer à diminuer la consommation de l'alcool par tous les moyens possibles, on irait, par la mesure la plus illogique et la plus funeste à tous les intérêts, fournir presque gratuitement chaque année aux habitants des campagnes, déjà intoxiqués en grand nombre, 250000 hectolitres d'eau-de-vie à 50 degrés !

Que si on veut venir en aide aux agriculteurs on diminue les autres impôts dont ils sont frappés, nous n'avons aucune objection à faire; mais dès qu'il s'agit de cette substance nocive qui s'appelle l'alcool, nous demandons qu'il n'y ait aucune exonération, parce que nous sommes bien convaincu que le jour où un bouilleur de cru aura payé l'impôt pour l'eau-de-vie qu'il aura fabriquée, il sera beaucoup moins porté à en faire une consommation individuelle ou familiale; cette eau-de-vie représentera surtout pour lui l'argent qu'il aura déboursé, et au lieu de songer à la boire comme il le fait quand cette eau-de-vie ne lui coûte rien, il cherchera à vendre son alcool pour retrouver l'argent déboursé. La production diminuera peut-être, mais à coup sûr la consommation diminuera, ce qui constitue un avantage incontestable pour le pays.

De sorte que, soit qu'on se place au point de vue du droit, soit qu'on se place au point de vue de l'encouragement à donner à l'agriculture, soit qu'on se place au point de vue du fisc, soit enfin qu'on se place au point de vue plus élevé de la lutte contre l'alcoolisme, c'est-à-dire au point de vue hygiénique et moral, il nous semble qu'il y a la plus grande utilité, la plus grande urgence à mettre fin au privilège des bouilleurs de cru et à faire cesser cette situation qui choque le bon sens, la morale et l'hygiène, et qui se résume dans ces mots : l'inégalité devant l'impôt.

TROUBLES DE LA VISION

ET MODIFICATION DU FOND DE L'ŒIL CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur BOURGUET (de Graissessac).

III

J'ai dit au début de ce travail, que, naguère encore, les affections oculaires dont je m'occupe étaient presque inconnues chez nous. Voici l'explication que je puis donner, et que je crois bonne, de la fréquence des accidents.

Jadis on n'exploitait que les couches superficielles où l'aérage se faisait naturellement, la lampe de sûreté était une rareté. Aujourd'hui, peu de nos mines se servent de la lampe à feu nu; l'exploitation des couches profondes a nécessité l'établissement de puits et l'éclairage à la lampe de sûreté. La température des galeries profondes est plus élevée, d'où le dégagement plus abondant des gaz, cause, pour moi, capitale. Le défaut d'air suffisamment pur a, du reste, pour effet constant et inévitable d'obliger le mineur à de courtes inspirations qui deviennent bientôt lentes et profondes. Or, ce mode de respiration est cité par le professeur Grasset (2) comme correspondant à un certain degré d'anémie cérébrale.

J'ajouterai que le degré d'humidité plus ou moins considérable est pour quelque chose dans la rapidité des accidents. On trouvera l'explication du fait, dans la note du professeur Potain citée ci-dessus.

Parmi les plus anciens de mes ouvriers indigènes, je n'ai relevé qu'un nombre de faits insignifiants. Je pourrais citer à peu près tous nos vieux mineurs, sans en trouver un porteur d'une lésion qui l'oblige à interrompre son travail.

Certains, quoique en petit nombre, ont eu de la cataracte après trente ans de travail, mais ici le progrès de l'âge doit être tenu en compte, surtout chez des hommes prédisposés par leur profession, ce que j'ai déjà dit.

C'est surtout parmi les nouvelles recrues, occupées dans les travaux les plus récents, que j'ai recueilli mes observations. La moyenne de l'âge sur cent ouvriers pris tout à fait au hasard, et dans l'ordre de leur venue à ma consultation, a été de trente-cinq ans. On le voit, ce chiffre ne prouve pas que la durée du travail ait une influence prépondérante, il accuse plutôt la nature de ce travail et les conditions dans lesquelles il s'est effectué. Veut-on une preuve nouvelle? Voici la moyenne du temps que les ouvriers ont passé dans la mine. C'est quinze ans.

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1360.

(2) GRASSET. *Maladies du système nerveux*, 3e édit., p. 85 et 86.

Avant de présenter les lésions observées, encore convient-il de faire remarquer que 11 p. 100 des malades n'avaient pas encore deux ans de travail à la mine, 4 ou 5 ont été atteints après quelques jours ou quelques semaines. Ce chiffre de 11 p. 100 paraîtra très élevé, si on sait que les 100 cas qui ont servi pour l'établissement de ce travail, ont mis environ quinze ans pour se produire sur un personnel de 500 ouvriers environ, qui, certainement, a dû se renouveler pendant cette période.

Je parle ici, bien entendu, des lésions qui ne sont pas passagères, la congestion qui marque le début des accidents se produisant d'une façon bien plus rapide. Une de mes observations en fournit un exemple que je crois devoir citer en quelques mots.

Ouvrier de vingt-neuf ans, robuste, ayant travaillé deux ou trois ans à la Grand'Combe (Gard) d'où il vient, mais toujours avec des lampes à feu nu. Jamais sa vue n'a été mauvaise, il sait lire, et n'éprouvait jamais de difficulté en présence des caractères ordinaires d'imprimerie. Après cinq journées à la mine, il vient me trouver se plaignant très vivement de ses yeux et de sa vue. Cet homme ne lit que le n° 18 de Jæger, il est atteint d'une double congestion des papilles optiques plus marquée à droite, et ce qui prouve bien que la mine est seule en cause, c'est qu'après la sortie du travail, la vue redevient bonne après deux ou trois heures, tandis que, rentré à la mine, les accidents reparaissent après une heure ou une heure et demie.

Dans ce cas particulier, le chantier, où travaille le malade, est assez bien aéré, n'est ni chaud, ni humide. La lampe aurait donc ici la plus grande part dans les accidents, ce qui s'accorde avec l'observation de l'intéressé. Mais les cas de ce genre guérissent rapidement par l'application de quelques révulsifs et l'accoutumance ne tarde pas à se faire.

Il n'existe, à ma connaissance, aucune statistique pouvant m'éclairer sur ce qu'on observe ailleurs. Notre bassin houiller n'ayant pas de voisins, je n'ai pu recueillir de nombreux renseignements. Mais je sais que, dans le Gard, nombre d'ouvriers sont atteints aussi et dans la nécessité d'être occupés provisoirement à l'extérieur, ou dans des chantiers bien aérés.

Chez quelques rouleurs (ils sont rares à cause de leur profession qui ne les retient pas toujours dans les tailles), j'ai pu m'assurer que la vue était plus ou moins bonne, suivant qu'ils roulaient dans telle ou telle mine, dans tel ou tel quartier; leurs réponses prouvaient toujours que le mal augmentait dans les points mal aérés.

J'accumulerais sans avantage de pareilles constatations, leur nombre est bien suffisant pour m'inspirer une certitude complète, et je n'ai aucune crainte d'être démenti par les observations qui, dans les conditions actuelles, peuvent être faites dans notre exploitation.

Quelle est la part, dans cette amblyopie, qu'il convient d'attribuer à l'usage, ou plutôt à l'abus de deux substances auxquelles nos malades recourent tous les jours? Je veux parler de l'alcool et du tabac. Certainement, elle n'est pas négligeable, car dans les observations qui m'ont fourni les cas les plus accentués ou les plus rebelles, je sais, à n'en pas douter, qu'il s'agissait de buveurs et de fumeurs endurcis, tout à la fois.

Je n'irai pas jusqu'à dire qu'en l'absence de ces facteurs, on ne pourrait constater le mal, car il est certain que quelques-uns de nos malades ne fument pas et ne boivent pas avec excès. Ce qui est probable, pour ne pas dire certain, c'est que la guérison est plus difficile à obtenir, quand, à l'action malfaisante de la mine, s'ajoute celle des deux toxiques en question.

On a accusé le tabac et l'alcool de produire l'atrophie de la papille, lorsqu'on en faisait abus. Je dois dire que cette donnée est en complet rapport avec ma statistique, si petite qu'elle soit. Ce sont les cas d'atrophie papillaire qui se sont présentés surtout chez les fumeurs et les buveurs.

Par contre, je relève, parmi les cas d'atrophie choroïdienne, le plus grand nombre de mineurs jeunes ou que je sais sûrement n'être ni fumeurs, ni buveurs. Y a-t-il là une simple question de degré, d'intensité de l'affection? Je le croirais volontiers.

Chez un seul de mes malades, le plus intéressant sans contredit, la syphilis était en cause. Envoyé à Montpellier, le diagnostic d'atrophie papillaire spécifique fut porté sans hésitation et la guérison fut promise, mais après un long et soigneux traitement (j'avais déjà fait le possible), le malade me revint sans aucune amélioration, et la marche de l'affection le conduisit en quelques années à une cécité presque complète. Cette complication m'a paru avoir une influence néfaste sur la gravité des accidents que rien n'a pu atténuer. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1896. — Présidence de M. MONOD.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. BRUN fait connaître les résultats de ses recherches et de ses observations sur ce sujet. Suivant lui, on peut porter un appendice clos sans présenter aucun des phénomènes infectieux de l'appendicite; d'autre part, on intervient pour des appendices enflammées, mais absolument perméables, et sans aucune rétention; il y a, dans ces cas, des lésions pariétales de l'appendice, épaississement de la muqueuse, pointillé hémorragique, etc.

En résumé, il n'est pas nécessaire que l'appendice soit transformé en vase clos pour qu'il y ait appendicite. En ontre, l'appendicite n'est pas toujours une affection localisée à l'appendice. On observe des poussées appendicitaires survenant après des poussées d'entérite ou d'entérocolite chroniques, de colites membraneuses. La vraie pathogénie de l'appendicite réside dans l'infection propagée à l'appendice, et qui s'y montre plus grave en raison de sa structure, de sa richesse en follicules clos. L'appendicite n'est souvent qne la localisation d'une entéro-colite plus étendue.

M. WALTHER a opéré dix-sept cas d'appendicite. Sur ce nombre, il y a eu deux abcès d'ouverts sans résection de l'appendice. Cinq ont été opérés à froid. Dix fois, M. Walther est intervenu au cours de poussées aiguës; sur ce nombre, il y a eu trois cas de péritonite généralisée, dont une mort; dans ce dernier cas, il s'agissait d'une perforation avec fausses membranes, et l'on trouva dans la cavité de l'appendice un poil de brosse à dent qui, d'après des renseignements très précis, avait été avalé dix jours auparavant. Dans un autre cas, il y avait une perforation avec péritonite généralisée. L'examen histologique a montré qu'il y avait folliculite avec abcès et d'anciennes lésions correspondant à des poussées antérieures. Enfin, la troisième observation a trait à une jeune fille de dix-huit ans qui fut opérée par M. Walther après une poussée d'appendicite.

Comme M. Brun, M. Walter estime qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait obturation de l'appendice pour qu'il se produise des accidents.

M. JALAGUIER a commencé par être partisan de la théorie du vase clos émise par M. Talamon. Aujourd'hui, il considère cette transformation de l'appendice en vase clos comme absolument secondaire. Cette transformation est, en effet, le résultat et non la cause de l'appendicite. Morin, dans sa thèse, considère le coprolithe comme autochtone et le résultat de l'inflammation de l'intestin. M. Jalaguier a enlevé un grand nombre d'appendices qui ne contenaient ni corps étrangers, ni coprolithe et qui n'étaient le siège d'aucun rétrécissement.

La théorie de l'oblitération doit donc passer au second plan. Plus M. Jalaguier étudie l'appendicite, plus il a de tendances à la considérer comme un accident local, dépendant d'une infection générale. C'est ainsi qu'il a vu des appendicites survenir au cours d'une grippe, d'une rougeole, d'une varicelle, d'un embarras gastro-intestinal, d'une fièvre typhoïde, des oreillons. On peut admettre, dans ces cas, que la virulence des microbes est exaltée par la maladie infectieuse en évolution, fièvre typhoïde, grippe, oreillons ou rougeole. Il y a aussi des cas d'entéro-colite généralisée. En résumé, l'oblitération ou le rétrécissement de l'appendice constituent une condition défavorable, surtout au point de vue de la récidive, mais ils ne sauraient être considérés comme la cause d'une poussée primitive.

RAPPORT

Œsophagotomie externe chez un enfant de six mois et demi. — M. BROCA fait un rapport sur une observation adressée par M. J. Lemaistre (de Limoges). Il s'agit d'un enfant de six mois qui fut pris brusquement, le 18 novembre 1893, d'un état d'asphyxie que la mère ne sut comment expliquer. Elle appela d'urgence le docteur Debord (de Lubersac) et celui-ci conclut que probablement l'enfant venait d'avaler une petite broche de plomb avec laquelle on l'avait laissé jouer, broche à contour fort irrégulier, longue de 32 millimètres sur 15 de large. Les accidents s'étant calmés, M. Debord explora l'arrière-gorge avec une sonde, sans y rien trouver, et dès lors il admit que la broche — qu'il ne put cependant retrouver — avait été rejetée. Mais les jours suivants, l'enfant devint souffreteux, n'avala que très difficilement, et enfin, au douzième jour, il fut adressé à M. J. Lemaistre.

Celui-ci ne découvrit rien à la palpation du cou, qui était gros et court, mais par le toucher pharyngien, il crut sentir, à bout du doigt, quelques aspérités dures. Il essaya, mais en vain, de saisir ce corps étranger avec des pinces : aucune de celles qu'il possédait n'avait la courbure convenable. Il insista d'autant moins que le corps étranger était fort irrégulier et enclavé depuis longtemps, et il proposa l'œsophagotomie externe, qu'il pratiqua le 2 décembre, soit au quatorzième jour (il avait fallu quarante-huit heures pour que la mère allât demander le consentement du père).

Le manuel opératoire suivi par M. Lemaistre est classique ; notre confrère ne spécifie pas s'il incisa à droite ou à gauche ; il opéra au thermocautère — sauf pour ouvrir l'œsophage — pour éviter toute perte de sang. Le corps étranger lui servit de conducteur. L'œsophage était aminci, distendu par la broche, mais en aucun point il n'y avait d'inflammation de voisinage. Après extraction, l'œsophage revenu sur lui-même avait l'aspect d'un gros ver de terre aplati. Il fut suturé avec deux points de catgut comprenant toute l'épaisseur de sa paroi. La plaie cutanée fut rétrécie par deux points et drainée à la gaze iodoformée. L'opération avait duré une vingtaine de minutes. La réunion œsophagienne échoua et, jusqu'au 13 décembre, il s'écoula du lait par la plaie. Une fois l'œsophage oblitéré, la plaie superficielle se ferma en deux ou trois jours.

Le 15 août 1896, l'enfant, âgé de trois ans et demi, est en parfait état. Il avale facilement et sa cicatrice n'adhère pas au plan profond.

M. Broca, tout en félicitant M. Lemaistre de son succès, fait une réserve sur l'incision au thermocautère. Quoi qu'en ait dit Verneuil, l'instrument le plus hémostatique est le bistouri, pourvu qu'on sache manier les pinces hémostatiques. M. Lemaistre a pris dans ses points de suture toute l'épaisseur des tuniques œsophagiennes et il tend à attribuer à cette pratique l'échec de la réunion immédiate. Mais il eût été difficile de procéder autrement, étant donné la profondeur à laquelle il opérait. Profitant de cette observation, M. Lemaistre a étudié avec soin les dimensions de l'œsophage chez l'enfant, en particulier chez l'enfant à la mamelle ; il est ainsi arrivé à donner des mesures exactes de l'œsophage chez l'enfant. Il faut savoir que, chez l'enfant à la mamelle, l'œsophage est de très petit calibre. D'autre part, dans le cas de M. Lemaistre, il a été très tolérant puisqu'il n'était ni ulcéré, ni enflammé.

D'après un tableau de Schramm, portant sur 12 observations d'œsophagotomie externe pour corps étranger chez l'enfant au-dessous de onze ans, M. Lemaistre tiendrait le record de l'âge. Alors qu'il y avait une mortalité d'environ 25 p. 100 dans la période préantiseptique, depuis l'antisepsie la mortalité de l'œsophagotomie externe chez l'enfant est réduite à 0.

M. Broca rapproche de l'observation de M. Lemaistre l'observation suivante qui lui est personnelle :

Il s'agit d'une petite fille de seize mois, qui avait pris, par inadvertance de la nourrice, une cuillerée d'ammoniaque. Plusieurs mois après apparaissent les signes d'un rétrécissement de l'œsophage. Avec aucune sonde, M. Broca ne put descendre au-dessous du cricoïde. Il pratiqua l'œsophagotomie externe. Il arriva sur l'œsophage. A chaque expiration apparaissait, au-dessus de la fourchette sternale, une poche grosse comme un œuf de pigeon, l'œsophage certainement, petit, rétracté, mais non induré. M. Broca ouvrit cette poche et explora l'œsophage. Il en retira successivement trois petits cailloux circulaires, plats ; puis il en retira un quatrième, tout près du cardia. Alors seulement il put faire pénétrer la sonde dans l'estomac. Il sutura les bords de l'œsophage à la peau et y plaça une sonde à demeure. Il y eut des accidents du côté de la respiration, mais celle-ci se rétablit, l'alimentation se fit assez bien, mais l'enfant se mit à tousser, la température monta à 39 degrés, et cinq ou six jours après l'opération, l'enfant succombait. A l'autopsie, on constate que la suture de la bouche œsophagienne est réunie sur presque toute son étendue, pas de phlegmon cervical. Intérieurement, le canal est infundibuliforme de bas en haut ; la muqueuse, sur le bout supérieur, est granuleuse, avec quelques érosions ; du côté des poumons, broncho-pneumonie tuberculeuse, adénopathie trachéo-bronchique.

Le diagnostic dans ce cas est difficile ; quelle part faut-il attribuer aux corps étrangers, quelle part à la cautérisation par l'ammoniaque ?

M. Broca pense qu'il y avait un rétrécissement par cautérisation, retour de la perméabilité et production des derniers accidents par suite de la présence des corps étrangers.

Ces faits montrent combien est souvent difficile le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage. M. Broca en cite un autre exemple :

Une fillette de dix-huit mois avait, dit-on, avalé une clef de commode. M. Broca explora et ne trouva rien ; il fit boire l'enfant, le liquide passait bien. Le lendemain, M. Broca endormit l'enfant et passa une sonde. Cette fois encore il ne sentit rien. Les parents furent rassurés et on s'abstint de toute intervention. Quelques jours après, l'enfant fut pris d'un accès de suffocation et succomba. Les parents demandèrent l'autopsie. M. Broca pratiqua l'autopsie et trouva la clef au-dessous du cricoïde.

Donc, dans l'observation de M. Lemaistre comme dans celle de M. Broca, une sonde rigide passa, sans rien faire sentir, entre le corps étranger et la face postérieure de l'œsophage.

COMMUNICATION

Cancer primitif du foie. — **M. SEGOND** communique une observation de cancer primitif du foie. Il a pu réunir 12 cas, dont 8 cancers, 3 sarcomes et 1 adénome, dans lesquels on a pu songer à enlever la tumeur. Sur ces 12 cas, il y aurait eu 12 succès opératoires. Les 12 chirurgiens qui sont intervenus dans ces différents cas ont eu à se mesurer avec les difficultés de l'hémorragie. Ils ont tous traité le pédicule par la méthode extra-péritonéale. Dans la plupart de ces cas, le diagnostic n'avait pu être porté. L'observation de M. Segond diffère des précédentes par ce fait que sa malade a succombé au shock vingt-quatre heures après l'opération. Il s'agissait d'une femme de trente ans qui souffrait du ventre depuis deux ans et qui avait des métrorragies. Cette femme souffrait donc de son utérus, avait des pertes, et maigrissait.

A l'examen, on trouvait une tumeur fibro-cystique de l'utérus, avec un prolongement de la tumeur dans le flanc droit. Ce fut le diagnostic que portèrent le docteur Henrotin, qui vit cette malade, ainsi qu'un autre confrère, et M. Segond. En effet, lorsqu'on examinait cette malade par le palper, par le palper combiné avec le toucher vaginal, on trouvait tous les caractères d'une tumeur utérine avec prolongement dans le côté droit de l'abdomen. On avait bien la sensation d'une masse fibreuse faisant corps avec le corps de l'utérus. Cette tumeur était mobile transversalement.

M. Segond fit la laparotomie avec l'intention d'enlever l'utérus en totalité. Or, au cours de l'opération, M. Segond s'aperçut qu'il s'agissait d'un cancer primitif du foie s'étant développé du côté de l'utérus et ayant envoyé un prolongement qui coiffait l'utérus, d'ailleurs sain. M. Segond enleva cette tumeur et fit un pédicule extra-péritonéal. La malade continua à se refroidir, à s'affaiblir de plus en plus et elle succomba dans la nuit. La tumeur enlevée fut examinée. Il s'agissait d'un épithélioma trabéculaire à cellules polymorphes. C'était, en un mot, un cancer primitif du foie.

M. TERRIER signale à ce propos les travaux de deux chirurgiens russes qui ont particulièrement étudié l'ablation des tumeurs du foie. Ils se sont arrêtés à un procédé qui consiste à traverser le tissu hépatique à l'aide d'une aiguille mousse portant un fil double pour faire une ligature en chaîne et à réduire ensuite le foie ainsi réséqué.

LECTURE

Rétrécissements du rectum. — **M. VERCHÈRE** lit un travail ayant pour titre : Période prémonitoire des rétrécissements du rectum.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

1. M. Cahuzac. Du thrill dans l'insuffisance aortique. — 2. M. Boutroue. Traitement des arthrites tuberculeuses (Méthode de Bier). — 3. M. Aoustin. Quelques considérations sur le mécanisme et la valeur séméiologique de la pectoriloquie aphone. — 4. M. Couturier. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'obstruction calculeuse du cholédoque. — 5. M. Hermary. Des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. — 6. M. Lochelongue. Des injections massives d'eau salée dans les affections médicales et les intoxications. — 7. M. Merger. Étude critique sur la syphilis conceptionnelle. — 8. M. Cogrel. Hystéroscopie. Son instrumentation. Son manuel opératoire. Ses résultats acquis. — 9. M. Humeau. De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale. — 10. M. Champion. Traitement palliatif du cancer utérin inopérable. — 11. M. Meunier. Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. — 12. M. Hurtaud. Des règles supplémentaires et déviées. — 13. M. Gouin. Contribution à l'étude de la variole hémorragique et des prodromes de la variole. — 14. M. Maignant. Des chlorures et des hypochloruries. — 15. M. Bodin. Essai sur les paralysies ascendantes aiguës. Étude clinique et anatomique. — 16. M. Lihou. Prophylaxie de la rougeole à l'hôpital. La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895. — 17. M. Abarnou. Essai sur le traitement du croup à la campagne par l'intubation. — 18. M. Poulet. De l'ophtalmoplégie sensitivo-motrice avec atrophie optique par syphilis acquise. — 19. M. Plancke. Des complications rapidement mortelles au cours des affections auriculaires. — 20. M. Coronat. La désarticulation coxo-fémorale. — 21. M. Granboulan. De la résection à froid de l'appendice iléo-cæcal. Difficultés et accidents. — 22. M. Ehrmann. Contribution à l'étude de la suture des nerfs à distance. — 23. M. Subercaze. Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes de la rotule. — 24. Mlle Myszynska. Contribution à l'étude du traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides. — 25. M. Barreyre. Les accidents consécutifs aux injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. — 26. M. Hamelin. Étude sur le pneumo-paludisme. Quelques cas observés dans les pays chauds. — 27. M. Delgrange. Essai d'étude comparée sur les sérums. — 28. M. R. Petit. Le sérum antidiphtérique de Roux. Effets physiologiques et cliniques. — 29. M. Lamandé. Étude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale. — 30. M. Hébert. Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacille de Friedländer. — 31. M. Foulia. Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate. — 32. M. Paquet. Contribution à l'étude de la lithotritie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 novembre 1896, M. le docteur Napias est nommé membre de la commission supérieure du travail dans l'industrie, pour une nouvelle période de quatre années.

— Par décret, en date du 28 novembre 1896, par mesure transitoire, les médecins et pharmaciens stagiaires du corps de santé des colonies sortant de l'École de Bordeaux et entrés avant le 1er janvier 1897, porteront la même tenue que les médecins et pharmaciens de deuxième classe titulaires.

— Par décret, en date du 2 décembre 1896, M. Surmont, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté.

— Par suite de la désaffectation de l'hôpital Trousseau, l'hôpital Hérold sera transformé en hôpital d'enfants, et deux autres hôpitaux d'enfants seront construits rue Michel-Bizot et rue Etex.

— L'ordre des lectures de la séance annuelle de l'Académie de médecine, qui doit avoir lieu le mardi 15 décembre 1896, est ainsi fixé : 1° rapport général sur les prix décernés en 1896, par M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel ; 2° prix proposés pour 1897, 1898 et 1899 ; 3° éloge de M. Lasègue, par M. le docteur Motet.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Citerne est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Lemaréchal, médecin du petit lycée de Brest, est nommé médecin du lycée de Brest, en remplacement de M. le docteur Carof, démissionnaire.

M. le docteur Vergniaud est nommé médecin du petit lycée de Brest, en remplacement de M. le docteur Lemaréchal.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dubourg (de Mayenne) et Leconte père (d'Eu).

— Le *Répertoire officiel de la médecine et de la pharmacie françaises*, publié d'après les listes officielles dressées dans les départements, édition de 1897, paraîtra le 20 décembre prochain, au prix de 5 francs. On peut souscrire par l'intermédiaire de la *Gazette des hôpitaux*.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 141. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 8 DÉCEMBRE 1896. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 7 décembre 1896.

La commission chargée d'étudier la question si importante de l'hospitalisation des tuberculeux, a nettement conclu à leur isolement. Nos lecteurs ont pu apprécier le très beau rapport écrit, en son nom, par MM. Grancher et Thoinot; nous l'avons reproduit *in extenso* (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1301 et 1315).

Dans la séance dans laquelle il a été lu, M. le directeur de l'Assistance publique s'est engagé à faire tout son possible pour mettre rapidement à exécution les mesures réclamées. Des services spéciaux seront établis dans certains hôpitaux. On hâtera la terminaison de l'hôpital d'Angicourt, qui doit recevoir 200 tuberculeux. Deux cents lits, c'est fort peu, c'est dix fois moins qu'il n'en faudrait, et, du reste, on ne pourra placer à Angicourt que des tuberculeux peu gravement atteints, capables de bénéficier réellement d'une cure au grand air.

L'Assistance ne reculera pas devant le chiffre considérable des dépenses à faire pour réaliser l'isolement des tuberculeux, et il est question, paraît-il, pour y suffire, d'aliéner pour 6 millions de ses titres de rente !

Nous pensons que, lorsqu'il s'agit de la défense de l'humanité contre un aussi terrible fléau, il ne faut pas lésiner. Il faut agir énergiquement et ne rien épargner. Nous ne blâmerons certainement pas les dépenses faites si elles doivent être utiles, quelque élevées qu'elles puissent être.

En revanche, nous ne voyons pas pourquoi l'isolement ne fonctionnerait pas dès maintenant, partout où la disposition des locaux s'y prête. Ce n'est pas l'avis de M. le directeur qui semble vouloir attendre que toutes les installations soient faites avant de séparer les tuberculeux des autres malades.

La question lui a été posée à propos de l'hôpital Andral. Dans cet établissement, il existe un pavillon séparé dans lequel 21 tuberculeux hommes peuvent être réunis et soignés dans de très bonnes conditions. L'isolement d'une dizaine de femmes a été également assuré dans des conditions moins bonnes, mais suffisantes. Cette installation, faite avec les ressources mêmes de l'hôpital, n'a coûté qu'une somme très minime. La Commission médicale qui l'a visitée a conclu qu'elle pouvait très bien, dès maintenant, suffire à un service d'isolement.

Vous pensez peut-être que l'administration, ainsi mise à couvert, s'est empressée de donner l'autorisation nécessaire pour qu'à Andral on ne reçoive que des tuberculeux dans les locaux préparés pour eux et pour que les malades de cet ordre ne soient plus placés dans la salle commune? Vous croyez peut-être qu'elle a été enchantée de pouvoir, avec des frais tout à fait insignifiants, assurer tout de suite l'isolement d'une trentaine de phtisiques? Pas du tout.

Malgré l'avis favorable de la Commission de la tuberculose et des médecins qui font partie du Conseil de surveillance, le directeur a refusé de donner à ce service tout prêt l'autorisation de fonctionner comme service d'isolement. Il craint, dit-on, que d'autres chefs de service ne saisissent ce précédent pour se débarrasser des tuberculeux qui encombrent leurs salles.

Cette crainte nous paraît tout à fait hors de propos et cette fin de non recevoir mal fondée. A l'hôpital Andral, on a préparé le tiers des lits, que renferme ce petit établissement, pour recevoir des tuberculeux : c'est la proportion connue de ces malades dans les hôpitaux de Paris; on n'a donc pas voulu s'en débarrasser. Le chef de service est, au contraire, persuadé qu'ils seront mieux soignés qu'auparavant.

Pourquoi ne pas laisser créer immédiatement des salles spéciales de tuberculeux, partout où il est possible de leur attribuer un nombre de lits suffisant dans des conditions convenables d'isolement et d'hygiène?

Si des médecins croient pouvoir, dès maintenant, isoler leur contingent de tuberculeux, pourquoi le leur refuser? Assurez-vous que cette installation sera suffisante; faites inspecter les locaux proposés par une commission compétente; si son avis est favorable, donnez l'autorisation demandée.

Dépensez, s'il le faut, l'argent largement; mais commencez par utiliser les installations qu'on peut faire rapidement, à peu de frais, ne serait-ce qu'à titre provisoire.

Les 30 lits de l'hôpital Andral vous paraissent peu de chose, et le précédent dangereux.

Le précédent nous paraîtrait à nous excellent. Vous pouvez, dès demain, soustraire à la redoutable contagion 60 de vos malades, tout en assurant un traitement meilleur de 30 malheureux phtisiques; la tuberculose a été officiel-

lement rangée parmi les maladies contagieuses et le principe de l'isolement des tuberculeux administrativement admis, vous ne devriez pas hésiter une seconde !

M. Variot présente un malade à la Société médicale des hôpitaux (4 décembre), et ce malade c'est lui-même. Rassurez-vous, ce n'est pas grave, et c'est précisément ce qui en fait l'intérêt. A la fin de la semaine dernière, il est pris de frissons, de malaise général, de mal de gorge ; le lendemain, dimanche, il reste chez lui; le surlendemain, dans son service à l'hôpital, on lui trouve une amygdale rouge, tuméfiée, avec des taches blanches à la surface. La culture de cet exsudat est fait sur gélatine solidifiée; elle montre une association de bacilles de Lœffler, moyens et courts, et de streptocoques. C'était donc une angine diphtérique associée. On sait que ces angines à associations microbiennes ont une très mauvaise réputation. Notre collègue, M. Variot, avait-il donc une angine grave? Nullement, car il n'a pas dû interrompre ses occupations.

Dans le service de la diphtérie, à l'hôpital Trousseau, il a vu une centaine de cas semblables. A la suite de cette communication, une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Sevestre, Barbier et Chantemesse. Pour les auditeurs non prévenus, comme nous, il en résulte que l'examen clinique des exsudats diphtériques avec culture sur sérum ne donne nullement la mesure de la gravité d'une angine. Il y a, comme le dit fort bien M. Variot, des angines qui ne sont diphtériques que par la bactériologie : cliniquement, elles sont absolument bénignes. Pour distinguer les angines graves des angines bénignes, il faudrait avoir recours à des inoculations destinées à mesurer la virulence des bacilles. Dans la pratique, cela ne peut se faire, et en somme, si la bactériologie déclare une angine diphtérique, l'observation seule du malade en fixe la bénignité ou la gravité. Une fois de plus, la clinique reprend la première place dans l'établissement du pronostic et des indications thérapeutiques.

M. Launois présente un homme d'une vigueur exceptionnelle, chez lequel l'abus de la bicyclette paraît avoir amené une insuffisance aortique, par rupture des valvules sigmoïdes.

Il y a trois ans, pour s'entraîner à la course de Paris-Madrid, il fit, à plusieurs reprises, le trajet de Paris à Rouen en un jour, soit 264 kilomètres en quatorze heures. Le trajet de Paris à Madrid, 1 450 kilomètres, fut fait en neuf jours.

A la suite de ces prouesses, le bicycliste fut fort étonné d'entendre un bruit de souffle qui avait l'air de se produire dans la région de son cœur. A partir de ce moment, il éprouva de temps en temps des palpitations. A l'auscultation, on trouve un souffle diastolique très intense, à timbre musical. Il se perçoit tout le long du sternum et même, en arrière, en bas de la colonne dorsale. Il semble qu'une valvule détachée vibre sous l'influence du courant sanguin rétrograde et produise une sorte de bruit de sirène.

De nouveau, il a été question de la réaction agglutinative qui paraît avoir une si grande valeur dans le diagnostic de la fièvre typhoïde; il en résulte qu'elle conserve toute sa valeur, même alors que l'agglutination se produit aussi, comme l'ont montré MM. Gilbert et Fournier, avec le bacille de la psittacose, et avec certains bacilles intermédiaires entre le coli-bacille et le bacille d'Eberth, comme l'ont fait voir MM. Achard et Bensaude. Il en résulte encore que cette réaction est bien la propriété scientifique de M. Widal.

Cette réaction agglutinative, M. Ménétrier ne l'a pas vue avec le sérum pleurétique chez un typhique ; elle peut cependant s'y rencontrer, car M. Achard l'y a constatée.

M. Ménétrier a fait l'autopsie d'un malade qui avait succombé à la suite d'une hématémèse abondante. Il existait une cirrhose atrophique du foie très accentuée et des varices œsophagiennes. L'une d'elles s'était rompue, par un orifice si petit qu'il eût parfaitement pu passer inaperçu. On eût conclu alors à une hématémèse par raptus hémorragique vers la muqueuse stomacale. Malgré la présence d'une thrombose de la veine porte, il n'y avait pas d'ascite. M. Rendu a également fait l'autopsie d'un malade atteint d'une cirrhose atrophique très nette, très avancée, qui ne présentait pas non plus d'ascite. Il ne semble pas que ce soit la lésion du foie qui soit la cause principale de l'ascite, mais beaucoup plutôt les lésions concomitantes des racines de la veine porte ou du péritoine. M. Achard a vu également l'oblitération par thrombose de la veine porte ne pas s'accompagner d'ascite. Voilà qui est contraire aux données classiques.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Abcès de la région carotidienne; destruction de la veine jugulaire interne.

Par M. Moty,

Médecin principal de deuxième classe de l'armée, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'intéressante communication de M. Hamon du Fougeray (du Mans), au dernier Congrès de chirurgie, m'engage à publier l'observation suivante, tout incomplète qu'elle soit :

M. X..., officier d'infanterie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce au milieu de septembre 1893, pour un phlegmon de la région carotidienne droite.

La lésion a évolué en quelques jours et l'état du malade est grave; il y a de l'obnubilation des idées et de la tendance au coma. Localement, on constate un empâtement considérable, dur et peu mobile, s'enfonçant entre le maxillaire inférieur et l'apophyse mastoïde. Pas de fluctuation; les dents sont hors de cause ; il n'y a pas d'écoulement par le conduit auditif, mais le malade n'est pas interrogé sur ses antécédents à ce point de vue.

Je pratique un drainage capillaire profond avec les crins de cheval, puis, pendant une courte absence que je fais, on incise la partie saillante de la tumeur sans rencontrer de pus. On panse au sublimé.

L'état du malade s'aggrave, il survient de la bronchite capillaire et la mort arrive le 24 septembre, après vingt-quatre heures de coma.

L'autopsie pratiquée le lendemain permet de mettre à découvert un foyer caséeux en voie de ramollissement mais ne contenant presque pas de pus; ce foyer s'étend du trou déchiré postérieur à la bifurcation de la carotide; je cherche à préciser ses rapports avec les vaisseaux carotidiens et je découvre l'artère carotide qui paraît intacte, mais je ne réussis pas à trouver la jugulaire interne; en examinant alors de plus près mon foyer caséeux, je constate qu'il se continue en bas avec la veine jugulaire, oblitérée par un caillot et complètement détruite depuis le foyer jusqu'au

trou déchiré postérieur. Les ganglions voisins sont à peu près intacts.

Le crâne n'a pas été ouvert, mais il est évident que les sinus pétreux inférieur, occipital postérieur et latéral étaient thrombosés, au moins dans leur partie contiguë à l'origine de la jugulaire.

Les organes splanchniques sont intacts, sauf les poumons où l'on constate quelques tubercules et de la bronchite capillaire.

Les urines cadavériques contiennent du sucre.

Il est certainement fâcheux que l'état du malade à son entrée n'ait pas permis de recueillir des renseignements plus complets sur la première période de son affection et sur son passé pathologique, mais son autopsie donne à penser qu'il s'agissait d'une évolution tuberculeuse subaiguë dans la partie droite de la base du crâne, ayant amené la thrombose du système veineux correspondant et la dégénérescence caséeuse du thrombus.

Étant donné la rareté de cette lésion, nous ne l'avons reconnue qu'à l'autopsie, et les phénomènes graves présentés par le malade sont restés inexpliqués jusqu'à sa mort; il n'y avait, d'ailleurs, aucun symptôme apparent du côté de son apophyse mastoïde, et rien ne permet de dire si la poussée tuberculeuse est partie de la caisse et de ses annexes ou si elle a pris directement naissance dans les méninges de la base.

Quoi qu'il en soit, il est certain que le foyer extra-cranien siégeait dans l'intérieur de la veine jugulaire interne thrombosée, puis désorganisée, et c'est pour cela que cette observation nous a paru devoir être publiée.

FIÈVRES GASTRO-INTESTINALES SIMPLES DE LA SECONDE ENFANCE

Par le docteur H. Grasset (de Nogent-sur-Marne).

I

Il arrive souvent, chez les enfants de deux à sept ans, que, sous l'influence d'une alimentation forcée ou défectueuse, non en rapport avec le développement des organes digestifs et de leur puissance fonctionnelle, il se développe un état fébrile particulier avec atonie et encrassement des voies digestives, qui peut durer un certain nombre de jours et être plus ou moins intense.

Les cas simples, de peu de durée, ne se rencontrent pas à l'hôpital, ils ne sont décrits dans aucun livre ou traité didactique, mais on les trouve fréquemment dans la clientèle de ville, où on peut les étudier à son aise et les relier aux cas plus graves généralement confondus avec d'autres affections. Lorsqu'on débute dans la pratique, on se trouve désemparé vis-à-vis de ces fièvres que l'on ne peut classer sous une rubrique connue, mais en les suivant attentivement et les analysant minutieusement, on leur trouve toujours une étiologie commune. Elles ont dû être englobées dans les fièvres synocques ou catarrhales des anciens, dans les fièvres éphémères ou rémittentes, dans les fièvres muqueuses qui, aujourd'hui, ne servent plus qu'à désigner les fièvres typhoïdes légères.

Elles peuvent se grouper sous quatre formes bien distinctes :

1° La forme *polyrémittente*, à cycle fébrile nettement caractérisé, dont l'évolution permet de faire une entité à part, semblant répondre à des poussées successives d'auto-intoxication. Elle est assez fréquente;

2° La forme *rémittente* ou irrégulière, que l'on rencontre moins souvent;

3° L'*embarras gastrique* fébrile, à marche nette;

4° Les formes *éruptives* pouvant simuler les diverses fièvres éruptives propres à l'enfance.

Nous laisserons de côté l'embarras gastrique, trop bien connu, pour ne nous occuper que des autres modalités. On pourrait croire, à part l'étiologie commune, que les formes accompagnées d'éruptions cutanées sont indépendantes des formes précédentes; il n'en est rien : elles sont de même nature, car rechutantes ou récidivantes toutes deux, elles peuvent se transformer l'une en l'autre dans la rechute ou la récidive. On doit donc les relier les unes aux autres.

Étiologie. — Que ces fièvres aient pour cause une auto-intoxication directe provenant du mauvais fonctionnement ou de la fatigue des voies digestives, ou, au contraire, une intoxication succédant à une infection banale, ce qu'il est difficile de déterminer, les résultats n'en sont pas moins les mêmes.

On les rencontre toujours chez des enfants qui mangent comme leurs parents, c'est-à-dire de tout, que les aliments soient plus ou moins digestes, plus ou moins appropriés à l'âge et irritants; de préférence ce sont les gros mangeurs dont les parents sont fiers, qui sont atteints. Chez les enfants plus jeunes, la nourriture trop fortement solide, donnée en abondance et prématurément, doit être incriminée. On peut souvent admettre comme origine l'ingestion de débris alimentaires, plus ou moins propres, laissés à la portée de l'enfant et dont celui-ci s'empare dès qu'il n'est plus surveillé.

Elles sont plus fréquentes de trois à cinq ans, que de cinq à sept ans, car la défectuosité du régime alimentaire est d'autant plus nuisible que l'enfant est jeune. Les garçons sont un peu plus fréquemment atteints que les filles. L'atteinte est d'autant plus facile qu'il y a déjà eu des attaques, car la récidive est fréquente et chez un même sujet on peut voir des reprises presque périodiques. On rencontre très souvent chez les ascendants directs des troubles digestifs variés.

Enfin l'influence saisonnière est manifeste; 80 p. 100 des cas se produisent de mai à juillet; le mois de mai à lui seul offre plus de 50 p. 100 des sujets; on en retrouve quelques-uns de novembre à décembre. L'influence des changements de saison est donc manifeste et surtout celle de l'entrée de l'été.

Il ne semble pas y avoir de contagion dans les nombreuses familles : je n'ai jamais vu plusieurs cas simultanés ou successifs; il semble que l'individu frappé le soit en vertu d'une prédisposition particulière. Ce fait semblerait plaider en faveur d'une auto-intoxication directe plutôt que d'une infection quelconque, quoique contagion et infection puissent être bien distinctes.

Forme polyrémittente. — Le début est brusque. Le soir, l'enfant est pris tout à coup d'un malaise général, la peau devient brûlante, le pouls rapide, la fièvre s'allume; l'enfant s'agite et geint comme sous le coup d'une oppression. Il y a très rarement des vomissements ou des nausées; assez souvent des maux de tête. Exceptionnellement le début est moins rapide et précédé d'un jour ou deux d'inappétence;

quelquefois, au contraire, l'enfant mange plus avidement que de coutume depuis plusieurs jours. Chose remarquable et caractéristique, le sujet a joué comme d'habitude, la journée a été bonne et c'est le soir subitement qu'il est devenu malade. Pas de tendance aux épistaxis, pas de courbature générale, ni de sensation de brisement; l'enfant est seulement un peu fatigué, l'œil légèrement tiré; pas de troubles oculaires.

A l'examen, on ne trouve rien qu'une langue saburrale et des selles fétides; l'inappétence est absolue, les urines peu ou point chargées; ni albumine, ni sucre. Le ventre est parfois un peu sensible, mais dans sa généralité, parfois légèrement ballonné, rarement affaissé, presque toujours au volume normal. Pas de taches éruptives, pas de matité splénique ou hépatique, pas de sensibilité spéciale ni gargouillements dans la fosse iliaque droite. Il y a quelquefois une diarrhée légère (quatre ou cinq selles fétides, d'un jaune plus ou moins sale, dans la journée), exceptionnellement diarrhée muqueuse.

Dans un certain nombre de cas, il y a constipation, et sous l'influence d'un lavement, évacuation d'une selle d'apparence normale, mais d'odeur repoussante.

Le plus souvent, il n'y a qu'une ou deux garde-robes par jour, mais sentant horriblement mauvais. Lorsqu'il y a diarrhée, elle dure rarement plus d'un jour ou deux, au bout desquels le cours des selles redevient normal. Cet état dure quelques jours, de quatre à huit environ; sous l'influence d'un traitement approprié, les selles perdent une partie de leur odeur, les symptômes s'atténuent, et souvent, dès le troisième ou quatrième jour, les enfants demandent à manger, ce qu'il faut éviter de laisser faire.

C'est surtout la marche de la température qui est typique. Au début, le soir, le thermomètre marque 39 degrés à 39°5, rarement plus; la température monte les jours suivants pour atteindre et dépasser 40 degrés, 40°5 dans les cas graves. Dans les cas simples, elle reste élevée deux ou trois jours, puis diminue rapidement pour cesser au bout de six à sept jours en moyenne; dans les cas plus graves, elle existe pendant dix à douze jours environ. Le soir, elle est toujours dans ces limites indiquées; dans la matinée, elle peut tomber vers 37°8 à 38°5 au maximum; cette dernière température indique la moyenne la plus basse de la journée, celle à laquelle les enfants sont habitués au bout de deux ou trois jours, ce qui ne les empêche plus à cette époque d'être gais, de jouer ou de sommeiller tranquillement; rarement, il y a apyrexie complète. Mais chose caractéristique, tout à coup, une ou plusieurs fois dans la journée, l'enfant redevient triste, agité, fébrile pendant une heure ou deux, après quoi renaît le calme et revient la gaîté.

Pendant ces accès, le thermomètre monte, mais toujours un peu moins haut que le soir; c'est généralement dans la soirée qu'a lieu l'accès le plus intense et le plus long.

Ainsi le type fébrile est donc nettement *polyrémittent*. Dans les cas simples, la polyrémittence n'a lieu que pendant trois ou quatre jours; elle peut durer plus de huit jours dans les cas intenses. Ensuite succède le type rémittent simple ou irrégulier.

Il y a des cas plus intenses qui semblent avoir une origine infectieuse de par leur allure, que l'on pourrait appeler typhique; leur durée est d'environ douze jours. Dans ces cas, il y a généralement une diarrhée peu intense et du ballonnement abdominal; l'enfant se plaint pendant les accès et gît dans la prostration; mais tout disparaît en grande partie pendant la période d'accalmie. C'est une allure différente de celle de la fièvre typhoïde, comme nous le verrons au diagnostic; d'ailleurs, en quelques jours, l'enfant revient à la santé. L'examen bactériologique des selles, dans deux de ces cas, n'a donné aucun résultat. C'est dans ces formes que l'on rencontre le plus souvent les complications accentuées.

L'évolution de cette affection s'accompagne, chez un certain nombre de sujets, même dans les cas légers, d'une petite toux sèche, quinteuse, ayant principalement lieu matin et soir, et que la percussion, ni l'auscultation ne permettent de rattacher à une lésion de l'appareil broncho-pulmonaire : c'est la toux gastrique, déjà signalée par les anciens dans certains troubles de l'estomac. Elle ne débute généralement pas avec la fièvre, mais quelques jours plus tard. Si on traite les malades par les bains ou les lotions à l'eau dégourdie, la toux est plus accentuée pendant ces manipulations, ce qui effraie beaucoup l'entourage, toujours ennemi de cette thérapeutique.

A un degré plus intense, on peut avoir un souffle tubaire, sans augmentation des vibrations thoraciques, sans submatité, manifestant une simple hyperhémie bronchique.

Dans d'autres cas, on se trouve en présence de points thoraciques douloureux, variables comme localisation plusieurs fois dans la journée, accompagnés parfois de frottements légers en rapport avec une diminution de l'élasticité thoracique, de l'expansion pulmonaire et de la sonorité; ce sont des points de pleurite fugace, sautant du sommet aux bases, rarement à la partie moyenne, restant de préférence vers les culs-de-sac pleuraux.

Enfin, dans certains cas, on assiste à une évolution rapide d'un ou plusieurs noyaux de broncho-pneumonie, bien nets et petits.

La caractéristique de ces complications thoraciques est la variabilité; dans un seul cas, j'ai vu la stabilité d'un noyau broncho-pneumonique léger, et c'est l'évolution seule qui permit un diagnostic précis. Il est certain qu'en présence de ces symptômes, il faut se garder de prendre l'effet pour la cause. J'ai, dans mes observations, celle d'une petite fille soignée depuis trois jours avec diagnostic oscillant de fièvre banale à bronchite, puis fièvre typhoïde et enfin pneumonie; appelé à la fin du quatrième jour par la famille alarmée de ces tergiversations, je fus amené, par un examen minutieux, en ne constatant plus de phénomènes thoraciques nets, et en m'aidant de l'évolution, à porter le diagnostic infection gastro-intestinale. La marche de l'affection pendant les jours suivants, et la réapparition de manifestations thoraciques fugaces et variables, qui ne disparurent que sous l'influence d'une antisepsie intestinale bien conduite, donnèrent raison à ma manière de voir. Ce cas montre le cachet tout particulier de ces complications de l'appareil broncho-pulmonaire.

La *durée* de la maladie n'est pas considérable, puisque, dans les cas les plus graves, la convalescence commence à la chute de température qui est assez brusque, au plus tard vers le douzième jour. Cette convalescence est rapide, l'appétit revient vite et l'enfant n'est pas sensiblement amaigri ou affaibli; l'état saburral dure encore une huitaine de jours, mais très atténué.

Le pronostic n'est pas grave, quoique, dans les cas intenses, la maladie prenne une allure alarmante.

Les suites sont relativement bénignes, mais il y a une

tendance marquée à la rechute; tant que la langue n'est pas bien dégagée, une alimentation intempestive peut amener une réapparition de la fièvre qui évolue sous le même type ou sous un type différent, simple ou éruptif.

Les *récidives* sont assez fréquentes. Tout enfant, atteint une première fois, possède un tube digestif très sensible aux écarts de régime. Certains sujets, à chaque changement de saison ou à chaque printemps, sont repris d'un embarras gastro-intestinal fébrile.

Le *diagnostic* est à la fois facile et difficile. Il est facile, si l'on envisage bien l'ensemble et la caractéristique de l'affection, si on ne se laisse pas détourner par les phénomènes accessoires. Il est difficile au début et dans les cas à forme thoracique, mais l'évolution doit rectifier rapidement l'erreur.

Il est impossible de confondre cette affection avec la *fièvre typhoïde* légère des enfants; dans celle-ci, il y a passage insensible de l'état de santé à l'état de maladie, le ventre est tuméfié, douloureux à la pression, les selles sont caractéristiques pendant un certain laps de temps, il y a augmentation de la rate, perceptible à la palpation et à la percussion et sensible au toucher; il y a éruption de taches rosées: même dans les cas légers, la maladie dure de treize à vingt et un jours; il n'y a que des rémissions matinales et la convalescence, longue, laisse après elle de la faiblesse et un amaigrissement considérables; dans les cas graves, il y a des vomissements et les urines sont albuminuriques. Rien de tout cela dans l'affection qui nous occupe; le début est rapide, brusque, la température présente un type net, le pouls est plus rapide, à température égale, que dans la fièvre typhoïde; si le ventre est quelquefois légèrement douloureux, il n'est pas tuméfié, pas d'hypertrophie splénique, pas de taches rosées lenticulaires; les urines ne sont pas albuminuriques, les selles perdent rapidement leur aspect des premiers jours; enfin la maladie, même dans les cas graves, ne dure pas plus de douze jours, la convalescence est rapide et ne laisse pas d'amaigrissement après elle, à peine de la faiblesse.

L'examen de la gorge suffit à éliminer les *angines*.

L'évolution met hors de cause la *tuberculose intestinale*, la *fièvre intermittente*, la *fièvre herpétique*.

La *méningite*, au début, s'en distingue par les phénomènes du pouls, les vomissements, la raideur de la nuque, les troubles céphaliques, etc.

La *grippe* ne présente pas ces caractères : elle est épidémique, s'accompagne d'une sensation de brisement, de vomissements et de catarrhe des voies respiratoires.

L'*embarras gastrique* pourrait souvent être mis en cause; il en sera éliminé par son début qui est, en somme, une forte indigestion, par son type fébrile particulier. L'absence presque complète de nausées et de vomissements bilieux, de courbature persistant plusieurs jours; la cessation rapide de l'inappétence, les troubles intestinaux qui ne se présentent pas sous forme de constipation opiniâtre ou de diarrhée muqueuse, écarteront ce diagnostic.

La *bronchite*, la *congestion pulmonaire*, la *pleurite* ou la *pleurésie* au début, la *pneumonie* ou la *broncho-pneumonie*, seront éliminées par le type fébrile, par l'évolution, par un examen attentif de l'appareil broncho-pulmonaire, et surtout par la variabilité et la fugacité des phénomènes thoraciques; d'ailleurs l'embarras gastro-intestinal survit de beaucoup à ces manifestations.

(*A suivre.*)

TROUBLES DE LA VISION

ET MODIFICATION DU FOND DE L'ŒIL CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur BOURGUET (de Graissessac).

IV

Une remarque qui a bien aussi son importance est la suivante : les vieux houilleurs qui, dès leur jeune âge, ont été occupés à la mine soit avec des lampes à feu nu, soit avec des lampes de sûreté, sont atteints moins vite et moins profondément que les jeunes qui entrent dans la mine après leur puberté. Il y a là une question d'accoutumance très réelle, et surtout très efficace, qui a son utilité pour le médecin chargé de la santé des ouvriers.

On comprend, en ce qui concerne les vieux mineurs (et je parle, je ne saurais trop le répéter, de Graissessac seulement), qu'ils ont eu longtemps le bénéfice de la lampe à feu nu, c'est-à-dire le bénéfice des mines où l'aération se faisait bien, ou le bénéfice de mines où le grisou ne se montrait que par intervalles ainsi que le mauvais air (Touffe). Tout le secret de leur immunité apparente est là.

On pourrait y ajouter, au moins pour notre exploitation, une autre cause dont l'action est absolument incontestable, je veux parler de la durée du séjour dans la mine. Jadis les journées étaient plus courtes, on sortait pour prendre le repas de midi en plein air, ou tout au moins dans une atmosphère saine. Aujourd'hui, les nécessités de l'exploitation, la crise industrielle, la concurrence redoutable des voisins ou même des étrangers oblige à faire moins de concessions à l'hygiène et à travailler davantage. La présence longtemps continue dans un milieu malsain ne peut avoir que de mauvais résultats.

Voilà une question qui devrait tenter les économistes. Combien celui qui trouverait une solution pratique et conciliable avec tous les intérêts, aurait bien mérité de l'humanité! Mais le dilemme est là. Si vous travaillez peu, vous produisez cher, et je doute qu'il soit possible de tourner la difficulté.

Encore faut-il avouer qu'avec la meilleure volonté, on ne pourrait agir très sûrement. Les ouvriers eux-mêmes, dans bien des cas, ne s'y prêteraient pas, et je soupçonne fort que les chefs de service, même les mieux intentionnés, n'auraient pas la ténacité nécessaire pour obtenir de bons et sérieux résultats.

A l'heure présente, il ne reste plus que le médecin pour obtenir le changement d'un ouvrier. Ce n'est pas toujours facile et commode, et quoique déjà vieux dans le métier, il m'arrive de trop attendre et de me trouver en présence de lésions irréductibles, soit qu'on m'ait consulté trop tard, soit, ce que j'avoue sans honte aucune, que je n'aie pas jugé le cas assez grave pour agir au moment voulu.

Une bonne ventilation serait l'idéal. Je suis heureux de conclure, sur ce point, absolument de la même manière que mon confrère le docteur Paul Fabre (de Commentry). Ce praticien juste et véridique, s'occupant de la question à un point de vue plus général (2), réclame l'amélioration incessante de la ventilation pour rendre le travail du mineur aussi inoffensif que possible.

Ce qui est vrai pour les affections générales ne l'est pas

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1371.

(2) P. FABRE. *De l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs.*

moins pour les affections oculaires dont je m'occupe. En médecine, tout s'enchaîne, et les grandes fonctions que le manque d'air ou sa mauvaise composition influencent en mal ne peuvent être compromises sans qu'aussitôt les petites le soient à leur tour.

Je suis heureux de pouvoir dire que, depuis quelques années, à Graissessac, l'aération des galeries, ainsi qu'en témoignent les rapports des ingénieurs compétents, a fait de grands progrès; aussi les affections oculaires deviennent-elles de plus en plus rares, et je n'arriverai certainement pas à observer cent cas nouveaux.

Voici le tableau, par ordre de fréquence, des lésions que j'ai notées :

Congestion d'une papille, plus souvent des deux.	48
Atrophie de la papille	23
Atrophie d'un côté, congestion de l'autre. . . .	18
Atrophie choroïdienne	8
Anémie de la rétine	2
Hémorragie de la rétine	1
Total.	100

Il y aurait peut-être un travail intéressant à faire sur l'ordre successif que l'on pourrait rencontrer dans la marche des accidents observés, et sur leur influence réciproque; mais ce serait une étude de longue haleine que n'osera point entreprendre un médecin des mines, pendant sa vie militante généralement trop bien remplie. Je verrais pour ma part avec la plus grande satisfaction quelqu'un de mes collègues poser les fondements de l'édifice auquel, sans aucun doute, bon nombre d'observateurs apporteraient leur pierre.

J'ai cru remarquer, au début, la congestion, suivie de près par l'atrophie d'une papille, enfin l'atrophie des deux. Ce processus, qui représente exactement celui de la sclérose, s'accorde parfaitement avec le tableau ci-dessus.

Bien aérer la mine est donc le point important, la première chose qu'on doive avoir en vue. Il est constant que du haut en bas de l'échelle on se préoccupe de bien faire, et on ne saurait nier que de nombreux efforts sont tentés journellement pour arriver à la perfection relative. On conçoit sans peine, qu'il y aura toujours, au moins momentanément, des lacunes à combler. C'est ici que le rôle du médecin commence et devient important.

Que pouvons-nous faire pour atténuer le mal et pour le combattre quand il est déclaré?

En premier lieu, on doit, dès les premiers troubles, faire cesser le travail; user largement du système de roulement et surveiller exactement son monde; choisir les ouvriers dont les conditions générales peuvent faire espérer une résistance plus grande; ne pas laisser le premier venu entreprendre un travail que l'on sait dangereux; exclure les faibles, les fumeurs, les buveurs, ceux dont les poumons et le cœur fonctionnent mal.

Dans le second cas, qui malheureusement se présente le plus souvent, il faut distinguer deux états différents : 1° ou bien on n'est qu'au début du mal, et il est alors facile, en faisant travailler l'ouvrier au dehors d'abord, puis dans des chantiers bien aérés, de voir tout disparaître ; 2° ou bien des lésions déjà graves existent, que le séjour hors de la mine ne peut seul faire rétrocéder.

C'est ici que la thérapeutique entre en scène; je n'ose pas dire avec un plein succès. Des nombreux essais que j'ai tentés, et dont j'ai suivi avec le plus de persévérance possible la continuation, il m'est resté dans l'esprit une conviction bien arrêtée, à savoir : que c'est en recourant aux grands modificateurs de l'organisme, en s'attaquant à la nutrition générale, qu'on pouvait obtenir quelques avantages.

Bien déterminer l'état des fonctions générales, tenir en compte le tempérament du sujet, savoir surtout sous l'influence de quelles diathèses il se trouve, me paraissent des bases sur lesquelles on doit s'appuyer, sous peine d'agir à tout hasard et de passer à côté de la question. On voit par le simple énoncé de ces propositions, combien cette question de traitement de l'amblyopie des mineurs est vaste, et à combien d'aperçus elle peut donner lieu.

Qui ne comprend, par exemple, que chez un mineur dont le poumon fonctionne mal, qui est sujet à de l'eczéma ou à d'autres manifestations herpétiques, l'arsenic ne rendra de grands services, surtout si on l'associe, dans certains cas particuliers, à un autre reconstituant, le fer?

Malgré les bons effets que j'ai retirés de ce double agent thérapeutique (l'arséniate de fer), je lui préfère souvent, en raison de sa solubilité, l'arséniate de soude, administré avec prudence, mais sans parcimonie. Longtemps continué, avec de temps en temps quelques jours de suspension, j'ai obtenu avec ce sel des avantages incontestables qui, pendant quelques années, lui assignaient le premier rang dans mes préférences. Les doses varient de 2 milligrammes à 1 centigramme par vingt-quatre heures, en solution aqueuse en deux fois au moment des repas.

L'huile de foie de morue, surtout dans la saison froide, est un médicament précieux dont j'use largement. Mais il faut y revenir, ses effets ne me paraissant pas durables et disparaissant avec la cessation de son emploi.

Le phosphure de zinc ne me paraît pas mériter tous les éloges qu'on en a faits. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

33. M. Vailhen. De l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse. — 34. M. Mandomat. Sur quelques formes d'herpès de la cornée. — 35. M. Chauvain. Forme pleurétique sans épanchement du cancer du poumon. — 36. M. Prieur. Contribution à l'étude du phlegmon sous-pectoral. — 37. M. Watu. Les diarrhées infantiles et leur traitement par la diète hydrique. — 38. M. Aba. Étude clinique des troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. — 39. M. Thubert. Essai sur le sous-carbonate de soude avec étude préalable du bicarbonate de soude. — 40. M. Mourette. Essai sur le lavage du sang. — 41. M. Béta. L'hématologie et la pathogénie du purpura. — 42. M. Jeanty. De l'adénolymphocèle crurale en Haïti. — 43. M. Lemonnier. Kystes hydatiques du ligament large. — 44. M. Goguel. De l'intervention chirurgicale dans les ankyloses du coude consécutives à des traumatismes. — 45. M. Cels. Contribution à l'étude de la kératose filaire et de ses rapports avec l'ichtyose. — 46. M. Devoir. Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. — 47. M. Djebalian. Contribution à l'étude de l'arthropathie tabétique. — 48. M. Odoul. Contribution à l'étude du traitement par l'exérèse des fistules uréthro-périnéales. — 49. M. Archambaud. Tétanos pendant la grossesse. — 50. M. Richard. Contribution à l'étude des métrites séniles. — 51. M. Jacob. Sur les méfaits du biberon. — 52. M. Chenal. De la benzo-iodhydrine, comme succédanée de l'iodure de potassium.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les docteurs en médecine provenant soit de l'École de santé de Bordeaux, soit des Facultés de médecine, ne seront nommés médecins de deuxième classe du corps de santé des colonies, qu'après avoir accompli dix-huit mois de services, dont douze au moins aux colonies, en qualité de médecin stagiaire, et avoir été régulièrement proposés par le gouverneur pour le grade de médecin de deuxième classe. Les médecins stagiaires reçoivent la solde allouée aux médecins de deuxième classe.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Montpellier s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Malbois, Ardin Delteil et Jeanbran, *ex æquo*.—*Internes provisoires* : MM. Brintet et Casse, *ex æquo*; Bouvier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berthet (d'Albertville); Roux père (de Brignolles), ancien directeur du « Marseille médical »; Wedrychowski (de Messimy).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 142. — JEUDI 10 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 10 DÉCEMBRE 1896. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'application de la radiographie au diagnostic de certaines affections, et surtout de la présence de corps étrangers dans les organes profonds, rend tous les jours aux chirurgiens de grands services. Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Broca signalait un cas malheureux dans lequel un enfant avait avalé une clef de commode; comme on ne sentait rien, comme l'enfant ne présentait pas de symptômes, on se méfia des renseignements fournis par la nourrice, on n'intervint pas et l'enfant mourut étouffé. A l'autopsie, on trouva le corps étranger dans l'œsophage. Cet enfant aurait pu être sauvé si M. Broca avait eu, à cette époque, à sa disposition les rayons de Röntgen. Grâce à eux, M. Péan a pu, sur une fillette de quatre ans, reconnaître exactement le siège d'une pièce de 5 centimes, au niveau d'un des points les plus étroits de l'œsophage. Il a pratiqué l'œsophagotomie externe et il a pu extraire le corps étranger. Il a présenté à l'Académie l'enfant complètement guérie. S'il est donc une application rationnelle de la radiographie, c'est bien certainement dans la recherche des corps étrangers que les enfants avalent si fréquemment, dont il est souvent si difficile de reconnaître le siège et qui peuvent entraîner rapidement la mort de ces enfants.

M. Schwartz a rapporté un cas de torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal. Il s'agissait d'une tumeur solide insérée sur l'utérus, au niveau de la corne gauche, par un pédicule gros comme le petit doigt et tordu sur lui-même. Par suite de cette torsion de son pédicule, ce fibrome avait subi d'importantes altérations et déterminé des phénomènes inflammatoires. Ces faits de torsion des pédicules de tumeurs solides sont assez rares.

M. Motais (d'Angers) a fait une communication sur la valeur hygiénique des éclairages artificiels. Après avoir étudié les différents modes d'éclairage actuellement en usage, M. Motais arrive à cette conclusion qu'ils ne sont pas le dernier mot du progrès et que l'hygiène demande de la lumière abondante et à bon marché, de quelque source qu'elle vienne.

Signalons, enfin, un rapport de M. Gautier sur une observation présentée par M. Duchesne et relative à un cas de gastro-entérite attribuée par lui à l'absorption de lait ayant séjourné douze heures dans un vase en fer blanc étamé. M. Gautier n'admet pas l'étiologie invoquée par M. Duchesne; il croit que le plomb, dans ce cas, est étranger à l'intoxication et que celle-ci a été due à une fermentation microbienne du lait dans une boîte mal tenue.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et de matière médicale. Sur 87 votants, M. Huchard a été élu par 74 suffrages. C'est là un succès bien mérité, et nous sommes heureux de joindre nos félicitations à celles des nombreux amis de notre collègue.

HOPITAL COCHIN. — M. A. CHAUFFARD.

Dermo-fibromatose pigmentaire (ou neuro-fibromatose généralisée). Mort par adénome des capsules surrénales et du pancréas (1).

Avant de relater à la Société l'histoire du malade dont je vais présenter les pièces, je commence par m'excuser de son intitulé. Nous n'avons que trop de qualificatifs nouveaux en médecine, et cependant en voici un que je propose, pour désigner la curieuse affection, bien étudiée, en 1882, par Recklinghausen, plus récemment par Landowski et P. Marie (2), et que l'on désigne sous le nom de *neuro-fibromatose généralisée*. Je dirai tout à l'heure pour quelles raisons cette dernière appellation me paraît défectueuse.

Voici d'abord le fait clinique et anatomique (3).

B..., âgé de trente-sept ans, entre le 15 mars 1896 dans mon service de Cochin. C'est un homme assez grand, maigre, d'aspect peu robuste. Il est fils d'un père alcoolique, a perdu deux frères de tuberculose pulmonaire; personne dans sa famille n'a présenté, du côté de la peau, ni tumeurs multiples, ni taches pigmentaires.

Pas d'autres antécédents personnels qu'une pleurésie sèche du côté gauche, il y a six mois, accompagnée d'un érysipèle bénin de la face. Aucune suspicion, passée ou présente, de tuberculose pulmonaire; pas de syphilis ni d'alcoolisme.

B... entre à l'hôpital pour une diarrhée chronique, datant de quinze mois, et accompagnée de coliques dans les régions

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.
(2) P. MARIE. *Leçons de clinique médicale*, 1896, p. 242.
(3) Observation recueillie par M. F. RAMOND, interne du service.

cæcale et péri-ombilicale. Cinq à six selles liquides sont rendues chaque jour; jamais elles n'ont paru ni sanglantes, ni graisseuses. On constate une sensibilité diffuse du ventre, sans empâtement, ni tumeur.

Cette diarrhée a persisté, plus ou moins abondante, pendant les différents séjours du malade dans le service.

On constate, en outre, le *syndrome complet de la neuro-fibromatose*.

A la surface, et dans l'épaisseur de la peau, existent 110 à 120 petites *tumeurs nodulaires*, variant entre le volume d'une lentille et celui d'une noisette, sessiles ou largement pédiculées, mobiles, asymétriques, indolentes à la pression. La peau, à leur niveau, ne présente aucun changement de coloration.

On compte environ 65 nodules sur la région abdominale; 3 à la nuque; 17 à la région dorsale; 10 au membre inférieur gauche, surtout près de l'aine; 6 au membre inférieur droit; 5 au bras gauche, tandis que le bras droit reste indemne; 3 au visage, dont une au menton, un peu au-dessous de la commissure labiale gauche.

Les premières tumeurs ont apparu, il y a cinq ans, au visage, au bras gauche, à l'épigastre. Depuis, elles ont augmenté à la fois en nombre et en volume.

La *coloration de la peau* est, dans son ensemble, un peu terreuse et foncée. On note, de plus, l'existence d'une vingtaine de *taches pigmentaires*, teinte café au lait ou roussâtres, à contours irréguliers, et grandes à peu près comme une pièce de cinquante centimes. Elles sont principalement réparties sur la peau du tronc et des lombes.

Ces taches pigmentaires, dit le malade, existent depuis fort longtemps, mais, depuis trois ans, elles seraient devenues plus nombreuses et plus étendues.

Aucune pigmentation anormale des muqueuses, ni des organes génitaux.

Enfin, quelques *nævi* lenticulaires et pigmentés sont irrégulièrement disséminés, cinq à la partie antérieure du thorax, trois sur le ventre, deux à la face. Ces deux derniers dateraient de l'enfance; les autres étaient restés inaperçus.

Voilà ce que nous constations chez notre malade, les autres organes paraissant sains. J'ajoute qu'il n'existait pas de troubles nerveux nets; qu'aucun fibrome n'était perceptible sur le trajet des troncs nerveux accessibles à la palpation.

Dans le courant de l'été, B... revient deux fois dans le service; à chaque nouveau séjour, il est plus affaibli et plus maigre.

En juillet, il a perdu 5 kilogrammes de son poids; il est sans forces, les téguments ont pris une teinte plus foncée, toujours sans pigmentation des muqueuses.

La diarrhée persiste, quoique moins abondante, et les selles semblent parfois un peu graisseuses.

L'appétit a disparu, et, une demi-heure environ après les repas, se produisent des vomissements alimentaires, abondants et douloureux.

Sensibilité profonde du ventre, surtout dans le flanc droit, sans tumeur appréciable. Douleurs spontanées, continues, irradiant des lombes vers l'ombilic et les flancs, forçant le malade à se tenir assis sur son lit et courbé en avant. Les injections de morphine procurent seules quelque soulagement.

L'examen du suc gastrique montre une absence totale d'acide chlorhydrique libre, des traces de peptone et d'acide lactique.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La perte des forces est absolue; à peine le malade peut-il se lever, il s'amaigrit de plus en plus, malgré le gavage à la sonde et les lavements alimentaires; il meurt le 13 août, dans un état de marasme cachectique.

Autopsie. — L'autopsie nous a montré deux séries de lésions également intéressantes et ayant trait les unes aux petites tumeurs de la peau, les autres à l'état des capsules surrénales et du pancréas.

I. L'examen et la dissection des nodules sous-cutanés montrent leur indépendance complète d'avec les nerfs adjacents. Nulle part les petites tumeurs ne sont accolées aux filets nerveux, échelonnées sur leurs trajets. Elles ne méritent donc aucunement le nom de neuro-fibromes.

De même, on ne constate aucun renflement nodulaire ou fusiforme des nerfs profondément situés.

Déjà, pendant la vie du malade, l'examen biopsique, pratiqué et publié par mon interne, M. Ramond (1), avait permis de constater que le point de départ des formations fibromateuses n'était nullement périnévritique. Deux petites tumeurs enlevées et fixées, l'une par l'alcool, l'autre par l'acide osmique, ne montraient sur les coupes que du tissu fibreux adulte, irradié, entourant par places des vaisseaux ou de très rares faisceaux nerveux, sans que le périnèvre ou les parois vasculaires semblent être le point de départ du processus. Nulle part on ne rencontre ni fibres musculaires lisses, ni vestiges de glandes sudoripares ou sébacées.

Voilà donc un cas de plus, comparable à ceux que présentait ici même notre collègue M. P. Marie (2), où la systématisation périnévritique des fibromes semble ne pas exister. Le cas actuel est même encore plus probant, puisque l'autopsie complète a pu être pratiquée, et a montré l'intégrité des troncs nerveux superficiels et profonds.

Il semble donc bien que la qualification de *neuro-fibromatose*, appliquée à la maladie de Recklinghausen, ait le grave défaut d'impliquer comme constant un processus périnévritique, qui manque souvent. Aussi Landowski (3), après Lahmann, dans un travail récent, admet-il que les tumeurs cutanées peuvent avoir des origines diverses et se développer aux dépens soit des gaines périvasculaires ou nerveuses, soit des enveloppes conjonctives des glandes sudoripares ou sébacées. Notre cas nous permet bien de récuser l'origine périnévritique, mais ne nous montre pas nettement le point de départ du processus fibromateux. Il n'en reste pas moins de plus en plus prouvé que tous les faits de ce genre, bien qu'assez analogues cliniquement, peuvent relever de processus différents, et que, si le nom de neuro-fibromatose leur était conservé, ce ne serait que faute d'une dénomination meilleure, capable à la fois de s'appliquer à tous les faits, et de donner, de la symptomatologie complexe de cette singulière affection, une idée suffisante.

En réalité, il semble que deux catégories de faits, analogues par leurs apparences cliniques, dissemblables par le siège et l'origine des fibromes, doivent être distinguées.

A. Fibromes à point de départ périnévritique et accompagnés de névromes multiples, ramulaires ou tronculaires.

B. Fibromes à point de départ non périnévritique et non accompagnés de névromes multiples.

Dans les deux cas, existence de nævi et de taches pigmentées de la peau, de troubles nerveux, etc.

---

(1) F. Ramond. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 375.

(2) P. Marie et A. Bernard. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896, p. 200.

(3) Landowski. La neuro-fibromatose généralisée, *Gaz. des hôpit.*, 20 août 1896.

Ces deux catégories de faits sont à coup sûr proches voisines; nous ne pouvons encore apprécier leur fréquence relative. Un des malades étudié par M. Marie ne présentait, comme le mien, aucun fibrome sur le trajet des nerfs, ainsi que l'a montré l'autopsie.

On est donc autorisé, je crois, à proposer une dénomination à la fois plus descriptive et plus large au point de vue de la pathogénie histologique.

On pourrait désigner l'ensemble de ces faits sous le nom de *fibromatose pigmentaire*, indiquant ainsi les deux éléments symptomatiques essentiels de l'affection.

Puis dissocier deux variétés anatomiques distinctes, suivant que l'examen clinique, ou l'autopsie, montre l'existence de névromes multiples, ou que les fibromes restent exclusivement cutanés et que leur point de départ névritique reste douteux.

Au premier groupe s'appliquerait le nom de *neuro-fibromatose pigmentaire*; au second, le nom de *dermo-fibromatose pigmentaire*.

Il y a là plus qu'une question de mots. Voilà une affection dont la pathogénie, la nature intime, nous reste complètement ignorée. Nous ne la connaissons que par ses apparences objectives et par ses lésions histologiques. Au moins faut-il que la désignation que nous lui appliquons donne des unes et des autres une notion suffisante et surtout exacte.

Voilà pour quelles raisons je me suis permis de donner à l'observation qui précède le titre de *dermo-fibromatose pigmentaire*. *(A suivre.)*

FIÈVRES GASTRO-INTESTINALES SIMPLES DE LA SECONDE ENFANCE (1)

Par le docteur H. Grasset (de Nogent-sur-Marne).

II

Formes rémittentes ou irrégulières. — A côté de ce type bien net que nous venons de décrire, il en existe d'autres où la marche de la température est très variable. A part le cycle fébrile, l'évolution est la même que pour la fièvre polyrémittente.

S'il y a rémittence bien nette et accentuée, comme dans l'embarras gastrique fébrile, la marche de la maladie s'en distingue très nettement.

Dans certains cas, les poussées fébriles sont tout à fait irrégulières, tantôt le matin, tantôt le soir ou la nuit; il semble qu'il y ait des décharges brusques d'auto-intoxication. Dans l'intervalle de ces accès, l'état maladif est très atténué. Autrefois, pendant un ou plusieurs jours, on peut croire à la convalescence, puis, toujours brusquement, la fièvre réapparaît; sont-ce des rechutes successives ou une évolution particulière?

Dernièrement, le docteur Dinami [de Curinga (2)] a signalé une forme d'infection intestinale qui se manifeste par des accès fébriles très analogues à ceux de la fièvre intermittente d'origine malarienne. Cette fièvre survient par accès que séparent des intervalles d'apyrexie complète et l'accès présente les trois stades classiques du paroxysme fébrile palustre.

Les périodes d'apyrexie sont nettes dans la plupart des cas et les accès se répètent chaque jour ou à des intervalles de un ou deux jours; pendant les périodes d'apyrexie, les petits malades ne reprennent pas leur bonne humeur habituelle; ils sont pâles, abattus et en même temps irritables. La durée n'a jamais dépassé quinze jours. La langue paraît souvent normale, le ventre est indolore, rarement ballonné; il n'y a pas de gargouillements dans les fosses iliaques, les vomissements sont rares. Souvent, il existe une constipation interrompue de temps à autre par des selles diarrhéiques. La rate n'est pas augmentée de volume, l'urine est pâle, limpide, non albumineuse. La quinine est inefficace.

Formes éruptives. — Nous avons déjà vu que ces formes pouvaient se présenter ou en rechute dans la convalescence d'une forme simple ou en récidive à distance chez un enfant atteint précédemment. Le plus souvent, elles se manifestent d'emblée. Nous trouvons comme évolution la même marche que dans les formes ordinaires peu accentuées; il n'y a rien de particulier à y ajouter; le type fébrile est rarement polyrémittent, il est le plus généralement irrégulier. La fièvre dure peu, elle est accompagnée d'une éruption cutanée la suivant de près et pouvant simuler toutes les fièvres éruptives.

Cette éruption, souvent de courte durée, est rarement polymorphe sur le même individu; elle commence fréquemment par le visage ou la partie supérieure du tronc, moins souvent par la partie inférieure; elle peut envahir toute la surface cutanée, les bras et les mains, les cuisses et les jambes, ou rester limitée (mais rarement) à la face ou au tronc; elle peut être en nappe et confluente ou discrète et disséminée, ce qui est plus rare.

Elle simule, par ordre de fréquence, la rougeole et la rubéole, la scarlatine, l'urticaire; dans certains cas, elle se présente sous forme de petites pustules minimes, séchant sur place; dans d'autres, ce sont des pustules plus grosses, rares, disséminées. Ces dernières formes se présentent surtout chez les enfants plus jeunes, elles sont de beaucoup moins fréquentes.

L'embarras gastro-intestinal précède l'éruption d'un jour ou deux et lui survit six à huit jours. L'examen de la gorge est toujours négatif; les urines sont peu chargées et point albumineuses ou sucrées. La durée de l'éruption dépasse rarement deux à quatre jours, quoique l'évolution puisse avoir lieu par poussées successives rapprochées. Il n'y a jamais de desquamation, ni d'élimination furfuracée.

Le diagnostic est facile. La *rougeole* présente généralement un état fébrile plus accentué, du catarrhe oculo-naso-pharyngien qui fait défaut dans notre affection, dans laquelle il n'y a pas non plus de courbature générale, ni d'énanthème.

La *roséole* ou *rubéole* se distingue parce qu'elle présente des chaînes ganglionnaires multiples; elle est, comme la rougeole, épidémique, présente du catarrhe oculo-nasal, de la desquamation et des démangeaisons. L'infection gastro-intestinale éruptive ne présente pas de symptômes thoraciques, ni d'énanthème.

La *scarlatine* s'élimine par l'absence d'angine, l'évolution, l'examen des urines, et surtout par le manque de desquamation; il n'y a, en outre, pas de néphrite à la suite de l'infection gastro-intestinale.

L'*urticaire* n'a rien qui puisse nous étonner, car il est très souvent une forme d'intoxication gastro-intestinale. Nombre de maladies cutanées de l'enfance sont attribuées d'ailleurs à des troubles dyspeptiques.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1379.
(2) Voir *Semaine méd.*, 23 sept. 1896.

On ne peut penser aux *éruptions médicamenteuses* qui ont une cause bien nette qui n'existe pas dans les cas qui nous occupent.

Le pronostic est bénin dans tous les cas.

Traitement. — Étant donné la cause de la maladie, la marche à suivre est bien simple : il faut procéder au nettoyage du tube digestif.

Un purgatif au début; purgatif salin chez les enfants plus âgés, calomel chez les plus jeunes. D'ailleurs le calomel réussit également bien chez les uns et les autres.

La quinine n'a aucun effet.

Je donne le calomel sous la forme suivante :

Calomel	15 à 40	centigrammes.
Lactose	50	—

à prendre dans une cuillerée de lait.

Quelquefois je le prescris à dose fractionnée :

Calomel	3	centigrammes.
Lactose	ââ 30	—
Benzonaphtol		

F. s. a. pour un paquet, à prendre toutes les trois heures dans du lait, quatre *pro die*.

Le régime lacté doit être rigoureux. On peut faire couper le lait avec de l'eau de Vichy, quelquefois avec un peu de café.

Le benzonaphtol et le bétol sont administrés à l'intérieur à la dose de $1^{gr}50$ par jour environ.

Deux lavements quotidiens à l'eau bouillie et refroidie, simple ou naphtolée (25 centigrammes par litre).

Dans les cas les plus graves, lotions froides ou bains froids; bains tièdes légèrement si la famille est réfractaire à cette thérapeutique.

Révulsion contre les phénomènes thoraciques intenses; dans ces formes, ce sont les bains et les lotions qui réussissent le mieux et donnent les plus beaux succès.

Il faut éviter de donner autre chose que du lait, tant que la langue est chargée, ne revenir à l'alimentation ordinaire que petit à petit, en débutant par les potages au lait ou les œufs. Les bouillons gras ne viennent qu'en dernier lieu et précèdent l'alimentation ordinaire.

THÉRAPEUTIQUE

Bromoforme dans la coqueluche.

M. Marfan a modifié, ainsi qu'il suit, une formule qu'il avait premièrement adoptée :

Bromoforme	XLVIII	gouttes.
Huile d'amandes douces	15	grammes.
Gomme arabique	15	—
Eau de laurier-cerise	4	—
Eau distillée q. s. pour faire	120	cent. cubes.

Mélangez d'abord le bromoforme et l'huile et agitez fortement; puis ajoutez le reste.

Une cuillerée à café renferme II gouttes de bromoforme.

Faut-il prohiber l'emploi des sels de cuivre dans la préparation des conserves alimentaires ?

Voici l'opinion que M. Duclaux, professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris, exprime au sujet des sels de cuivre, publiée dans les *Annales de l'Institut Pasteur* :

« Je voudrais voir les hygiénistes déclarer au public que, pour sa sécurité absolue, il vaut mieux qu'il renonce aux légumes verdis par les sels de cuivre, et accepte la couleur qu'ils prennent naturellement quand on les fait cuire. Esthétiquement, le jaune vaut le vert, et physiologiquement le jaune est moins dangereux. Après avoir ainsi prémuni le public contre un danger qu'il ignore et contre lequel il se croit garanti par l'autorisation donnée aux fabricants de conserves, je voudrais que les hygiénistes obtinssent des pouvoirs publics un arrêté conçu dans ces termes, ou dans des termes équivalents : « Les sels de cuivre sont trop peu dangereux pour qu'on puisse en interdire l'emploi, mais les fabricants qui s'en servent le font sous leur responsabilité, et tous les accidents qui seraient imputables à leurs produits sont à leur charge, même lorsqu'il serait démontré que la boîte qui les a produits ne contiendrait pas plus de cuivre que d'autres boîtes restées inoffensives. » Ceci est destiné à laisser les exceptions dans le droit commun. De ce que j'ai le canal digestif plus sensible que mon voisin, il ne s'ensuit pas que vous ayez le droit de me vendre, sans me le dire, des aliments contenant des substances qui leur sont étrangères, et qui me font mal. Vous m'avez fait du tort : vous devez le réparer.

J'ai tenu à aller jusqu'à cette conclusion, parce que c'est une conclusion de principe qui en contient une foule d'autres. »

Moyens d'enlever le goût nauséeux de l'huile de foie de morue.

On prend 400 grammes d'huile, 28 grammes de café torréfié et moulu, 10 grammes de noir animal en poudre, et on chauffe le tout au bain-marie, à 60 degrés, pendant un quart d'heure dans un matras bouché. Après avoir retiré le mélange du feu, on l'abandonne à lui-même pendant deux ou trois jours, en agitant de temps à autre, puis on filtre au papier. On obtient de cette façon une huile limpide, ambrée, ayant une odeur et une saveur de café très prononcées. Ce procédé est du docteur Caro Pavesi. (*Gaz. méd. de Liège.*)

Mixture pour le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés. (C. Scott.)

Sulfate d'hydrastine	ââ 25	centigrammes.
Acide borique		
Biborate de soude		
Teinture d'opium	5	grammes.
Eau distillée	25	—

F. s. a. — Usage externe.

On instille dans l'œil, d'heure en heure, quelques gouttes de ce mélange. Dans les intervalles, on pratique des irrigations avec de l'eau bouillie tiède et on applique un peu de vaseline sur les bords palpébraux. Les résultats de ce traitement seraient excellents.

Substances incompatibles avec l'antipyrine.

Les substances suivantes précipitent l'antipyrine de ses dissolutions aqueuses :

1° L'acide phénique en solution concentrée;
2° Le tannin et les préparations tanniques;
3° La teinture d'iode;
4° Les chlorures de mercure.

Les substances suivantes décomposent l'antipyrine quand on les triture à sec avec cette dernière :

1° Le calomel, qui forme avec l'antipyrine une combinaison toxique;

2° Le naphtol β;

3° Le chloral, qui forme un liquide oléagineux;

4° Le bicarbonate de soude; au contact des deux corps, il se dégage une odeur d'éther acétique;

5° Le salicylate de soude, qui forme également avec l'antipyrine un mélange oléagineux;

6° Les sels de quinine et de caféine, dont la solubilité est accrue par l'antipyrine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

RAPPORT

Intoxication par le lait. — M. GAUTIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Duchesne. Il s'agit d'un adulte et d'un enfant qui ont présenté des phénomènes de gastro-entérite à la suite de l'absorption de lait ayant séjourné douze heures dans un vase en fer blanc étamé. M. Duchesne attribuait ces accidents au plomb. Ce n'est pas l'avis de M. le rapporteur qui ne reconnaît pas, dans ces cas, les caractères spécifiques et l'intoxication plombique. Il aurait d'ailleurs fallu démontrer que le lait était plombifère. Pour M. Gautier il s'agit simplement, dans ce cas, d'une intoxication par fermentation microbienne du lait contenu dans une boîte mal tenue.

LECTURE

Torsion du pédicule des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus. — M. SCHWARTZ communique l'observation d'une femme de quarante-six ans qui présentait, depuis deux ans, des troubles menstruels, des douleurs abdominales avec des alternatives de constipation et de diarrhée. A l'examen, on constate, à gauche du fond de l'utérus, une tumeur volumineuse, douloureuse à la pression. La laparotomie montra l'existence d'une masse occupant toute la partie inférieure gauche de l'abdomen, de coloration grisâtre, de consistance élastique, faisant penser à une poche liquide. Elle présente l'aspect d'un kyste à pédicule tordu enflammé. Une ponction donne issue à du sang.

Il s'agit d'une tumeur solide insérée sur l'utérus, au niveau de la corne gauche et en arrière, par un pédicule gros comme le petit doigt, long de 2 centimètres et manifestement tordu sur lui-même (trois quarts de tour environ). La tumeur est enlevée après ligature du pédicule. L'examen fit reconnaître un fibrome pédiculé ayant subi, de par la torsion, des altérations importantes, et déterminé des phénomènes de péritonite subaiguë et des adhérences intestinales.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et de matière médicale. (Voir le Premier-Paris.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Œsophagotomie externe pour corps étranger. — M. PÉAN présente une fillette de quatre ans à laquelle il a pratiqué une œsophagotomie externe pour extraire une pièce de cinq centimes avalée dix jours auparavant.

Le médecin, appelé tout d'abord, voyant que la déglutition des liquides était facile, avait pensé que le corps étranger avait pénétré dans l'estomac; au bout de douze jours, l'enfant ayant ressenti des douleurs au cou, on fit des tentatives d'extraction qui n'aboutirent pas, mais qui firent supposer que la pièce de monnaie était arrêtée au niveau d'un des points les plus étroits de l'œsophage, à l'entrée du thorax. La radiographie justifia de la façon la plus nette cette supposition.

En raison du temps qui s'était écoulé depuis la déglutition du corps étranger, des manœuvres qui avaient été faites, du mucus sanguinolent qui avait été rejeté par la malade et du gonflement pré-œsophagien qui existait, M. Péan procéda à l'œsophagotomie externe. L'incision fut faite à la peau depuis le niveau de l'angle de la mâchoire jusqu'à la première pièce du sternum en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; l'aponévrose cervicale superficielle fut ensuite coupée; immédiatement au-dessous on mit successivement à découvert les muscles trachéaux, la trachée et l'artère carotide qui servirent de points de repère ; les ganglions lymphatiques étaient tellement tuméfiés à ce niveau qu'ils furent excisés.

Autant il fut facile de découvrir les faces externe et postérieure de la trachée, malgré le volume que ce canal présente à cet âge, autant il fut difficile, même en s'aidant du doigt et de la sonde cannelée et en cherchant les rapports avec la face antérieure de la colonne vertébrale, de voir et de sentir l'œsophage, bien qu'il contînt le corps étranger. Cependant, dès qu'il fut mis à découvert, M. Péan pensa, avant de l'ouvrir, qu'il serait bon de tâcher d'exercer à travers les tuniques une propulsion de bas en haut, de façon à refouler, autant que possible, le corps étranger dans ce sens, assez pour pouvoir le sentir par la cavité buccale.

Grâce à ces manœuvres, en introduisant l'index dans toute sa longueur, par la bouche, il fut possible de sentir le bord supérieur du sou assez nettement pour que, le doigt servant de guide, la pièce pût être saisie et attirée au dehors avec une pince. Le résultat immédiat fut des plus satisfaisants.

Cette observation est d'autant plus intéressante que la présence des corps étrangers dans l'œsophage est souvent méconnue chez les enfants pendant la vie et que le diagnostic n'est porté qu'après la nécropsie. C'est ainsi que M. Péan cite l'exemple d'un enfant à peu près du même âge qui mourut dans le service de Denonvilliers, pendant qu'il était son interne.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage ulcéré en même temps que l'aorte, par une pièce de deux francs que l'enfant avait avalée.

COMMUNICATION

Valeur hygiénique des éclairages artificiels. — M. MOTAIS (d'Angers), après avoir signalé la défectuosité de l'éclairage des collèges et des maisons privées, insiste sur ce point que le défaut de lumière est des plus dangereux pour des yeux qui travaillent. On doit lui attribuer, pour une large part, le développement de la myopie, qui prend aujourd'hui une extension si redoutable.

Le gaz et le pétrole contiennent beaucoup de rayons jaunes rouges. Ce sont des lumières chaudes. Mais leurs inconvénients peuvent être atténués, dans une certaine mesure, et au point de vue de la qualité, elles ne méritent pas leur mauvaise réputation. Le bec Auer a le double avantage de donner plus de lumière et moins de chaleur. La lampe à huile est moins chaude et préférable au gaz et au pétrole. La lumière électrique à arc contient une forte proportion de rayons violets qui, contrairement à la théorie, n'ont aucune action fâcheuse sur l'œil. La lumière des lampes à incandescence est, de toutes les lumières artificielles, celle qui se rapproche le plus de la lumière solaire.

Toutes les lumières, sauf la lumière électrique, versent dans l'air des gaz irrespirables qui nécessitent, dans les salles publiques, une ventilation active.

La lumière électrique ne donne qu'une faible élévation de température. Toutes les autres échauffent non seulement l'air de la salle, mais directement la tête et les yeux.

Toute lumière tremblotante (bougie, bec de gaz papillon, etc.) doit être rejetée comme lumière de travail.

La quantité de lumière est le point le plus imposant et le moins étudié. M. Motais adopte comme type d'éclairement une quantité de lumière dite : Carcel, produite par une lampe modérateur à huile, de 16 lignes, placée dans des conditions déterminées.

Dans les maisons privées, l'éclairage normal se fera dans les conditions suivantes : lampe à huile de 16 lignes, ou lampe à pétrole de 14 lignes, ou lampe Edison de 16 bougies, abat-jour en carton assez abaissé pour intercepter la vue du foyer lumineux. Table de 1m30 de diamètre; quatre ou six personnes peuvent prendre place à cette table, en ayant soin de placer leur livre ou cahier à moins de 50 centimètres du pied de la lampe. Attitude droite; les yeux étant de 30 à 35 centimètres de l'ouvrage.

Quant à l'éclairage public, l'intensité des différents foyers intensifs ayant été déterminée par des expériences photométriques et la mesure de l'intensité du milieu lumineux ayant été prise au moyen d'une chambre noire mobile, nous avons indiqué la hauteur à laquelle doivent être placés les différents foyers et leur surface. Il serait préférable d'appliquer à tous les ateliers et aux collèges ruraux, la combinaison d'un éclairage général et d'un éclairement par groupes (ateliers de typographie).

En somme, les différents procédés d'éclairage actuellement connus ne sont pas le dernier mot du progrès. L'hygiène demande instamment de la lumière abondante et à bon marché, qu'elle vienne de l'électricité vulgarisée, du perfectionnement des systèmes à incandescence, ou de l'acétylène.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Pourquoi et comment devient-on phtisique (1), par Valentin GILBERT.

Dans les deux premières parties de cet ouvrage, l'auteur a exposé, à l'usage du public non médical, ce que l'on sait de plus important sur la contagion et la prophylaxie de la tuberculose. Chaque malade y trouvera ce qu'il importe qu'il sache pour ne pas contagionner ses semblables.

La troisième partie, qui s'adresse aux médecins, expose les idées de l'auteur sur le traitement de la tuberculose par la créosote, il est partisan de l'injection hypodermique et des hautes doses.

Dans un court appendice, il fait connaître le curieux procédé par lequel il traite la pleurésie tuberculeuse non purulente. Il injecte sous la peau du thorax 1 centimètre cube du liquide même de la pleurésie. Il se produit une réaction fébrile assez intense, semblable à celle que provoquait la tuberculine de Koch, et le liquide pleurétique ne tarde pas à se résorber. Sur dix-sept malades ainsi traités le résultat a paru nettement favorable.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris (2), par Fernand ROUX.

Recueil de formules et résumés de méthodes de traitement, signés par des professeurs, des agrégés, des médecins des hôpitaux : il y en a de bonnes, de médiocres et de pires, comme il arrive le plus souvent dans des compilations de ce genre.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan; Genève, Georg et Cie.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Steinheil.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

53. M. LEGRAND. Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale. — 54. M. VULPIAN. Des mélanodermies. Étude séméiologique et pathogénique. — 55. M. DESLANDES. Des accidents gravido-cardiaques. — 56. M. HAUSER. Contribution à l'étude étiologique de la fièvre typhoïde. — 57. M. FRITEAU. Les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial. — 58. M. LAURENT. Contribution à l'étude des applications de la nouvelle photographie par le procédé Rœntgen à la chirurgie et à la médecine. — 59. M. MARTEL. Étude des influences exercées sur le développement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse. — 60. M. DUMAS. Séro-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde. — 61. M. PESCHEUX. Des points hystérogènes et, en particulier, des points hystérogènes frénateurs. — 62. M. DHEUR. De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques. — 63. M. MOUEZY. Du traitement de la luxation de la hanche en avant. — 64. M. MARGOTTE. De l'hémicraniectomie temporaire. — 65. M. GROSCLAUDE. Contribution à l'étude de l'opération d'Estlander-Létiévant. (L'hémorragie au cours de cette opération.) — 66. M. RICHE. Du goitre exophtalmique. Interprétation nouvelle. — 67. M. LEBLANC. Gastrorragie et perforation dans l'ulcère de l'estomac. — 68. M. BONCOUR. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. — 69. M. MOTZ. Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate. — 70. M. HERNETTE. Pathogénie et traitement de l'entéroptose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Straus, professeur de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris.

— Dimanche a eu lieu au grand amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, une réunion de la Ligue nationale contre l'alcoolisme.

M. le docteur Laborde a, par des expériences, prouvé les effets toxiques de l'alcool et des essences employées à la confection des apéritifs et de l'absinthe.

M. le docteur Legrain a parlé des effets de l'alcoolisme snr l'individu et sa descendance; et par des tableaux il a fait voir la progression effrayante de la consommation alcoolique et des conséquences qui en résultent.

M. le docteur Philbert a remercié, au nom de la Ligue, le président et les conférenciers. Il a fait ensuite appel aux auditeurs en leur demandant leur adhésion à la Ligue.

— Par arrêtés ministériels, en date du 7 décembre 1896 : 1° un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté de médecine de l'université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille; 2° un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Berg, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Besnard (de Saumur); Th. Boussuge (de Lyon); Simon (de Beauvoir-sur-Mer); Placet (de Versailles).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les billets d'aller et retour délivrés du 24 décembre au 3 janvier, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 5 janvier.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. IV, n° 6, décembre 1896.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr. ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


DRAGÉES
ST ANDRÉ
MAYNIEL


HF



Nº 143. — SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1896. — Nº 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'ostéomyélite vertébrale.

Par A. CHIPAULT,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

L'ostéomyélite vertébrale, affection rare, n'a été séparée de la tuberculose vertébrale, affection commune, que depuis quelques années : cette dissociation n'a même été faite que pour l'ostéomyélite vertébrale aiguë ; l'ostéomyélite vertébrale prolongée et l'ostéomyélite vertébrale chronique d'emblée, qui certainement existent, restent encore confondues dans le groupe des ostéites vertébrales tuberculeuses : c'est donc de l'ostéomyélite vertébrale aiguë seule que nous allons pouvoir nous occuper ici.

I

Malgré la publication de quelques faits anciens, son existence, entrevue par Verneuil, ne fut péremptoirement affirmée, sur des observations dont quelques-unes du reste sont peut-être discutables, que par Cadeilhan, élève du professeur Lannelongue, dans sa thèse de 1879. Peu après, un fait absolument net, recueilli dans le service de M. de Saint-Germain, était publié par M. Poirier, et nous faisions, à l'aide de deux observations avec examen bactériologique, prises dans le même service, la première étude d'ensemble de cette affection, étude dont les conclusions furent reproduites dans la thèse de notre élève et ami Tournadour. Après une période de silence de quelques années, quatre mémoires importants viennent de lui être consacrés à l'étranger (Morian, Müller, Hahn, Makins) ; d'autre part, nous venons d'en observer un exemple nouveau et intéressant. Il nous semble donc nécessaire de reprendre son histoire, en nous basant sur un ensemble documentaire, qui comprend aujourd'hui 31 observations, y compris nos 3 observations personnelles (1).

II

Voici d'abord ces trois observations : la première déjà publiée par nous dans la thèse de Tournadour, et qui est, disons-le dès maintenant, la seule que nous connaissions d'ostéomyélite vertébrale à streptocoques ; la seconde également publiée dans la même thèse, et que nous compléterons par la description de l'état actuel du malade ; la troisième, enfin, entièrement inédite.

OBSERVATION I. — J. F..., âgé de deux mois et demi, est amené dans le service de M. de Saint-Germain, en 1890, par sa mère, qui souffre depuis l'accouchement de douleurs dans le ventre et de pertes blanches. Son enfant a toujours été mal portant : il y a plus d'un mois que ses coudes ont commencé à grossir, sans qu'il en ait beaucoup souffert. A son entrée, ils contiennent une quantité considérable de liquide, qui semble avoir fusé le long des os du bras et de l'avant-bras ; il n'y a pas à leur niveau de rougeur de la peau. L'articulation coxo-fémorale droite contient aussi manifestement du liquide ; enfin il existe sur la partie postérieure de la deuxième vertèbre sacrée, à droite de la ligne médiane, une collection fluctuante adhérente à l'os. L'examen de ces collections ne provoque pas de protesta-

(1) Voici, classées par ordre alphabétique, les vingt-huit observations publiées jusqu'à ce jour :

BALLANCE. Acute inflammation of the occipito-atlantal joints accompagned by pyœmia. Death, *The Lancet*, 1884, t. I, p. 888. — H. six ans. Douleurs dans la nuque et la tête, empêchant le sommeil. Le quatrième jour, l'enfant, lorsqu'il est debout, a les bras serrés sur les côtés, et ne meut la tête qu'avec le reste du corps ; les pressions sur le vertex et les tentatives pour fléchir la tête causent des douleurs aiguës ; empâtement et chaleur de la nuque ; rien du côté du pharynx. Le cinquième jour, on constate que les positions où il se trouve le mieux sont la position assise, avec la tête entre les genoux, ou la position couchée en pronation, la tête appuyant sur le rebord du lit et soutenue par les mains. Le dixième jour, la nuque étant de plus en plus tendue et œdématiée, des incisions sont faites de chaque côté du cou jusqu'aux apophyses transverses de l'atlas ; il ne s'écoule pas de pus, mais de la sérosité en grande quantité. Le douzième jour, douleurs et épanchement dans le coude gauche. Le quatorzième jour, aggravation considérable ; il se forme des collections sous-cutanées multiples. Mort le quinzième jour. On trouve les deux articulations occipito-atloïdiennes détruites par le pus et les os dénudés à leur niveau ; méninges saines ; abcès secondaires dans les poumons.

BRIETZE. Caries of first lumbar vertebra ; inflammation of the meninges of the cord extending to the brain ; death by coma, *The Lancet*, 1872, t. II, p. 668. — H. trente-quatre ans. Le 27 avril 1872, tout à coup fièvre intense et mauvais état général. Le 29, entrée à l'hôpital ; douleurs dans les genoux. Le 1er mai, délire, pupille droite paresseuse ; légère surdité ; dans la soirée, respiration difficile, pupille paresseuse des deux côtés ; pas de paralysie ; perte de connaissance. Le 2, défécation involontaire ; convulsions, coma, mort. A l'autopsie on

tions de la part du petit malade. Température 39°5. L'état général ne permet aucune intervention. Mort au bout de quelques heures. A l'autopsie, congestion pulmonaire intense, pas d'infarctus dans les viscères; l'ouverture des articulations malades montre les faits suivants : au coude droit, les surfaces humérales sont érodées, usées, presque complètement détruites; la tête du radius est presque décollée, de même que l'olécrane : toutes ces parties baignent dans du pus crémeux, ressemblant à du pus d'abcès et n'ayant pas l'aspect gris du pus ordinaire de l'ostéomyélite : ce pus a perforé la synoviale en arrière, au niveau du cul-de-sac tricipital, en avant, au-dessus de l'apophyse coronoïde et envoie en haut et en bas des fusées intermusculaires très étendues; la cavité articulaire et ses diverticules contiennent presque un demi-litre de pus. Du côté du coude gauche existent des lésions analogues, mais un peu moins accentuées. Du côté de la hanche droite, la tête fémorale est complètement détruite; il n'en reste que le moignon, recouvert çà et là par des stries de cartilage, et qui ne dépasse pas le niveau de l'insertion synoviale; le pus articulaire a fusé dans la fesse par une perforation; il existe en outre un petit foyer purulent dans l'intérieur du fémur, à la base du grand trochanter. Les autres articulations sont saines. La collection sacrée, contenant du pus comme les collections articulaires que nous venons de décrire, est en contact avec la surface dénudée de l'os. Du pus pris dans les diverses collections, au niveau des os malades, a donné, à l'examen pratiqué par notre collègue et ami Leredde, des cultures pures de streptocoque.

Obs. II. — L. B..., six ans, est reçu en septembre 1890, dans le service de M. d'Heilly, pour des accidents généraux graves, caractérisés par un pouls à 160, une température à 40 degrés le soir et une endocardite infectieuse. L'enfant

---

trouve de la sérosité en abondance sur l'arachnoïde; double collection psoïque, plus étendue à gauche, partant du premier corps vertébral lombaire lésé; le disque entre la première et la deuxième lombaire est complètement détruit, si bien que l'abcès communique avec l'espace péridural.

Colomiatti. Un ascesso per congestione da osteomyelite vertebrale, che segui il decorso del nervo femoro-cutaneo destro; operatione e guarisione. *Osservatore Torino*, 1882, t. XVIII, p. 209-214.

Dopfer. Ueber die complicationen der lethalen Abdominal typhus, *Münch. Med. Wochens.*, 1888, S. 122. — Symptômes typhoïdiques. A l'autopsie on trouve de l'ostéite d'un corps vertébral lombaire, et un abcès psoïque ayant pour point de départ cette ostéite.

Hahn (O.). Ueber die primœre akute Osteomyelitis der Wirbel. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1895, Bd. XIV, Hft. 1, p. 261. — H. huit ans. Entré à l'hôpital le 4 novembre 1893, en se plaignant de douleurs dans la partie latéro-inférieure gauche du tronc, depuis la douzième dorsale jusqu'à la cinquième lombaire; la région lombaire gauche est infiltrée. Rétention d'urine, Température : matin 40°2, soir 40°9. Le 6 novembre, légère gibbosité au niveau de la première lombaire; œdème à ce niveau. Le 7, délire pendant la nuit; la gibbosité s'est accentuée; signe d'épanchement pleurétique; le palper des muscles de la cuisse droite est extrêmement douloureux. Le 14 novembre, la peau de la région dorso-lombaire est distendue et couverte de veinosités; fluctuation; les cuisses et les jambes sont fléchies, quoique leurs mouvements ne soient pas douloureux. Le diagnostic, qui jusque-là avait penché du côté d'une pneumonie, puis d'une fièvre typhoïde, s'arrêtant à l'ostéomyélite vertébrale, le malade est transporté en chirurgie. Le 15, incision; il s'écoule du pus séreux et mal lié; on trouve l'apophyse épineuse et les apophyses transverses de la première lombaire dépouillées de leur périoste; lavage, drainage, pansement. Le 28, la plaie est en bonne voie de granulation, on ouvre un second petit abcès venant également de l'arc de la première lombaire, et qui est mis chirurgicalement en communication avec le premier. Le 25 décembre, deux petits séquestres sortent par l'incision. Le 1er janvier 1894, issue d'un nouveau petit séquestre; la gibbosité s'accentuant de plus en plus, le malade est maintenu au lit. Le 21, la première incision est cicatrisée; par la seconde sort encore un petit séquestre. Le 26, corset plâtré, avec fenêtre au niveau de la fistule. Au bout de plusieurs mois, ce corset est enlevé. En avril 1895, il n'y a plus trace de gibbosité; les cicatrices sont indolores, même à la pression profonde; la première apophyse épinière lombaire manque; l'état général est excellent.

Hurm; d'après Hahn. Loc. cit., p. 263. — Obs. I : Ostéomyélite de corps vertébraux constatée à l'autopsie. — Obs. II : Cyphose subite chez un enfant atteint d'ostéomyélite aiguë.

Joel. *Beitrag zür Lehre von der primœren infectiosen osteomyelitis der Wirbelkörper*. L. D. zù Kiel, 1892, s. 7. — H. vingt et un ans. Le 8 janvier 1892, douleurs dans le dos, perte d'appétit, constipation. Aggravation progressive. Délire. Entrée à l'hôpital le 22; perte de connaissance presque complète; raideur de la nuque; un peu d'albumine dans l'urine. Le 23, le délire persiste, signes de bronchite, abdomen dilaté; rétention d'urine; colonne vertébrale raide; on diagnostique fièvre typhoïde. Le 24, un peu d'hyperesthésie; pouls petit et fréquent; urine très albumineuse. Température 40°8; deux bains prolongés sont suivis chacun d'un peu de repos. Le 26, coma absolu, pouls imperceptible, efflorescences et vésicules sur divers points du corps; mort à six heures. Périméningite et méningite suppurées de la base; pleurésie séro-purulente; infarctus des poumons, des reins, de la prostate, du foie; emphysème et œdème pulmonaires intenses; les psoas, surtout le gauche, contiennent de volumineuses collections, ayant pour point de départ le corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires, criblés de petits abcès.

Kœnig. *Lehrbuch der Speciellen Chirurgie*, Bd III, s. 97. « Tout à fait rarement on observe de l'ostéomyélite aiguë, non tuberculeuse, d'un corps vertébral. J'ai vu un cas de ce genre au niveau de la dixième dorsale, avec collection ossifluente, son ouverture provoqua la guérison qui fut seulement troublée par l'apparition d'une myélite. »

Lannelongue. Obs. I : in Lannelongue. *De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, p. 61, Paris 1879; Obs. II, III et IV, in Cadeilhan. *De l'ostéomyélite aiguë des corps vertébraux comme cause de mal de Pott*, Th. de Paris, 1880. — Obs. I. H. douze ans, sans trace de scrofule. Le 13 décembre 1878, chute sur le côté, continue à marcher. Le 15, doit prendre le lit, à cause de la violence des douleurs; fièvre intense. Entrée à l'hôpital le 21 ; on émet l'hypothèse d'une affection vertébrale aiguë, à cause d'un empâtement lombaire assez net. Le 6 janvier, incision le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, sous laquelle on trouve un vaste abcès et un corps vertébral dénudé. Pneumonie double, arthrites suppurées de l'épaule droite, du genou droit, du cou de pied droit. Collection en rapport avec le radius gauche. Mort le 27 janvier. On trouve des lésions très étendues du troisième corps lombaire, avec foyers purulents, thromboses veineuses, destruction d'un fibro-cartilage. — Obs. II : H. douze ans et demi. Le 9 mai, sent, en faisant un effort, un craquement dans le dos; le 11, douleurs de reins très vives; à partir du mercredi garde le lit; fièvre; on découvre, à droite des dernières dorsales, une tuméfaction; la onzième apophyse épineuse est douloureuse; les membres inférieurs ne peuvent être étendus complètement, surtout le droit; le thorax est dilaté et immobilisé; état général typhoïde. Le 29, grandes douleurs de tête. A partir de ce moment, l'état s'améliore peu à peu. Le 18 juin, l'enfant essaie de se lever; cette tentative provoque, dans les membres inférieurs, des fourmillements qui persistent plusieurs jours. Le 15 juillet, expectoration purulente très abondante. Le 25 septembre, abcès en arrière du grand trochanter droit, incisé. En novembre, abcès sur le trajet du fémur. Le 15 février, abcès aigu à la partie dorsale inférieure du rachis; il est incisé : on ne trouve pas de point osseux malade, quoiqu'il en existe sûrement. — Obs. III : F. cinq ans et demi. A deux ans, suppuration d'un métacarpien. Six jours après une chute, apparaît, sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale, depuis la région cervicale jusqu'à la moitié de la région dorsale, une collection douloureuse et fluctuante; elle est incisée et contient du pus d'aspect ostéomyélitique. On ne peut découvrir de point osseux dénudé. Guérison rapide. — Obs. IV : H. treize ans et demi. Le vendredi 19 décembre 1879, tombe en portant une caisse. Le 20, fièvre, le 30, la pression est très douloureuse au niveau des deuxième, troisième, quatrième et cinquième lombaires; entre les côtes et la crête iliaque, on sent une collection profonde; ventre excavé. Une incision postérieure permet, en passant par la poche de l'abcès, d'arriver jusqu'aux corps vertébraux, qui ne semblent pas dénudés. La plaie, d'abord drainée, était complètement guérie le 18 janvier suivant.

Lopez (A.). Osteitis vertebrale simulando el mal de Pott. *Correo medico Castellano*, 1885, p. 217.

Lucas. Acute necrosis of the posterior arch of the atlas with escape of cerebro-spinal fluid; meningitis and septicœmia, necropsy, *The Lancet*, 1889, p. 883. — H. neuf ans. Céphalée, empâtement de la nuque. Le

était mourant et rien n'avait permis de soupçonner l'existence d'un foyer purulent, lorsque apparut une tuméfaction à la fesse. M. d'Heilly fit passer le malade dans le service de M. de Saint-Germain, où je constatai une fluctuation profonde au niveau de l'échancrure sciatique, et un peu d'œdème remontant à droite de la colonne vertébrale jusqu'à la hauteur de la treizième côte. Une incision allant de cette côte au pli fessier ouvrit deux collections, l'une superficielle, reposant sur les apophyses transverses et articulaires de la région lombaire, l'autre pointant par l'échancrure sciatique : celle-ci était énorme; il s'en écoula plus de 2 litres de pus; tout le petit bassin qu'on pouvait explorer avec facilité était envahi; le doigt allait en avant jusqu'à la vessie et en arrière sentait la face antérieure du sacrum dénudée : cette dénudation s'étendait également sur les corps vertébraux lombaires, surtout à droite; la fusée superficielle que nous avons signalée le long des apophyses articulaires droites n'était qu'un diverticule de la collection profonde et communiquait avec elle entre l'apophyse transverse de la cinquième lombaire et le bord supérieur du sacrum : il s'agissait, en somme, d'une vaste collection sous-périostée ouverte dans le tissu cellulaire : les os à nu furent énergiquement ruginés à la curette tranchante, la poche lavée et relavée à l'eau bouillante. Toute la plaie, longue de plus de 25 centimètres, fut suturée et deux drains introduits par ses extrémités : l'un superficiel, par l'extrémité supérieure et passant derrière les apophyses transverses, l'autre profond, par l'extrémité inférieure et remontant devant la colonne vertébrale. L'amélioration fut extrêmement rapide, la quantité de pus qui s'écoula par les drains minime et la plaie se réunit par première intention. Du pus recueilli au moment de l'opération, avec les précautions voulues, avait donné des cultures pures de staphylococcus aureus. Le petit malade, deux mois après l'intervention, put quitter l'hôpital, com-

quatorzième jour, état général très mauvais, fièvre extrêmement intense; fluctuation. Le dix-huitième jour, signes d'induration de la base droite. Le vingt et unième jour, l'abcès de la nuque est ouvert, et deux onces de pus s'écoulent. Le vingt-quatrième jour, gonflement sur le grand trochanter droit. Le vingt-cinquième, le pansement est imprégné d'un liquide séreux qui s'écoule par le drain, avec des pulsations isochrones au pouls. Aggravation progressive. Le vingt-huitième jour, délire, agitation extrême, un peu de raideur du bras droit; mort le soir. A l'autopsie, on trouve l'arc postérieur de l'atlas nécrosé et séparé en deux fragments; à sa hauteur, sur la ligne médiane, la dure-mère présente une perforation et l'espace intra-dural contient une grande quantité de liquide trouble; méningite de la base; pus dans la corne postérieure des ventricules latéraux; collections secondaires dans les poumons.

Makins (G.-H.) and Abbott (F.-C.). On acute primary osteomyelitis of the vertebrœ. *Annals of Surgery*, 1896, t. I, p. 510-533. — Obs. I. F. seize ans. Raideur de la nuque, avec douleurs entre les épaules et dans les régions temporales. Au bout de deux ou trois jours, empâtement de la nuque, Le neuvième jour, la malade est couchée, avec température 103°6; nuque rigide, étalce; pas de fluctuation; sensibilité extrême au niveau de l'axis, par pression locale ou par pression sur la tête. Le dixième jour, incision de quatre pouces sur la ligne médiane de la nuque, sans trouver de pus. Le douzième jour, écoulement de sanie, la sensibilité s'étend jusqu'à la partie moyenne du rachis dorsal. Le treizième jour, douleurs dans les cous-de-pied, les coudes et les épaules; la voix est rauque, sans qu'il y ait saillie de la paroi postérieure du pharynx; délire; hyperesthésie généralisée. Mort le lendemain matin. L'axis est dénudé et rugueux; le périoste de l'atlas est ramolli, sans que l'os soit malade; abcès rétro-pharyngiens sur la hauteur des quatre premières vertèbres cervicales. Pas de dépôts secondaires dans les viscères. — Obs. II. H. quatorze ans. Douleurs dans le dos et la jambe gauche, qui devient rouge et œdématiée; frissons. Le neuvième jour, état général très mauvais; on constate à la partie antérieure du tibia gauche et au niveau de l'articulation distale du gros orteil, des collections fluctuantes qui sont incisées. Le neuvième jour, urticaire. Le onzième jour, un abcès du dos du pied, en rapport avec le second métatarsien, est ouvert. Le quinzième jour, douleurs dans le dos, eschare sacrée; vomissements. Le dix-huitième jour eschare au niveau du grand trochanter. Le dix-neuvième jour, délire, hoquet. Mort le vingtième jour au matin. Le côté gauche du corps des deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales est dénudé et donne naissance à un abcès placé derrière la plèvre gauche. Estomac et œsophage distendus. Pas d'examen du cerveau ni de la moelle. — Obs. III : H. quatorze ans. La veille de l'entrée à l'hôpital reçoit un coup dans le dos, et le matin tombe d'une hauteur de dix pieds. Le troisième jour, hyperesthésie au-dessous du sternum; sensibilité excessive à la partie supérieure du sacrum; réflexes rotuliens absents. Le quatième jour, empâtement diffus dans la région lombaire gauche; ponction exploratrice sans résultat. Le cinquième jour, examen sous chloroforme de l'abdomen, sans résultat. Le sixième jour, gonflement à la cuisse droite; rétention intermittente d'urine. Le neuvième jour, le gonflement de la cuisse a augmenté; l'enfant est étendu sur le dos, les deux jambes fléchies; la fesse droite est incisée en avant et en arrière, et du pus s'écoule par l'une et par l'autre en quantité considérable. Le quinzième jour, eschare sacrée. Le dix-huitième jour, l'amaigrissement est extrême; la pression sur la fosse iliaque fait couler du pus par la plaie; mort le soir. La température avait tout le temps présenté de grandes oscillations, avec élévation jusqu'à 100 et 104. A l'autopsie on trouva la partie postéro-latérale du corps de la première lombaire nécrosée; de là le pus s'étendait : à gauche jusqu'à la huitième dorsale et, en arrière du psoas, jusqu'à la marge du bassin; à droite jusqu'à la douzième dorsale et, toujours en arrière du psoas, jusqu'à la grande échancrure sciatique, à travers laquelle il s'était étalé sous les muscles de la fesse. Il y avait de la périméningite spinale suppurée, diffuse, et de l'arachnoïdite spinale et cranienne. La moelle était hyperhémiée, mais non enflammée. — Obs. IV : H. dix ans. Douleurs, puis gonflement dans le dos. Le dixième jour, lorsqu'on amène l'enfant à l'hôpital, il est extrêmement faible; volumineux abcès au niveau des vertèbres lombaires, qui ont gardé leur mobilité normale; la collection est incisée et l'on y trouve la troisième apophyse épineuse lombaire dénudée; drainage. Le onzième jour, pouls faible, respiration rapide et superficielle; pustules sur les jambes; œdème sur le grand trochanter gauche. Le douzième jour, diarrhée. Le treizième jour, perte de connaissance; rigidité du côté droit, puis du côté gauche du corps; mort le soir avec 105 degrés. Les lames de la troisième lombaire étaient nécrosées, son apophyse épineuse décollée; tous les muscles régionaux étaient infiltrés de pus, qui pénétrait également dans le canal; l'arachnoïde spinale était congestionnée; la partie pariéto-occipitale du lobe gauche du cerveau était ramollie; infarctus et abcès dans les viscères. — Obs. V : F. quarante-six ans. Douleurs dans le dos de plus en plus intenses. Le vingt et unième jour, large abcès superficiel dans la région fessière droite. Le vingt-sixième jour il est ouvert, et le doigt passe au-dessus de la crête iliaque dans la fosse sans trouver d'os dénudé. Le vingt-cinquième jour, diarrhée profuse. Le vingt-sixième, mort subite. L'abcès superficiel ouvert communiquait avec un vaste abcès de la fosse iliaque, placé sous le muscle, par des ouvertures situées, l'une au-dessus de la crête en dehors de l'insertion du carré des lombes, les autres au-dessus et au-dessous de l'apophyse transverse de la quatrième lombaire, apophyse transverse qui était dénudée et nécrosée; l'appendice vermiforme était adhérent à la paroi antérieure de l'abcès; le reste du rachis et la moelle étaient sains. — Obs. VI : H. vingt-sept ans. Douleurs dans la région sacrée; frissons et céphalée diffuse. Le quatorzième jour, température 105°2; raideur de la nuque; sensibilité exagérée dans les aines et sur la région lombo-sacrée; le malade est étendu sur le dos, la jambe fléchie, et sans extension possible; le réflexe rotulien de ce côté est exagéré; suppression partielle de l'urine. Le quinzième jour, rétention complète d'urine. Le seizième jour, abdomen distendu, signes de pleurésie droite. Le vingt et unième jour, prostration avec subdélire; pupille gauche dilatée; rétention d'urine, incontinence des matières. Mort dans l'après-midi. L'apophyse transverse gauche de la cinquième lombaire était nécrosée, et de ce point deux abcès fusaient, l'un dans le psoas, l'autre dans la masse sacro-lombaire; périméningite suppurée diffuse; arachnoïdite suppurée; un peu de liquide trouble à l'intérieur de la dure-mère cérébrale; rate et pancréas congestionnés; pas de dépôts secondaires.

Minin. Zür diagnose und Therapie der Acuten Ostitis, *Centralbl. f. Chir.*, 1883, S. 246. — A l'autopsie d'un ostéomyélitique on trouve, sans qu'il y ait eu de symptômes corrélatifs pendant la vie, les apophyses épineuses des trois premières vertèbres cervicales cariées, un foyer purulent dans le corps de la deuxième, et du pus dans l'espace périméningé.

Morian. Ueber die acute Osteomyelitis der Wirbel. *Deuts. Med. Wochens.*, 1893, p. 258. — Obs. I : H. dix ans. Au début de janvier 1891,

plètement guéri, sans même avoir gardé trace de son endocardite aiguë. Nous l'avons revu depuis à plusieurs reprises, la dernière il y a neuf mois, soit plus de cinq ans après ses accidents ostéomyélitiques aigus ; la guérison persiste absolument parfaite : la cicatrice est saine, souple, étroite, la colonne vertébrale ne présente pas trace de rigidité à la région lombaire et le développement osseux, local et général, a été tout à fait normal.

Obs. III. — L... (Lucien), âgé de dix ans et demi, nous est montré, au mois de novembre dernier, pour des accidents ostéomyélitiques dont le début remontait à un peu moins de trois semaines, et qui, lorsque nous le vîmes, consistaient en une série de collections ossifluentes siégeant au niveau du grand trochanter gauche, à la partie supérieure du tibia droit, à la partie inférieure de l'humérus gauche, à la partie interne de la clavicule gauche et au niveau des trois premières apophyses épineuses de la région lombaire, qui était complètement rigide. Du côté des membres inférieurs, il n'y avait aucun symptôme qui pût faire admettre la pénétration du pus dans le canal vertébral; il y avait une diarrhée profuse, de l'oligurie, l'urine contenant de l'albumine en quantités considérables. L'état général était aussi mauvais que possible : la température à 40°5, la perte de connaissance presque complète, cela depuis quarante-huit heures. Je crus devoir toutefois évacuer d'un coup de bistouri, sans anesthésie, les trois plus importantes collections : la collection trochantérienne, la collection humérale, et la collection vertébrale; le doigt, introduit dans cette dernière, arriva sur une apophyse épineuse dénudée. Le résultat de ces incisions, faites certainement trop tard, fut nul. La température resta aussi élevée, et l'enfant s'éteignit trois jours plus tard; l'autopsie, même partielle, ne fut pas permise.

---

violentes douleurs dans la région lombaire, qui se localisent bientôt au voisinage de la quatrième vertèbre. On porte le diagnostic d'ostéomyélite vertébrale. Les jours suivants, toute la région lombaire s'œdématie; de la fluctuation apparaît au niveau des troisième et quatrième apophyses épineuses. Collection fluctuante sur le quatrième métacarpien droit. Le 20 janvier 1891, on fait deux incisions longitudinales à droite et à gauche de la ligne apophysaire; du pus à staphylococcus aureus s'écoule; l'arc de la quatrième lombaire est dénudé, et, au-dessus ainsi qu'au-dessous de lui, du pus s'écoule du canal vertébral; ces deux incisions longitudinales sont réunies par une incision transversale, l'apophyse épineuse et l'arc atteints réséqués à la pince de Lüer, et la plaie tamponnée à la gaze iodoformée. Dans la même séance, l'abcès métatarsien est également ouvert et tamponné. La guérison est entravée par une poussée ostéomyélitique du côté de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche, qui nécessite trois interventions (20 fév., 27 fév., 27 mai 1891). En fin octobre, toutes les plaies étaient cicatrisées; l'humérus gauche était de 4 centimètres plus court que le droit; la seule trace de la localisation vertébrale est la cicatrice lombaire en H; la souplesse régionale du rachis est parfaite. — Obs. II : H. dix-sept ans. Le 6 janvier 1893, douleurs dans les articulations, la tête et le dos, qui le forcent à se coucher. On pense à une pneumonie. Le 11, temp. 40; raideur de la nuque et des épaules; sensibilité à la pression des dernières apophyses dorsales; pupille gauche dilatée; constipation depuis plusieurs jours. Les jours suivants, de la fluctuation apparaît au niveau des onzième et douzième dorsales, de chaque côté de la ligne médiane. Le 23, une incision est faite à gauche, et après que le doigt eut constaté la dénudation du douzième arc, une sonde cannelée est introduite jusque dans la partie droite de l'abcès et une contre-ouverture faite en ce point. Pansement iodoformé. Après une courte période d'amélioration, le patient succomba le 28, d'accidents cardio-pulmonaires. A l'autopsie on trouva le périoste rempli de pus, du liquide dans les deux plèvres et les poumons très congestionnés; les plèvres communiquaient à droite par un orifice, à gauche par deux, avec le foyer d'origine vertébrale; l'arc de la douzième dorsale, son apophyse épineuse, et la partie latérale gauche de la vertèbre jusqu'à la tête de la côte étaient dénudés; les parties osseuses présentaient de nombreux petits foyers de suppuration; périméningite suppurée; injection et œdème des pie-mère cérébrale et spinale, surtout à la hauteur de la douzième dorsale. Infarctus dans le foie et la rate.

Muller. Ueber akute Osteomyelitis der Wirbelsœule. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd. XLI, Hft 6, 1895, p. 445. — F. douze ans. Dans l'été de 1891, reçoit un coup dans le dos. Le 10 décembre, elle se plaint de frissons, de douleurs dans les jambes et le dos. Le 14, paraplégie, d'abord plus intense à gauche, puis devenant complète, pour la motricité et la sensibilité, jusqu'au thorax; l'anesthésie remonte à deux travers de doigt plus haut à gauche qu'à droite; pas de modification des réflexes; un peu d'œdème au niveau de la région cervico-dorsale du rachis; les apophyses épineuses d'un grand nombre de vertèbres sont sensibles à la pression; rétention d'urine. On porte le diagnostic de myélite ascendante. Pendant la fin du mois de décembre, les paralysies restent stationnaires, la rétention se transforme en incontinence, la température s'abaisse plutôt. Elle s'élève de nouveau au début de janvier, et, le 5, on trouve, à gauche des trois premières apophyses dorsales, une volumineuse collection. Elle est incisée le 6; il s'écoule du pus mal lié, sanguinolent, et l'on constate que la lame gauche de la deuxième dorsale est complètement nécrosée, ainsi que la plus grande partie de son apophyse épineuse, dont la pointe reste adhérente aux parties molles; la lame droite dépouillée de son périoste, mais non nécrosée, est également enlevée, de même que l'apophyse transverse gauche, infiltrée de pus. Il s'écoule du canal vertébral une grande quantité de pus et la dure-mère, animée de ses battements normaux, se montre recouverte d'un exsudat membraneux. Drainage et tamponnement. L'examen microscopique et bactériologique des débris enlevés n'y fit pas trouver trace de tuberculose. Après une période d'amélioration, pendant laquelle l'anesthésie descendit de trois travers de doigt, survinrent des symptômes de cystite, sans doute aussi de pyélo-néphrite, et la malade succomba trois semaines après l'opération. Pas d'autopsie : on put toutefois constater que la plaie était en bonne voie de granulation, et que les corps vertébraux étaient très probablement sains.

Poirier. Périostite phlegmoneuse diffuse de la colonne vertébrale. *Progr. méd.*, 1880, p. 869-871. — H. quatorze ans. Le 18 février 1880, douleur violente et spontanée dans la région lombaire; le 20, le malade est obligé de se mettre au lit. Son état s'aggrave peu à peu et, le 26, il entre à l'hôpital; à l'examen sous chloroforme on constate un empâtement profond au niveau des lombaires quatre et cinq et de la première sacrée; une incision faite à ce niveau ne donne issue à du pus qu'après déchirure du périoste, et même sur une lame vertébrale dénudée. Drainage. Le 27, rétention d'urine et des matières; douleurs névralgiques dans les cuisses, la paroi abdominale et le scrotum; paralysie complète des membres inférieurs, avec anesthésie légère; position en chien de fusil. Le 28, eschares à la face interne de chaque genou. Le 2 mars, l'anesthésie des membres inférieurs est complète, la plaie suppure à peine. Le 3 mars, œdème du membre inférieur droit. Le 8, eschare sacrée. Le 14, mort avec les symptômes généraux d'infection purulente. Collections métastatiques multiples; le long de la colonne vertébrale, une douzaine d'abcès, y compris celui chirurgicalement ouvert, décollent le périoste sans que l'os paraisse altéré; périméningite suppurée postérieure; œdème de la pie-mère et de la moelle.

Totherick. Necrosis of lumbar vertebra of obscur origin; rapidly fatal result. *The Lancet*, 1885, t. II, p. 7. — H. quinze ans. Douleurs dans le dos. A l'entrée à l'hôpital, la colonne vertébrale est très sensible au toucher, la température 102°5, le pouls fréquent. Hyperesthésie généralisée, surtout marquée au niveau de l'abdomen et de chaque côté des vertèbres dorsales inférieures. Défécation normale, cathétérisme nécessaire. On diagnostique une péritonite. Les jours suivants apparaissent des collections purulentes au niveau du coude gauche et des deux premiers métacarpiens. Mort le huitième jour après l'entrée à l'hôpital. On trouve du pus dans les articulations de la main et du coude, dans les plèvres, dans les poumons, le foie. Double abcès psoïque, partant de la première vertèbre lombaire, dont le corps est ramolli et infiltré de pus, alors que les vertèbres sus et sous-jacentes sont congestionnées et bleuâtres.

Valleix. Observations et réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un enfant nouveau-né, *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2e série, t. VII, p. 88. — Enfant de vingt-trois jours; collections purulentes à la partie inférieure du tibia droit, à la partie supérieure du tibia gauche, à la partie supérieure du sacrum. Ce dernier est en contact avec la partie postéro-latérale gauche de la première vertèbre sacrée, dont la lame correspondante est dépouillée de son périoste, et l'apophyse transverse détachée du reste de l'os; les articulations sacro-lombaire et sacro-iliaque gauches sont ouvertes par le pus.

III

La PATHOGÉNIE de l'ostéomyélite vertébrale ne présente rien de spécial à cette localisation.

Elle peut constituer le foyer principal, soit primitif, soit unique, de la maladie, ou faire partie de tout un cortège de foyers osseux multiples : dans les deux cas, elle peut s'accompagner des infections viscérales les plus variées.

Les agents pathogènes n'y ont été recherchés que dans un petit nombre de cas. Quatre fois, on a trouvé le staphylococcus pyogenes aureus et une fois seulement, dans notre observation I, le streptococcus pyogenes : dans ce cas, comme cela a lieu assez souvent pour cette variété microbienne d'ostéomyélite, il paraît s'être agi d'une infection puerpérale infantile.

D'ordinaire, le sujet atteint d'ostéomyélite vertébrale a supporté des fatigues excessives, un refroidissement prolongé; dans quelques cas même, un traumatisme semble avoir été la cause de la localisation rachidienne (Lannelongue, Müller). Le sexe masculin est bien plus souvent atteint : sur 23 cas où le sexe est indiqué, nous en trouvons 19 pour lui et 4 seulement pour le féminin. Enfin l'âge est de la plus grande importance : ici comme ailleurs, l'ostéomyélite est une affection de la période de croissance du squelette; aussi ne devons-nous pas nous étonner de trouver 4 cas seulement au-dessus de vingt ans (vingt et un, vingt-sept, trente-quatre, quarante-six) et tous les autres, soit 20, au-dessous de cet âge, dont 2 pendant les six premiers mois de la vie, 5 de six mois à quinze ans et 13 de quinze à vingt ans.

IV

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de l'ostéomyélite vertébrale rappelle par bien des points celle de l'ostéomyélite d'autre siège : ici comme ailleurs nous trouvons notés des foyers superficiels sous-périostés, des foyers profonds, des foyers totaux; nous trouvons signalées des dénudations, des séquestrations plus ou moins étendues, des phlébites juxta et intra-osseuses. Sans y insister, nous allons rechercher en quels points du rachis se localisent les foyers ostéomyélitiques, à quelles complications du côté des parties molles péri-rachidiennes et du côté du canal vertébral elles donnent naissance.

1° Pour bien connaître *les points où se localisent les foyers ostéomyélitiques vertébraux*, il nous faut examiner successivement à quel niveau du rachis et sur quelles parties des vertèbres on les a trouvés, dans les observations où ces détails sont précisés.

a. Le niveau rachidien du foyer est noté dans 25 observations, sur lesquelles nous trouvons : pour la région cervicale, 4 faits (première vertèbre ; première; deuxième; première à troisième); pour la région dorsale, 5 (deuxième, deuxième à sixième, dixième, onzième, douzième); pour la région lombaire, 14 (première, première, première, première, première, troisième, troisième, troisième à cinquième; quatrième, quatrième, quatrième; cinquième, cinquième, cinquième); et pour le sacrum, 2 (première, deuxième).

b. La partie atteinte de la vertèbre est notée dans 26 observations. Sur ces 26 observations, les corps vertébraux étaient seuls malades dans 8 cas, les arcs seuls malades dans 10 cas, les parties latérales seules malades dans 3 cas; enfin, dans 5 cas, les foyers s'étendaient à la fois à plusieurs parties des vertèbres.

Les foyers siégeant dans les corps vertébraux n'ont provoqué leur tassement et une coudure rachidienne que dans deux cas : cela tient sans doute au décubitus que garde le malade dès le début de ses accidents et aux hyperostoses qui se font très vite et très abondamment à l'entour de la zone osseuse infectée.

Dans un certain nombre de cas, les foyers ostéomyélitiques vertébraux ont été multiples : l'observation de Poirier, où il y en avait une douzaine, est du reste tout à fait exceptionnelle à ce point de vue.

Quoi qu'il en soit, de l'énumération topographique qui précède, ressortent deux faits essentiels : la préférence très marquée des foyers ostéomyélitiques vertébraux pour la région dorso-lombaire et leur préférence non moins marquée pour les parties postéro-latérales des vertèbres.

2° Les foyers ostéomyélitiques entraînent *des complications de voisinage :* les unes du côté des parties périrachidiennes, les autres du côté du canal vertébral.

A. Les complications du côté des parties périrachidiennes, constantes on peut dire, sont de deux ordres :

a. Les complications articulaires : l'envahissement des articulations vertébro-costales est noté dans un cas (Morian); celui de l'articulation sacro-iliaque dans deux autres cas (Makins, Valleix).

b. Les collections ossifluentes, leur siège primitif et leur trajet ultérieur sont nécessairement tout à fait variables avec le siège du foyer. Si le foyer siège sur les parties postérieures de la vertèbre, la collection s'étale à la nuque, dans le dos, aux lombes, soit sur la ligne médiane, soit à droite ou à gauche de celle-ci. Si le foyer siège sur les corps vertébraux, à la région cervicale, la collection peut former un abcès rétropharyngien (Makins) à la région dorsale, un abcès du médiastin (Makins, Morian) à la région lombaire, un abcès psoïque, généralement double (Brietze, Colomiatti, Dopfer, Makins, Totherick), ou un abcès rétro-psoïque (Makins), à la région lombo-sacrée, un abcès pelvien, qui vient faire saillie à la fesse, soit en passant par-dessus la crête iliaque (Makins), soit en fusant à travers la grande échancrure sciatique (Makins, Chipault). Si le foyer siège sur les parties latérales de la vertèbre, il peut suivre soit le trajet des abcès d'origine antérieure, soit celui des abcès d'origine postérieure.

Ces collections dont la direction est, on le voit, très analogue à celle des collections ossifluentes tuberculeuses du mal de Pott, progressent avec une beaucoup plus grande rapidité; cependant elles offrent une tendance plutôt moindre à rompre les barrières aponévrotiques ou séreuses qu'elles rencontrent sur leur passage : les collections postérieures restent presque toujours sous-jacentes aux masses musculaires des gouttières et, des collections antérieures (rétro-pharyngiennes, médiastines, rétro-péritonéales) que nous avons citées tout à l'heure, une seule s'est ouverte spontanément dans une cavité viscérale : une collection médiastine dans la plèvre (Morian).

B. Les complications du côté du canal vertébral, notées dans 12 cas, se sont présentées sous un aspect très divers. Dans 5 cas, la suppuration se limitait au tissu cellulaire péridural : il existait seulement de la périméningite, qui, dans trois observations d'ostéomyélite cervicale supérieure, avait gagné l'espace péridural intracranien. Dans 5 cas, à cette périméningite s'ajoutait de l'endoméningite consécutive à

la perforation vraie de la dure-mère (Lucas), ou plus souvent à l'infection des vaisseaux qui traversent celle-ci, endo-méningite suppurée ou non, presque toujours très diffuse, et qui, dans quelques cas, s'était étendue à la cavité cranienne et même aux ventricules (Lucas).

Enfin, dans 2 cas, on a constaté de la myélite œdémateuse dont un examen anatomique suffisant n'a malheureusement pas été fait; les recherches de Schmaus, qui a réussi à produire expérimentalement des myélites œdémateuses analogues, en introduisant dans l'espace périméningé de chiens ou de lapins des cultures staphylococciques virulentes ou stérilisées, permettent de supposer qu'il ne s'agit pas toujours là de myélite septique par envahissement microbien des vaisseaux de la moelle, mais parfois aussi de myélite toxique, par circulation dans ces vaisseaux, puis extravasation, de ptomaïnes microbiennes.

V

La SYMPTOMATOLOGIE de l'ostéomyélite vertébrale aiguë est constituée par des phénomènes généraux et des phénomènes locaux.

1° Les phénomènes généraux sont ceux de toute ostéomyélite : état général mauvais, fièvre intense s'élevant à 40 degrés et au delà, subdélire, pouls petit et faible, urine rare et colorée, souvent albumineuse, état saburral et diarrhée, éruptions.

2° Les phénomènes locaux sont variables avec le siège des lésions.

a. Si les lésions siègent sur la partie postérieure des vertèbres, il survient à la région atteinte du rachis, complètement immobilisée, de l'œdème, un empâtement profond, étendu et dur, recouvert souvent de veines dilatées. A la nuque, cet empâtement est médian ; au dos et aux lombes il est médian ou unilatéral; au sacrum, il est toujours unilatéral. Il est très rare qu'on puisse y découvrir un point fluctuant; il est moins rare que la zone correspondant à la vertèbre malade soit plus particulièrement sensible à la pression.

b. Si les lésions siègent sur les corps vertébraux, il existe encore de la raideur et de la sensibilité rachidiennes, parfois seules appréciables, rarement associées à une gibbosité ostéitique, plus souvent combinées avec les symptômes de complications variables suivant la région malade : à la région cervicale supérieure, on peut avoir une attitude particulière résultant de contractures musculaires ou de subluxations pathologiques, de la dyspnée, de la dysphonie, de la gêne de la déglutition résultant de la présence d'un abcès rétropharyngé, des céphalées intenses; à la région dorsale, on peut avoir des symptômes de collection médiastinale; à la région lombaire, on a fréquemment de la distension abdominale (Makins), souvent les symptômes d'un abcès psoïque aigu, simple ou double, avec sensibilité excessive à la pression du ventre, flexion des cuisses et douleurs extrêmes à leur moindre pression; parfois, les symptômes d'une collection lombaire, unilatérale, communiquant avec une collection antérieure, latente ou non; à la région sacrée, les symptômes d'un abcès fessier, et ceux, accessibles à l'exploration rectale ou vaginale, d'une collection purulente pelvienne.

A ces phénomènes généraux et locaux s'ajoutent, dans un tiers des cas, des symptômes de méningo-myélite, douleurs spontanées, hyperesthésies ou anesthésies, contractures ou paraplégies, rétention d'urine et des matières fécales, troubles trophiques divers et graves.

VI

L'ÉVOLUTION de l'ostéomyélite vertébrale est d'ordinaire très rapide. Le début est subit ou presque; au bout de quelques heures, l'état général est devenu des plus graves, il y a souvent du délire et du coma; il peut, à ce moment déjà, y avoir de l'œdème rachidien. Celui-ci, vers le troisième ou le quatrième jour, fait place aux symptômes de collection ossifluente : induration profonde s'il s'agit d'une collection postérieure, accidents divers précédemment décrits s'il s'agit d'une collection antérieure. Les symptômes méningo-myélitiques surviennent également d'ordinaire à cette époque. Dans quelques cas exceptionnels ils peuvent être beaucoup plus précoces et même ouvrir la scène morbide. Quoi qu'il en soit, l'affection abandonnée à elle-même se termine fatalement par la mort, qui survient au milieu des symptômes des grandes infections, du quinzième au trentième jour.

Il ne faut pas oublier, du reste, que si, dans un certain nombre de cas, c'est le foyer vertébral qui joue le rôle principal, dans d'autres, et ce sont les plus nombreux, il fait seulement partie d'un cortège complexe où dominent les symptômes des localisations autres, osseuses ou viscérales, de l'infection ostéomyélitique.

VII

Le DIAGNOSTIC de l'ostéomyélite vertébrale est d'une difficulté très variable.

a. Il est facile, lorsque existent des symptômes de collection aiguë périvertébrale bien nets, symptômes qu'on distinguera sans peine de ceux d'un abcès des parties molles ou d'une collection pottique avec infection secondaire : l'acuité des symptômes ne permettant pas la confusion avec une collection pottique ordinaire.

b. Il est difficile, soit lorsque les symptômes méningo-myélitiques dominent la scène, car on leur attribuera presque fatalement pour cause, une périméningite suppurée primitive, une méningite spinale, une myélite ascendante aiguë; soit lorsque ce sont les symptômes généraux qui attirent l'attention, car on pensera presque toujours alors à une pneumonie, à une fièvre typhoïde, à une péritonite.

Ajoutons qu'il est possible de confondre une ostéomyélite des premières vertèbres cervicales avec une ostéomyélite de l'occipital et une ostéomyélite du sacrum avec une ostéomyélite de l'os iliaque : ces erreurs ne pourront être évitées, et pas toujours encore, que par une localisation attentive des accidents.

VIII

La THÉRAPEUTIQUE de l'ostéomyélite vertébrale ne peut être qu'opératoire. Son but doit être d'évacuer le pus collecté et, au besoin, les parties osseuses séquestrées, puis de désinfecter et de drainer le foyer.

Les moyens d'y réussir sont nécessairement très variables suivant les cas. La plupart de ceux où l'on est intervenu, parce que ce sont les seuls où l'on ait porté un diagnostic exact, sont les cas d'ostéomyélite des arcs avec abcès postérieurs; tous les chirurgiens ont remarqué

la grande épaisseur de tissus indurés qu'il est alors nécessaire de traverser pour atteindre le pus, resté sous-jacent aux couches musculaires ; quelques-uns même n'y ont pas réussi, et c'est seulement de la sérosité d'infiltration qui s'est écoulée par les lèvres de leurs incisions, au fond desquelles l'abcès s'est parfois secondairement et spontanément ouvert. L'ouverture du foyer a pu être également pratiquée, quoique beaucoup plus rarement, dans des cas d'ostéomyélite des parties latérales ou antérieures des vertèbres; toujours alors il s'est agi de collections qui avaient fusé en arrière et rejoint le trajet anatomique des abcès postérieurs; les abcès restés en avant sont, jusqu'à présent, restés inaccessibles. Quoi qu'il en soit, la collection purulente ouverte, le chirurgien doit toujours aller à la recherche du point osseux malade: il peut ne pas le trouver; s'il y réussit et le trouve seulement dénudé, il le ruginera avec une curette tranchante, puis le cautérisera; s'il le trouve nécrosé, il en pratiquera l'ablation, au moins s'il s'agit d'un arc ou d'une apophyse, soit transverse, soit postérieure. J'ajouterai que, dans tous les cas où il y a des symptômes d'infection du canal rachidien, il me semble nécessaire de l'ouvrir largement par l'ablation des arcs malades ou même au besoin d'arcs sains; cette manœuvre peut permettre l'évacuation du pus périméningé que plusieurs opérateurs ont vu s'écouler à flots par l'orifice osseux créé.

Si nous examinons, au point de vue de leur terminaison, la série des cas traités chirurgicalement, nous en trouvons, sur un total de seize, huit où le malade ait survécu : trois de Cadeilhan, à diagnostic un peu douteux, et cinq autres tout à fait certains : un de Colomiatti, et un de König sur lesquels nous manquons malheureusement de détails suffisants, un de Hahn et un de Morian, où furent ouvertes des collections lombaires ayant pour point de départ la nécrose des arcs correspondants, enfin notre Observation II, où il s'agissait d'une énorme collection lombo-fessière venue par dessus la crête iliaque et par l'échancrure sciatique des corps vertébraux cinquième lombaire et premier sacré dénudés.

Ces trois derniers opérés ont pu être suivis, celui de Morian, six mois; celui de Hahn, un an et demi; le nôtre, cinq ans et demi; chez celui-ci au moins, on peut espérer que le foyer microbien est bien définitivement cicatrisé, et qu'après avoir guéri d'une ostéomyélite vertébrale aiguë, il échappera également aux accidents de l'ostomyélite prolongée, évidemment aussi bien à craindre après une ostéomyélite vertébrale aiguë grave qu'après une ostéomyélite aiguë d'autre siège.

En tout cas, l'ostéomyélite vertébrale, affection absolument fatale lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, est susceptible de guérir dans un cas sur deux environ, lorsqu'elle est traitée chirurgicalement avec une hâte et une hardiesse suffisantes : il n'était donc pas superflu d'attirer l'attention sur elle, malgré sa rareté.

TROUBLES DE LA VISION

ET MODIFICATION DU FOND DE L'ŒIL CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur BOURGUET (de Graissessac).

V

Reste enfin l'iode ou ses dérivés. Je l'ai expérimenté sous forme d'iodure de potassium, lorsque, après une période d'hésitation bien légitime, j'ai cru trouver, dans les affections oculaires des mineurs, le processus de la sclérose. C'est un agent merveilleux qui me paraît aujourd'hui un véritable spécifique.

Si l'on songe que, chez le mineur, surtout chez le vieux mineur, c'est contre la sclérose pulmonaire et l'artério-sclérose qu'on a à lutter, son action bienfaisante s'explique.

Sans entrer dans des détails qui seraient oiseux dans ce travail et que j'espère bien un jour donner ailleurs, je me contenterai de dire que ce sel à doses progressivement croissantes, longtemps continué et surveillé convenablement, est un puissant auxiliaire pour le médecin des mines.

Combien d'améliorations inespérées ne lui dois-je pas? Combien de journées de travail gagnées par lui?

Quoique agissant indirectement par l'organe pulmonaire, l'iodure a certainement une action remarquable sur l'amblyopie des mineurs, affection complexe où l'intoxication de la mine est activement secondée par celle du tabac assez souvent, de l'alcool à peu près toujours. Or, personne n'ignore le rôle de ce dernier dans la production de l'artério-sclérose d'où l'on peut très raisonnablement conclure à l'efficacité de l'iodure.

J'engage donc vivement tous ceux qui auront à traiter des cas pareils à ceux qui font le sujet de ce mémoire, à mettre en œuvre cette médication.

Voici la manière dont je l'applique. Elle est simple et agit aussi bien moralement que physiquement. Je fais faire une première solution de 5 grammes dans 200 grammes d'eau et fais prendre deux cuillerées à bouche par jour dans le vin, aux repas. Cette dose a toujours été bien tolérée. Le flacon doit durer une semaine.

A partir de la deuxième semaine, je fais délivrer le sel en nature et j'augmente de 1 ou 2 grammes, suivant les susceptibilités de mon client, son désir, le temps qu'il peut mettre à se soigner, sa patience, etc. Je lui recommande de mettre le sel dans la même quantité d'eau et d'opérer en personne. Chaque semaine, le malade remarque que la quantité du médicament est augmentée (il peut peser s'il le veut), voici donc un homme moralement convaincu de ne pas rester dans le *statu quo*. Il s'attache à la médication, s'y acharne parfois, et dans tous les cas n'oublie jamais quand il revient à la consultation de me dire : Nous étions à 8, 10 grammes la semaine dernière.

J'atteins ainsi la dose que je juge utile et qui, d'ordinaire, ne dépasse pas 3 ou 4 grammes. Après quelques semaines, je redescends graduellement jusqu'au point de départ, quitte à reprendre de temps en temps suivant les besoins et après quelques périodes d'abstention.

Il ne faut pas se lasser, on obtient quelquefois à la deuxième série des effets absolument meilleurs que les premiers. On ne réussit pas toujours infailliblement, mais toujours on améliore, et parfois l'amélioration est considérée par l'intéressé comme une guérison. Que peut-on demander de plus dans ces cas invétérés qu'on a la coutume de considérer comme incurables?

L'hydrothérapie, si on pouvait à volonté la mettre en œuvre, trouverait une indication constante et bien naturelle, mais il faut se contenter des lavages savonneux que tous les ouvriers sans exception pratiquent en rentrant à leur domicile. C'est quelque chose, sans doute, mais ce n'est pas l'idéal. D'autres, bien avant moi, ont demandé pour les mineurs de l'eau en abondance. J'ai de mon côté, dans ma

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1381.

thèse (1), il y a plus de trente ans, signalé, dans notre exploitation, le manque d'eau, et demandé la création de bains et de lavoirs que l'on attend encore...

En cette fin de siècle où le sort de l'ouvrier paraît intéresser ou intéresse réellement tant de personnes, ne se trouvera-t-il pas quelqu'un d'autorisé qui reprenne cette question? Une loi spéciale aux ouvriers mineurs a été votée l'année dernière. Qu'on la rende plus complète en songeant un peu plus à quelques améliorations palpables qui donneraient des résultats immédiats. Les pouvoirs publics sont bien disposés pour la classe ouvrière. Il existe au parlement assez de députés, médecins ou non, qui ont des mines dans leur circonscription, pourquoi les uns ou les autres ne provoqueraient-ils pas une discussion sur ce point? Ce serait faire de la bonne politique, et on en fait tant de médiocre, que pour une fois on devrait tenter l'aventure.

Avant la médication générale, dans les cas simples, il est des adjuvants locaux que certes on ne doit pas dédaigner. Les révulsifs, on le comprend, tiennent la première place. Le nombre est grand de ceux qu'on peut appliquer avec succès. Je donne la préférence au mélange à parties égales de baume de Fioravanti et de teinture de noix vomique, recommandé par un spécialiste de valeur, le professeur Fano.

Je recommande aussi, dans certains cas où les lésions internes s'accompagnent de conjonctivite ou de blépharite rebelles, la dérivation par le vésicatoire qui, appliqué aux apophyses mastoïdes ou au bras, et entretenu quelques jours, agit manifestement en bien.

La dérivation sur le tube intestinal est parfois nécessaire, et on peut aisément, dans le grand nombre des purgatifs, choisir celui qui peut le mieux convenir au sujet en traitement. Plus j'avance dans la carrière médicale, moins je recherche les actions rapides mais passagères; plus, au contraire, je m'attache à agir lentement, mais d'une façon certaine, sur ce puissant émonctoire, si propice à une action à distance, si tolérant et si utile parfois. Que de préparations je pourrais citer depuis les pilules *ante cibum* jusqu'aux drastiques les plus violents! On n'a que l'embarras du choix, à la condition d'observer certaines règles banales. Je ne saurais trop répéter que je considère comme éminemment utile et favorable d'agir lentement et pendant longtemps. A toute maladie chronique correspond un traitement chronique. Espérer se débarrasser d'un seul coup d'un mal qui a mis des mois à s'établir, serait, à mon avis, une utopie non seulement absurde, mais dangereuse.

Le rein doit être aussi sollicité souvent, et s'il fonctionne bien on a tout avantage à se servir de ce filtre puissant. Je ne sais où j'ai lu que la médication diurétique était la médication de l'avenir. Je connais pas mal de maîtres qui la tiennent pour l'instant en grand honneur.

Dans le même ordre d'idées, ne pas négliger les fonctions de la peau me paraît chose nécessaire, lotions, frictions, douches, bains de vapeur seraient successivement de mise. Les lotions généralement acceptées de prime abord sont mal faites ou ne sont pas continuées, les douches ne sont pas faites du tout, manquant totalement d'appareils, vantés avec raison comme fort utiles, et qu'on pourrait établir dans des conditions très grandes de simplicité, tout en obtenant la plupart des effets salutaires désirés.

(1) BOURGUET. *Hygiène des ouvriers houilleurs*, 1864, nº 97.

Même pénurie pour les bains de vapeur d'un usage fréquent, ce qui oblige à recourir à des moyens primitifs, pouvant toutefois atteindre le but visé. Voici mon procédé, à la portée de tout le monde et de toutes les bourses. Je recommande de faire bouillir, dans un vase rempli d'eau, la substance choisie, lierre, mauves, son, ou, suivant les indications, thym, serpolet, sauge, romarin, lavande, etc., puis, après quelques minutes de décoction, je fais verser le mélange dans un vase froid et plus grand, conque en terre ou sceau métallique, les vapeurs sont rapidement produites et la température est moins désagréable. Le vase qui fume, et le patient assis sur une chaise percée ou généralement mal rempaillée (c'est le cas le plus fréquent), sont recouverts par une couverture (la tête restant libre), au-dessous de laquelle l'excitation recherchée est de suite obtenue. Une friction sèche et le séjour au lit complètent la séance.

Si parfois je désire obtenir une action plus vive, j'ai recours à la chaux, conseillée, je crois, par le professeur Trousseau. Je fais placer au fond du lit, entre les jambes du malade, un plat creux contenant cinq à six pierres à chaux, du volume du poing, que je fais mouiller légèrement et recouvrir d'un linge humide; la chaux se dilate et les vapeurs ne tardent pas à envahir les moindres recoins de la cavité comprise entre les draps. Qu'on ne s'y trompe pas, la température développée par ce procédé est fort élevée et je n'oublierai jamais qu'un de mes malades mit le feu à sa literie en prenant un de ces bains.

Des faits ci-dessus, il me paraît logique de conclure que :

1° Il existe chez les mineurs des troubles de la vision, imputables à leur profession;

2° Ces troubles sont dus à un vice de nutrition d'origine vasculaire, déterminé par intoxication;

3° Ils sont susceptibles d'être fortement améliorés, sinon guéris, par une médication convenable, en tête de laquelle, sans contredit, l'iodure de potassium tient le premier rang.

Composée péniblement, souvent retouchée et fort incomplète, cette étude ne porte que sur un organe, et il en est bien d'autres qui sont touchés et influencés par les mêmes conditions.

On me pardonnera d'avoir commencé par ce qui peut se contrôler plus aisément. Ce sera une préparation pour l'avenir, à supposer qu'il me soit possible de tirer de mes observations quelques conséquences pratiques.

Aurai-je les moyens et le temps de mener à bonne fin l'œuvre rêvée? J'en doute, car le bagage d'un médecin de campagne isolé, et dont l'éducation remonte à une époque où les moyens d'instruction étaient incomparablement moins complets qu'à l'heure présente, ne paraît pas devoir suffire à une pareille tâche.

Quoi qu'il en soit, je compte que d'autres, mieux placés et surtout plus capables, s'intéresseront à des recherches qui ne manquent ni de charme, ni d'utilité, et si je m'arrête en chemin, j'aurai au moins la satisfaction d'avoir fait tout mon possible.

Je demande, à tous les confrères qui me feront l'honneur de me lire, l'indulgence la plus grande et les prie de croire que je n'ambitionne qu'une chose de leur part, c'est qu'ils veuillent bien reconnaître que : « Ceci est une œuvre de bonne foi. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1896. — Présidence de M. MONOD.

RAPPORT

Chirurgie intestinale. — M. JALAGUIER fait un rapport sur trois observations adressées par M. Barette (de Caen). Dans ces trois observations, il s'agit d'interventions chirurgicales sur les intestins. Le premier cas a trait à un anus contre-nature que M. Barette a guéri par une résection avec entérorraphie. Le second cas est celui d'un homme de trente-six ans, qui, à la suite de l'ouverture spontanée d'un abcès stercoral, eut une fistule stercorale. M. Barette fit également une résection et une suture intestinales qui eurent un plein succès. Enfin dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, qui était atteinte d'une fistule stercorale consécutive à une hernie ombilicale. Dans ce cas, il fut fait une résection de 8 centimètres d'intestin et la malade a parfaitement guéri.

M. le rapporteur n'ajoute aucune considération à l'exposé de ces faits. Il se contente de féliciter l'auteur de ces trois beaux succès à l'actif de la chirurgie intestinale.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. BROCA confirme les opinions qui ont déjà été émises par ses collègues relativement à la théorie du vase clos. Il n'a rencontré l'obstruction de l'appendice que dans trois cas, qu'il a opérés à froid, si bien qu'il aurait quelque tendance à admettre que le vase clos est bien plutôt un mode de guérison qu'une cause pathogénique de l'appendicite. M. Broca partage également l'avis exprimé par M. Brun sur l'existence de troubles digestifs symptomatiques de l'entérocolite qui accompagne presque toujours l'appendicite.

M. BAZY fait porter sa communication sur la pathogénie des accidents dits appendiculaires. Il revendique le droit à l'existence pour l'ancienne typhlite des auteurs. Il n'y a pas de raisons pour que le cæcum lui-même ne soit pas le siège des mêmes accidents que son voisin l'appendice.

M. Bazy reconnaît que, jusqu'ici, ses tentatives de revendication en faveur de la typhlite n'ont eu aucun succès. Le vent était à l'appendicite et on n'a plus parlé que de l'appendicite. Or les dernières communications faites à la Société de chirurgie, dans le but de combattre la théorie du vase clos, semblent donner raison à M. Bazy. En effet, si le cæcum et l'iléon peuvent devenir le siège des mêmes lésions que l'appendice, la théorie du vase clos tombe d'elle-même. Or l'anatomie pathologique démontre que le cæcum peut être le siège des mêmes accidents que l'appendice. Le rétrécissement et l'obstruction de l'appendice sont certainement bien plutôt la conséquence que la cause des lésions appendiculaires ou cæcales. M. Bazy cite des exemples dans lesquels la lésion était purement et uniquement cæcale. Dans un de ces cas, il y avait si peu d'appendicite qu'il n'y avait même pas d'appendice, et cependant le malade, privé d'appendice, avait présenté tous les caractères les plus accusés de l'appendicite ou de ce qu'on est convenu aujourd'hui d'appeler l'appendicite.

M. TUFFIER estime que les lésions inflammatoires sont les mêmes dans tous les canaux excréteurs, dans l'appendice comme dans les canaux biliaires. Partant, c'est toujours la muqueuse qui est le point de départ des accidents et le rétrécissement ou l'oblitération de ces canaux est toujours consécutif. M. Tuffier croit qu'il faut distinguer les appendicites sans rétention des appendicites avec rétention. Il n'y a pour lui qu'un seul fait qui soit spécial à l'appendice, c'est la gangrène. Cette gangrène est surtout fréquente dans les cas où l'on trouve des corps étrangers dans l'appendice.

M. Tuffier insiste également sur les appendicites à répétition. Il cite l'exemple d'un enfant de sept ans, qui, le 22 septembre 1893, fut pris d'une poussée évidente d'appendicite aiguë. Il eut ainsi plusieurs poussées successives jusqu'en mai 1896. En 1895, il avait eu un abcès qui s'était ouvert dans le cæcum. Un an après, il eut des phénomènes d'obstruction intestinale qui nécessitèrent l'intervention chirurgicale. M. Tuffier l'opéra et ne trouva que des brides cicatricielles; il n'y avait pas trace d'appendice. Ce malade avait donc eu des phénomènes d'obstruction et non des poussées d'appendicite.

M. QUÉNU insiste plus particulièrement sur la pathogénie de la première attaque d'appendicite. Il croit que l'entérite joue ici un grand rôle. Il ne pense pas, comme M. Jalaguier, qu'il soit nécessaire d'invoquer une maladie infectieuse antérieure, telle que la rougeole, etc., pour expliquer l'apparition de l'appendicite ou de l'entérite. Le contenu intestinal et sa fermentation microbienne suffisent bien pour expliquer l'éclosion des accidents dits appendiculaires. On désigne, en effet, sous le nom d'attaques appendiculaires, une série de faits absolument dissemblables. On vient de citer des cas de soi-disant appendicites sans appendice. M. Quénu en a observé deux semblables dans lesquels il lui a été impossible de trouver la moindre trace d'appendice.

M. RECLUS ne croit pas plus que ses collègues qu'on puisse admettre la théorie du vase clos pour expliquer tous ces faits d'appendicite. D'une façon générale, il admet que la stagnation et la tendance à la fermentation des matières retenues jouent un grand rôle dans la production de l'appendicite et peuvent expliquer bien des faits. M. Reclus pense qu'il se fait quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la fistule borgne interne. Il admet trois catégories d'appendicites : 1° l'appendicite de cause cæcale dans laquelle les corps étrangers jouent un rôle prépondérant; 2° l'appendicite par inflammation de voisinage s'étant propagée à l'appendice; 3° l'appendicite survenant dans le cours d'une maladie générale. M. Jalaguier a justement appelé l'attention sur cette dernière variété.

M. Reclus insiste sur ce fait que la nature fait souvent elle-même ce que fait le chirurgien; elle fait disparaître l'appendice. On a, en effet, cité plusieurs exemples dans lesquels on n'a pas trouvé d'appendice. Quant à la théorie du vase clos, M. Reclus pense, comme plusieurs de ses collègues, que c'est plutôt un mode de guérison qu'une cause pathogénique.

COMMUNICATION

Interventions chirurgicales sur le poumon. — M. QUÉNU fait une communication sur ce sujet. Il fait connaître les résultats de nombreuses expériences qu'il a faites sur des chiens.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres de Léon Le Fort (1)

Pour la patrie, par la science et par la liberté.
(LE FORT.)

Le troisième volume des œuvres de Léon Le Fort vient de paraître et je saisis avec plaisir cette occasion de parler de ce maître que j'aimai pour l'avoir bien connu.

Deux volumes ont précédé celui-ci.

Le premier avait trait à l'hygiène hospitalière, à la démographie, à l'hygiène publique. Il contenait l'exposé de la *doctrine de Le Fort*, la doctrine contagioniste; remplaçant partout la notion hippocratique d'épidémie par la notion de

(1) Tome III (complétant l'ouvrage), gr. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan,

contagion, elle remplaçait du même coup l'inaction fataliste par la prophylaxie. Le *germe contage*, sorti du cerveau de Le Fort, était un être de raison; la bactériologie lui donna un corps; le développement normal de cette doctrine devait conduire directement à l'asepsie, telle qu'on la pratique aujourd'hui. Mais la méthode listérienne, quoique exclusivement dirigée contre les germes de l'air que Le Fort ne craignait point et qu'on ne craint plus actuellement, arriva d'Angleterre avec de si beaux succès qu'elle détourna à son profit toute l'attention des chirurgiens.

Le second volume était consacré aux questions de chirurgie militaire et d'enseignement. On y trouvait d'importants travaux qui eurent, à leur époque, une influence considérable sur le service de santé et qui ne contribuèrent pas peu à l'émanciper de la tutelle de l'intendance. Il se terminait par des études comparatives sur l'enseignement de la médecine en France et à l'étranger, que consulteront longtemps encore avec fruit tous ceux qui s'occupent de l'organisation des études médicales.

Le troisième volume est digne de ses aînés.

Une première partie (*Histoire et Déontologie*) contient, tout d'abord, deux leçons d'ouverture, deux superbes pages d'éloquence. La première, faite à la fin de l'empire, est la défense du libre examen contre le principe d'autorité, en matière scientifique; la seconde, faite en 1873, retrace l'histoire de la chirurgie dans ses rapports avec les évolutions de l'esprit humain; très remarquable au point de vue de l'érudition et de l'élévation des idées, celle-ci fut donnée par Dupanloup, au ministre compétent, comme un exemple des mauvais enseignements qui peuvent être donnés à la jeunesse. Puis vient une étude historique sur Riolan le fils, qui fait revivre sous nos yeux la Faculté de Paris, telle qu'elle était dans la première moitié du XVIIe siècle. C'est ensuite l'introduction magistrale d'un traité de thérapeutique chirurgicale que Le Fort ne devait pas avoir le temps d'écrire, et la fameuse préface du tome II de Malgaigne, malheureusement encore aujourd'hui d'actualité, où d'une plume virulente il flétrit les mœurs médico-chirurgicales nouvelles.

La deuxième partie (*Clinique chirurgicale*) est composée de différents articles intéressants traitant : des paralysies et atrophies musculaires dans les affections articulaires et, en particulier, dans l'hydarthrose, de la trochantérite, de la fracture marginale de la malléole péronière, de l'exophtalmos pulsatile, etc.

C'est dans la troisième partie (*Thérapeutique chirurgicale et médecine opératoire*) que se trouvent les importants mémoires sur les résections auxquels est dû en grande partie l'acclimatement en France de ces interventions conservatrices. Ils sont suivis de la description de quelques procédés opératoires imaginés par Le Fort : l'amputation ostéoplastique tibio-calcanéenne qui porte son nom, un procédé de périnéorraphie, l'opération palliative contre l'exstrophie vésicale qui reste encore une des meilleures, l'ingénieuse méthode de traitement des prolapsus utérins par le cloisonnement vaginal aujourd'hui abandonné, la blépharoplastie par greffe cutanée totale (méthode de Le Fort), quelques applications de l'électrolyse, la dilatation immédiate progressive que je ne suis pas loin de regarder comme la meilleure méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre, le procédé des injections modificatrices de sulfate de zinc dans les fongosités articulaires. Je signalerai encore une étude sur les indications du trépan que Le Fort contribua à réhabiliter, la première observation française de néphrectomie pour fistule de l'uretère, une leçon sur la marche comme moyen de combattre les retards de consolidation dans les fractures de jambe.

La *prothèse et les appareils* étaient un des sujets de prédilection de Le Fort, aussi cette quatrième partie nous montre-t-elle les nombreux appareils imaginés et souvent construits de toutes pièces par Le Fort pour la mobilisation articulaire, la coxalgie, la luxation congénitale de la hanche, le genu valgum, la scoliose, la fracture et la luxation de la rotule, les luxations récidivantes de l'épaule, etc.

Sous la rubrique *Addenda* sont rangés divers articles de journaux médicaux, des communications à la Société de chirurgie, et une partie de la thèse de doctorat de Le Fort, la description restée classique des vaisseaux du poumon.

Le volume se termine par une longue liste de tous les travaux non reproduits, et ils sont légion.

Voilà mené à bonne fin, avec la publication de ce troisième et dernier volume, le monument élevé à la mémoire de Le Fort par la piété des siens, et ce monument sera durable. Certes, l'étudiant qui n'a souci que de ses examens ou de ses concours, le praticien que n'intéressent plus que les formules nouvelles ne feuilletteront pas ces pages : ce serait pour eux temps perdu.

Mais tous ceux auxquels les choses de l'esprit ne sont pas devenues tout à fait étrangères, ceux que passionnent encore les nobles pensées exprimées dans une langue claire, ceux qui, par-dessus les faits de chaque jour, aiment à suivre l'évolution des idées, réserveront à ces trois volumes une bonne place en leur bibliothèque.

Il se dégage de leur lecture une impression saine et forte : on sent qu'on a vécu pendant quelque temps dans le commerce d'un honnête homme qui, prenant pour seul guide l'intérêt de l'humanité, chercha passionnément la vérité, la trouva souvent et l'osa dire toujours.

Si Le Fort fut méconnu par beaucoup de ses contemporains, la postérité qui remet « the right man in the right place » lui rendra justice et il restera comme une des plus belles figures chirurgicales de la seconde moitié de ce siècle.

Il a touché à tout ce qui, de près ou de loin, se rapportait à la chirurgie, mais n'eût-il fait que détruire la vieille notion d'épidémie, que son nom demeurerait, marquant une des étapes du progrès dans le domaine des sciences médicales.

P. RICHE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 8 décembre 1896, le paragraphe 2 de l'article 5 du règlement du 24 décembre 1891 est modifié comme il suit :

Bourses de doctorat de troisième année. — Sont admis à concourir, les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. — L'épreuve consiste : 1° en une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie); 2° en une composition d'histologie.

— M. le médecin principal de première classe Breton, M. le médecin principal de deuxième classe Berthelé, MM. les médecins-majors de première classe Florance, Bienvenu, Grosse et Pugibet; MM. les médecins-majors de deuxième classe Didier et Chauzeix prennent leur retraite.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Saintin et Lorin, M. l'élève de quatrième division Muller ont donné leur démission.

— A la réunion mensuelle du Conseil académique de Paris, tenue à la Sorbonne, M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a prononcé l'éloge des membres de la Faculté décédés au cours de l'année.

Il a fait connaître que le nombre des étudiants, qui était de 5,445 l'an dernier, est descendu à 5,175, par suite des mesures prises pour que les étrangers, qui ne justifient pas des grades exigés des nationaux, se fassent inscrire dans des Facultés des départements. Le nombre des étudiants étrangers a été de 964 : 810 hommes, 154 femmes. Pendant la dernière année scolaire, 8,965 examens ont été subis, dont 7,636 avec succès.

Le doyen a exposé la situation des études anatomiques, et rendu compte des résultats du stage des étudiants dans les hôpitaux. Il conclut en signalant la nécessité de fournir à la Faculté les moyens de travail dont elle a besoin pour assurer aux étudiants les connaissances qu'ils doivent acquérir et pour rester à la hauteur de sa réputation scientifique.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 144. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1896. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 décembre 1896.

Le corps médical a, en ce moment, le triste privilège d'occuper l'opinion publique. Les jeunes auteurs nous prennent comme sujet d'études et étalent sur les planches, sous un jour peu favorable, ce qu'ils croient connaître de notre science ou de notre manière de vivre.

Une douloureuse affaire, dont s'est emparée la justice, et sur laquelle on est loin d'ailleurs d'être fixé, vient d'avoir le talent de passionner toute la presse et d'attirer sur nous des regards dont la bienveillance est le plus souvent absente. Et ce sont, portés devant le grand public, de longs et sententieux articles sur l'art médical et sur les médecins. Or, dans les organes les plus sérieux et les plus estimés, dans ceux de l'opinion desquels on tient compte, voici ce qu'on peut lire :

« Oui, je l'avoue avec honte et avec chagrin, il y a, dans une ville comme Paris, un nombre, qui n'est plus si restreint, de médecins sans scrupules, de chirurgiens qui consentent à faire des opérations que leur conscience ne reconnaît pas comme absolument nécessaires, et qui gagnent mal leur argent.

Et cela est surtout frappant dans les spécialités très encombrées, où la concurrence est si forte que tous moyens deviennent bons pour laisser ses rivaux en arrière, avoir un loyer plus cher qu'eux et rouler en voiture au mois, au bout de quatre ou cinq ans d'exercice.

Cette manière d'être est odieuse, et ma plume de journaliste n'aura jamais de complaisance pour ces médecins sans vocation, d'ailleurs ignorants pour la plupart, qui eussent fait peut-être d'honorables marchands ou d'excellents industriels. »

Et ces phrases, si cruelles, appartiennent à l'un des nôtres, bien placé pour juger de la véracité de ce qu'il avance. Ce ne sont plus des critiques sans portée, de vagues calomnies d'un pamphlétaire aux abois. Ce sont des faits, des accusations précises. On sent que derrière chaque pensée il y a des noms, qu'il y a des gens qu'on accuse.

Oui, il faut l'avouer, comme disait tristement notre confrère de la grande presse, « il y a un nombre, qui n'est plus si restreint, de médecins sans scrupules. » Or ce mal, évident, manifeste, il importe de l'enrayer.

On a proposé, comme solution, la création d'un ordre de médecins, le désencombrement de la profession : ce n'est point là le remède.

Un conseil de l'ordre, possible pour les avocats, n'est pas de mise chez nous. En vertu de quelle autorité ce conseil interdirait-il l'exercice de la profession à un confrère indigne, mais légalement muni de son diplôme et jouissant des droits qu'il confère? L'exercice de la profession ne consiste qu'en relations privées de malades à médecin, où personne n'a droit de s'interposer.

Ce conseil de l'ordre ne pourrait guère intervenir que pour juger des choses graves, manifestement criminelles, pour lesquelles les tribunaux sont suffisamment armés. Car, si l'on admettait son ingérence sur des points plus discutables, son pouvoir d'investigation sur l'exercice professionnel de chacun, on prévoit quels abus, quelles vexations, quelles injustices même en résulteraient inévitablement.

On a parlé de l'encombrement de la profession. Il y a là un point exact. Il est certain que dans cette lutte pour la vie, rendue plus dure et plus âpre, les sentiments nobles s'émoussent. La moralité s'efface et le gain seul devient l'unique objectif de ceux dont la mission première était de soulager les autres. Le but de la profession médicale disparaît bientôt des yeux de ces aigris par la bataille de chaque jour. La gêne devient mauvaise conseillère. Mais cette gêne ne la doivent-ils pas quelquefois, les confrères égarés, à cette soif de luxe qui sévit sur nous à Paris, à ce secret désir de briller, à d'illégitimes ambitions? N'est-ce pas l'envie d'égaler M. X... et M. Y... dont on jalouse la haute situation, sans reconnaître quelles sommes de travail et quelles nombreuses années d'études elle a nécessitées? Loyer coûteux, grand train de vie, orgueil excessif, soif du luxe, telles sont les plaies qu'il faut guérir. Car ici l'encombrement n'y est pour rien, croyons-le bien. Ce ne sont pas les plus humbles de notre profession, ceux qui luttent péniblement et dans le silence, qui ont attiré les sévères appréciations que la grande Presse porte sur nous. Non, ceux-là, et il faut le reconnaître et le proclamer, ceux-là sont encore légion; ils constituent l'armée de nos médecins français, qu'ils exercent en province ou à Paris. La malhonnêteté professionnelle, aujourd'hui visée et étalée, n'est pas le fait de la masse, elle est l'apanage d'un certain nombre d'ambitieux sans talent, sans savoir, et surtout sans conscience,

qui demandent à leur esprit industrieux ce qu'ils devraient demander au labeur et à l'expérience.

C'est la chirurgie et surtout la chirurgie parisienne qui est atteinte de ce mal, il faut avoir le courage de le dire; déjà deux de nos confrères de province : l'un du Nord, l'autre du Midi, ont mis le corps médical de Paris en demeure de s'expliquer sur des accusations devenues publiques; malgré tout, le silence a persisté.

Il convient de le rompre et de dire qu'à côté d'une phalange de chirurgiens d'élite, instruits et probes, qu'ils soient officiels ou indépendants (car l'honnêteté n'a pas de hiérarchie), il est né toute une catégorie de pseudo-chirurgiens, cachant leurs manœuvres sous le couvert de publications d'allure scientifique, menant grand bruit et fort tapage et risquant de compromettre avec eux le bon renom de la profession tout entière. Le public, heureusement, commence à se tenir sur la défensive. En cela, ces articles de la grande presse ont eu un excellent effet. Ils ont initié à des mœurs que la dignité professionnelle a toujours réprouvées, et cette initiation déjà commencée continuera à se faire, que nous le voulions ou non, et ce sera justice.

Ce sera pour le corps médical parisien, critiqué et accusé, l'occasion de se défendre et de se montrer tel qu'il est, loyal et généreux dans son ensemble, mais ayant malheureusement dans son sein des membres indignes, dont il aura eu le tort de cacher trop longtemps les coupables agissements.

Répétons qu'il ne s'agit ici ni d'École, ni de Faculté, ni de titres, ni de galons. Nous traitons ici, non une question d'ordre scientifique, mais une question de moralité professionnelle; nous voudrions qu'il n'y eût, dans notre profession, qu'une seule catégorie au point de vue de l'honnêteté et de l'honorabilité et qu'on sût faire un départ bien tranché entre les honnêtes gens et les flibustiers. Et, pour que tous nous ne soyons pas englobés dans une mésestime générale, il faut franchement nous séparer de ceux qui, exploiteurs de fait, ne sont médecins que de nom. Des groupements se feront, qui mettront d'un côté la foule des honnêtes et de l'autre les écumeurs, qui, réduits à eux-mêmes, seront vite démasqués. Les fréquenter, s'en servir, deviendra une complicité que le grand jour ne permettra plus.

Plusieurs malades intéressants ont été présentés à la Société médicale des hôpitaux dans sa séance du 11 décembre.

Un malade amené par M. Achard est atteint d'une tuméfaction chronique des glandes parotides, due à l'intoxication saturnine. Contrairement à ce qu'on observe en cas semblable, le plus habituellement, il y a chez lui des poussées de gonflement douloureux; comme il existe un notable degré de stomatite, M. Achard se demande s'il ne se fait pas, à certains moments, une propagation de l'inflammation buccale à la glande par le canal excréteur.

D'après MM. Merklen et Comby, la tuméfaction chronique des parotides pourrait survivre aux oreillons. M. Chauffard la signale dans l'intoxication chronique par le cuivre et M. Comby la croit possible dans un grand nombre d'autres empoisonnements.

M. Fernet présente un premier malade auquel on a fait, il y a onze ans, l'ablation d'un testicule atteint de lymphosarcome. Quatre ans plus tard, apparaissaient des signes d'adénopathie du médiastin et des ganglions volumineux du cou : il y avait une compression marquée de la veine cave supérieure. M. Fernet fit dans les ganglions apparents du cou des injections de naphtol camphré. Non seulement ces ganglions disparurent, mais il y eut une telle amélioration dans les phénomènes de compression de la veine cave, que le malade put de nouveau reprendre son rôle de jeune premier dans des théâtres des boulevards extérieurs. Il se croyait guéri, mais il y a six mois, les mêmes phénomènes réapparurent, moins accusés cette fois. En l'absence de ganglions cervicaux accessibles, M. Fernet n'hésita pas à faire des injections semblables dans le médiastin en pénétrant par le second espace intercostal. Bien qu'il s'assure que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau avant d'injecter le naphtol camphré, ce mode d'intervention ne laisse pas que d'être assez hardi.

Neuf injections ont été faites déjà et il paraît y avoir un certain degré d'amélioration dans l'état du malade.

Un second malade, également présenté par M. Fernet, a le cœur à droite; les autres viscères occupent leur place normale. Comme il y a une rétraction marquée du poumon droit avec des râles sous-crépitants en avant, une respiration très soufflante en arrière et de la submatité dans toute l'étendue de ce côté du thorax, M. Fernet pense qu'il y a eu dans la première enfance une affection broncho-pleuro-pulmonaire qui a laissé à sa suite de la sclérose du poumon. Le cœur s'est ainsi trouvé entraîné du côté droit.

Ces deux malades seront soumis à l'examen par les rayons de Röntgen projetés sur l'écran lumineux; on pourra probablement se rendre compte de l'existence des tumeurs du médiastin chez l'un, de la déviation du cœur et de la condensation et de la rétraction du poumon chez l'autre.

La digitale, d'après les travaux des physiologistes, ralentit le cœur en agissant sur le pneumogastrique; elle augmente la vigueur des contractions ventriculaires, en impressionnant directement le muscle cardiaque, et, enfin, elle provoque la contraction des vaisseaux périphériques. M. Merklen montre, par des observations probantes, que ces actions diverses peuvent se dissocier. C'est ainsi que, lorsqu'il existe à la fois de l'asystolie et une compression du pneumogastrique, par des ganglions hypertrophiés, la diurèse peut augmenter sans que le cœur se ralentisse. Inversement chez certains asystoliques, lorsque le myocarde est profondément lésé, ou encore lorsqu'il y a symphyse péricardique, les battements du cœur peuvent se ralentir sans que la diurèse s'élève. Dans le premier cas, la digitale a agi sur le myocarde, sans pouvoir agir sur le pneumogastrique; dans le second, au contraire, elle a agi sur le pneumogastrique, sans pouvoir suffisamment actionner le myocarde et déterminer la dilatation des ventricules.

Un malade de M. Thoinot a eu une fièvre typhoïde très légère, suivie de deux rechutes plus accentuées. Or, la réaction agglutinative de Widal a manqué dans la première poussée, elle s'est, au contraire, produite nettement dans les deux autres. Il faut donc un certain temps, dans les formes légères, et une certaine intensité de la maladie pour qu'elle puisse se produire.

D'après M. Marie, les amputés seraient plus que les autres exposés à succomber à la tuberculose, même lorsqu'ils

n'ont pas été amputés pour une tumeur blanche : son opinion se base actuellement sur sept autopsies.

HOPITAL COCHIN. — M. A. CHAUFFARD.

Dermo-fibromatose pigmentaire (ou neuro-fibromatose généralisée). Mort par adénome des capsules surrénales et du pancréas (1).

II. Un second point, tout particulier, est à relever dans notre autopsie. Il a trait à l'état des *capsules surrénales* et du pancréas.

L'abdomen une fois ouvert, l'estomac se montrait repoussé en avant par une tumeur volumineuse, à laquelle il adhérait par sa face postérieure.

Après ablation de l'intestin et de l'épiploon, on constate que cette tumeur rétrogastrique a la forme d'un fer à cheval, dont la partie médiane repose sur le rachis, dont les branches descendent de chaque côté jusqu'à l'extrémité supérieure des deux reins. La dissection montre qu'il s'agit, en réalité, d'une tumeur complexe, à la fois *pancréatique*, *surrénale* et *ganglionnaire*.

Le *pancréas* forme une masse énorme, développée surtout aux dépens de la tête et du corps de l'organe; il adhère par son bord inférieur, et un peu par sa face postérieure, à la capsule surrénale gauche; à droite, il est relié à la capsule surrénale par une chaîne de ganglions très hypertrophiés.

A la coupe, le tissu pancréatique est induré, lardacé, et offre tous les caractères objectifs du cancer.

J'ajoute que, par suite d'une anomalie anatomique curieuse, le cholédoque ne traversait pas la tête du pancréas, mais était simplement accolé à sa face postérieure. Il avait ainsi échappé à la compression néoplasique, d'où, pendant la vie, la non-existence du symptôme le plus caractéristique du cancer de la tête pancréatique, l'ictère chronique avec dilatation de la vésicule biliaire.

La *capsule surrénale gauche* est énorme; elle a conservé sa forme typique, mais mesure 6 centimètres de hauteur, sur 10 1/2 de large. Elle est entourée de ganglions gros comme des noisettes ou même comme des noix. Le tronc et les rameaux du *sympathique gauche* sont englobés dans cette grosse masse, comprimés de partout, et difficiles à isoler par la dissection.

La capsule et les ganglions se détachent facilement du rein gauche, et pèsent ensemble 350 grammes; le rein en pèse 160.

La *capsule surrénale droite* présente la même hypertrophie énorme, régulière, avec conservation de la forme générale de l'organe. Elle mesure 5 centimètres et demi de haut, sur 10 de large. De plus, à sa partie inférieure et postérieure, existe un kyste hématique, gros comme une orange, rempli d'une bouillie sanglante, et recouvrant tout le bord supérieur et la face postérieure du rein correspondant.

Les ganglions adjacents à la capsule sont également hypertrophiés et dégénérés, et la masse totale pèse 300 grammes, le rein 150 grammes.

Aucun noyau cancéreux secondaire dans les autres organes, ni, notamment, dans le foie.

A signaler seulement quelques nodules crétacés au sommet du poumon gauche, et une hypertrophie notable des ganglions trachéo-bronchiques.

L'*examen histologique* des surrénales, des ganglions et du pancréas, donne les résultats suivants :

En examinant à un faible grossissement (obj. 0) des coupes étendues de capsule, on voit que la substance corticale et la substance médullaire ont conservé leurs rapports réciproques; les tubuli glandulaires corticaux se délimitent dans la profondeur par une ligne sinueuse correspondant aux saillies des culs-de-sac glandulaires et à leurs interstices. Mais sur un point, la délimitation cesse d'être nette, les cellules épithéliales s'agglomèrent, perdent leur ordination trabéculaire, et se continuent avec une série de boyaux épithélioïdes, sinueux, allongés ou arrondis, et qui s'infiltrent de proche en proche dans les interstices conjonctifs de la substance médullaire.

A de plus forts grossissements (obj. 4 et 6, Verick), on voit que les cellules glandulaires des tubuli et des foyers d'infiltration présentent toutes les mêmes caractères : ce sont des cellules assez petites, tassées et polyédriques par pression réciproque, à protoplasma assez peu abondant, possédant un noyau volumineux, arrondi, uniformément teinté par l'hématoxyline; nulle part les cellules ne présentent l'aspect polymorphe et métatypique des épithéliomes infiltrés. La substance médullaire est formée par un feutrage de fibres musculaires lisses et de fibres conjonctives; en certains points, on constate de véritables hémorragies interstitielles fibrino-hématiques.

La zone de démarcation entre les deux substances ne montre aucune trace du liséré pigmentaire normal.

Mêmes aspects sur les coupes, durcies par le liquide de Flemming; celles-ci montrent, en outre, la présence de nombreuses cellules vésiculo-graisseuses, situées pour la plupart dans les travées conjonctives, qui séparent les tubuli glandulaires ou les infiltrations épithélioïdes profondes.

Le pancréas apparaît sur les coupes, formé par un stroma fortement fibreux creusé d'une série de larges alvéoles acineux; ceux-ci se subdivisent à leur tour en petites logettes, contenant chacune de petites cellules nucléées, très analogues par leurs dimensions, leur forme, leurs caractères histo-chimiques, aux cellules épithélioïdes des capsules surrénales.

Les ganglions lymphatiques conservent encore la structure normale des follicules et cordons avec leurs petites cellules nucléaires et fortement colorées; mais toute la région des sinus périfolliculaires, tout le parenchyme même du ganglion sont formés de cellules plus volumineuses, moins confluentes, et ressemblent trait pour trait aux mêmes infiltrations cellulaires épithélioïdes déjà constatées dans les capsules surrénales et dans le pancréas.

En somme, l'examen de ces différentes coupes rend vraisemblable l'interprétation suivante : dégénérescence capsulaire, double et symétrique, à point de départ cortical, et présentant plutôt les caractères histologiques de l'adénome, que ceux de l'épithélioma proprement dit; dégénérescence adjacente, secondaire et homologue du pancréas et des ganglions lymphatiques.

Le kyste hématique volumineux de la capsule surrénale droite plaide également en faveur de la dégénérescence adénomateuse plutôt que pour l'épithélioma carcinomateux.

Il est vrai qu'entre les *adénomes infectants*, tels que celui que nous venons de décrire, et les épithéliomes infiltrés, la distance histologique et clinique est bien faible; la distinction cependant n'en mérite pas moins d'être établie.

Ajoutons que nulle part on ne constate ni cellules géantes, ni formations folliculaires, ni dégénérescence caséeuse, aucune des lésions en un mot qui caractérisent la transformation tuberculeuse des surrénales, telle qu'on l'observe dans la maladie d'Addison; objectivement du reste, et au moment de l'autopsie, l'aspect jaune verdâtre du parenchyme capsulaire ne rappelait en rien l'état caséeux, lar-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1385.

dacé ou marron d'Inde des surrénales au cours de la maladie bronzée.

Sans entrer dans tous les détails que pourrait comporter l'examen d'un fait tel que celui que nous venons de relater, deux questions nous paraissent devoir être discutées.

Quel a été, tout d'abord, le point de départ de cet adénome pancréatico-surrénal? Lequel des deux parenchymes glandulaires a été le premier atteint? Les probabilités nous paraissent être en faveur de l'origine primitivement surrénale de la néoplasie. Les cancers du pancréas sont, relativement, peu rares, et jamais nous ne les voyons envahir, par propagation de voisinage, les deux surrénales, tandis que, en pareil cas, les noyaux secondaires dans le foie sont presque constants. Ici, au contraire, pas de généralisation au foie, et envahissement symétrique, et probablement simultané, des deux surrénales.

Nous admettrions donc plutôt que les deux capsules ont subi au même degré, et primitivement, la dégénérescence adénomateuse, et que, de proche en proche, elles ont infecté les ganglions adjacents et le pancréas. C'est à coup sûr là une lésion de la plus grande rareté, quand elle est portée à ce haut degré, car les recherches de M. Letulle nous ont montré la fréquence relative des petits adénomes surrénaux.

Cliniquement, nous avions constaté quelques-uns des caractères symptomatiques de l'*addisonisme:* troubles digestifs, dépression progressive et complète des forces, teinte bistrée des téguments. Mais il n'y avait de pigmentation ni des muqueuses, ni des organes génitaux, ni la coloration sépia que prennent les ongles des addisoniens. Nous ne croyons donc pas avoir eu affaire à une véritable maladie bronzée, mais bien à un syndrome partiel et dissocié de l'addisonisme. La lésion capsulaire, la compression du sympathique gauche nous donnent une explication suffisante de l'évolution clinique.

Une dernière question doit au moins être posée, si elle ne peut actuellement être résolue. Existe-t-il un rapport quelconque entre la dermo-fibromatose, chez notre malade, et la dégénérescence adénomateuse des surrénales et du pancréas, ou s'agit-il d'une simple et fortuite coïncidence?

Rien à conclure, sous ce rapport, des rares autopsies déjà effectuées; pas de lésion constatée (ni probablement même cherchée) des surrénales.

Il est donc très possible qu'aucun rapport d'influence réciproque ne relie entre eux les deux états morbides constatés chez notre malade.

Mais cela n'est pas prouvé, d'autant que la dermo-fibromatose n'a été, dans ce cas, que d'évolution récente, les tumeurs cutanées ayant débuté il y a cinq ans, et les taches pigmentaires étant devenues, depuis trois ans, plus nombreuses et plus étendues.

Les macules pigmentées de la peau étant un des éléments constants et typiques de la maladie de Recklinghausen, on peut se demander si la possibilité de lésions surrénales ne doit pas être envisagée. Sans rien conclure, à cet égard, du cas jusqu'à présent unique que je viens de relater, je crois qu'à l'avenir on devra, dans les autopsies, examiner avec soin l'état des capsules surrénales. Quand la pathogénie d'une affection reste aussi inconnue que l'est actuellement celle de la dermo-fibromatose pigmentaire, aucun élément d'information et de comparaison ne doit être négligé.

LA PLEURÉSIE DE L'HOMME

ÉTUDIÉE A L'AIDE DES RAYONS DE RÖNTGEN (1)

Par M. le professeur Ch. Bouchard (de l'Institut).

Si l'on place le thorax d'un homme bien portant entre le tube de Crookes et un écran phosphorescent, on sait qu'on voit apparaître sur cet écran le squelette du thorax figuré par une bande noire verticale, à bords parallèles, et de chaque côté par des bandes obliques moins foncées, représentant les côtes. De plus, on voit à droite de la colonne, vers le milieu de la région dorsale, une ombre portée par le cœur où l'on peut discerner les battements. Enfin, l'ombre portée par le foie avec sa convexité supérieure, monte et descend dans la cavité thoracique, suivant les mouvements respiratoires. En dehors de ces ombres, tout le reste du thorax apparaît en clair également des deux côtés. Le médiastin, masqué par la colonne, n'apparaît pas.

Chez trois hommes atteints de pleurésie droite avec épanchement, j'ai constaté que le côté du thorax occupé par le liquide pleurétique présente une teinte sombre qui contraste avec l'aspect clair du côté sain; que si l'épanchement ne remplit pas la totalité de la cavité, le sommet de ce côté reste clair et que la teinte sombre dessine la limite supérieure de l'épanchement, telle qu'elle est établie par la percussion et les autres moyens habituels de l'exploration physique; que la teinte sombre se fonce de plus en plus, à mesure qu'on l'observe en descendant de sa limite supérieure, où l'épanchement est plus mince, vers les parties inférieures, où il est plus épais et où son ombre se confond avec celle du foie.

J'ai reconnu, de plus, que, dans ces trois cas de pleurésie droite, le médiastin, qui n'est pas apparent à l'état normal, porte une ombre à gauche de la colonne et figure un triangle à sommet supérieur, et dont la base se continue avec le cœur.

Ce triangle est l'ombre portée par le médiastin déplacé par la poussée latérale de l'épanchement et refoulé vers le côté sain du thorax.

Dans un quatrième cas, où l'épanchement n'existait plus, mais avait laissé à sa suite une rétraction du côté malade, c'est de ce côté que le médiastin déplacé faisait ombre.

Assurément, le diagnostic peut être fait aussi sûrement et aussi complètement par les procédés habituels de l'exploration, et l'application de cette méthode est soumise à des conditions qui en rendent encore l'emploi peu pratique. Mais, sans compter la précision plus grande que la radioscopie donne à la constatation des déplacements du médiastin, elle a l'avantage de faire contrôler une méthode par une autre, un sens par un autre. Elle a surtout l'avantage précieux pour l'enseignement de pouvoir faire constater simultanément, et d'un seul coup d'œil, par toute une assemblée, l'existence, l'étendue, la profondeur d'un épanchement dont chacun pourrait assurément se rendre compte, à l'aide de la percussion, mais seulement d'une façon fragmentaire et par une exploration personnelle.

Je crois inutile d'indiquer les applications qui se présentent à l'esprit et qui peuvent introduire la radioscopie dans l'étude d'autres épanchements, ou même dans la recherche des changements de volume, de forme ou de densité, que la maladie peut produire dans les parties profondes. Nous

---

(1) Communication à l'Académie des sciences.

sommes en droit d'espérer que l'exploration par les rayons de Röntgen ne rendra pas à la médecine de moindres services qu'à la chirurgie.

REVUE DE LA PRESSE

Formes larvées de la malaria; vertige malarique. — M. Triantaophylides, qui s'occupe spécialement des formes larvées de malaria, décrit aujourd'hui le vertige malarique qui peut être simple ou s'accompagner d'accès nerveux.

Le vertige simple s'observe chez les sujets ayant la diathèse malarique avec ou sans fièvre; il survient spontanément, a une durée variable et ne présente aucune régularité quant à l'époque de son apparition; il peut s'accompagner de différentes manifestations de nervosisme, tels que dyspnée, sensation analogue à celle de la boule hystérique, pâleur et rougeur du visage, etc.; il y a parfois une sorte d'aura abdominale. Un symptôme est constant : la pression profonde, exercée un peu à gauche de la région ombilicale, provoque une vive douleur et même le vertige; tout cela cesse dès que la pression a cessé; l'auteur donne le nom de *zone ombilicale* à ce point; on peut l'observer, mais d'une façon moins constante, dans le vertige des dyspeptiques et des neurasthéniques.

Dans le vertige avec accès nerveux, le tableau clinique est plus compliqué; le symptôme le plus important est, comme dans la forme précédente, l'existence de la zone ombilicale, dont la pression provoque soit le vertige simple, soit l'accès nerveux avec vertige. Cet accès peut se composer de troubles abdominaux thoraciques, céphaliques ou généraux, se suivant très rapidement l'un après l'autre, dans l'ordre dans lequel nous les signalons et commençant par une sorte d'aura épigastrique, péri-ombilicale ou de l'hypocondre gauche. Le malade sent subitement dans une de ces régions des battements aortiques, des tiraillements ou bien la sensation d'une boule qui se déplace ou une sensation générale mal définie, avec borborigmes, nausées, vomissements, faux besoins. Puis vient la sensation de manque d'air, de dépression, l'accélération ou le ralentissement de la respiration, anxiété précordiale avec ou sans palpitation; à ces troubles succède le vertige, accompagné des phénomènes musculaires : parésies, monoplégies, hémiplégies, troubles vaso-moteurs, tremblement, contractions fibrillaires, fourmillements; une sueur profuse termine souvent l'accès. Il n'y a jamais de perte complète de la connaissance et les malades se rendent très bien compte de tout ce qui se passe.

La durée de l'accès est très variable et peut même être de quelques journées, les différents symptômes se succédant les uns aux autres; chacun des symptômes peut prédominer sur les autres. La fréquence et l'intensité des accès ne présentent rien de régulier; en général, ils peuvent se montrer pendant des mois, plusieurs fois par jour.

Le vertige simple et l'accès nerveux avec vertige peuvent exister chez le même sujet; ils peuvent aussi se compliquer souvent de dyspepsie malarique. Ces malades deviennent facilement des névropathes et ont souvent la cachexie nerveuse.

Le vertige simple s'observe plus souvent chez l'homme, tandis que les femmes sont plus prédisposées aux accès nerveux avec vertige, que les affections des organes génitaux provoquent facilement; mais c'est la diathèse malarique qui en est la cause la plus fréquente; dans certains cas, le vertige simple ou avec accès nerveux peut même en être la seule ou la première expression. L'apparition d'autres symptômes d'impaludisme, mais surtout l'examen du sang permettent dans ces cas de rattacher la névrose à sa véritable cause. Avec le temps, cette névrose peut prendre un caractère autonome et exister comme telle, même après la guérison complète de la malaria.

Pour ce qui est du traitement, les injections de quinine agissent généralement bien et vite; mais lorsque les accès prennent un caractère autonome, indépendant de l'infection palustre, il ne faut employer que de petites doses de quinine (40 centigrammes) et recourir aux grandes doses de bromure (4 à 8 grammes par jour). Mais ce qui joue le rôle le plus important dans le traitement, c'est la climatothérapie et le séjour aux altitudes élevées, ainsi que l'hydrothérapie, surtout l'application sur le ventre et le dos, pendant la nuit, d'une compresse froide couverte de flanelle et qu'on enlève le matin pour faire les frictions. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 1896, n°s 11-15.)

Un cas de maladie de Raynaud. — Le cas observé par M. Selezneff présente quelques particularités qui le rendent intéressant et peu commun. Il s'agit, tout d'abord, d'une asphyxie locale développée chez un tuberculeux, ce qui est très rare, puisqu'on n'en connaît jusqu'ici que deux cas. D'autre part, pendant l'évolution de la gangrène symétrique la marche de la tuberculose pulmonaire a subi un temps d'arrêt peut-être définitif et le processus morbide a évolué vers l'induration.

Un autre point intéressant de cette observation est que, malgré la terminaison favorable de la gangrène et de la tuberculose, les phénomènes, que présentait le malade du côté du cœur, n'ont pas changé; le pouls est resté très faible, intermittent, à 100 pulsations par minute; le choc de la pointe est resté imperceptible; la cyanose des mains et des muqueuses perceptibles n'a pas disparu non plus. Aussi l'auteur croit-il pouvoir affirmer que c'est dans une lésion, de nature inconnue, du côté du cœur qu'il faut chercher la cause de l'asphyxie locale, du moins chez son malade; en tout cas il se prononce pour la théorie du trouble trophique du système nerveux et considère cette affection comme une maladie générale. (*Wratsch*, 1896, n°s 9 et 10.)

Méningocèle traumatique, opération, guérison complète. — M. Dembowski rapporte un cas de méningocèle traumatique où l'intervention chirurgicale a amené la guérison complète, ce qui n'aurait encore, d'après l'auteur, jamais été signalé. Il s'agit d'un enfant chez lequel s'est développée, à la suite d'une chute sur la tête, une tumeur molle. Deux mois plus tard on ponctionna la collection, mais elle se reproduisit très rapidement, aussi amena-t-on l'enfant à l'hôpital pour le faire opérer.

A l'examen, on constatait que cette tumeur était fluctuante, occupait la région pariétale droite et s'étendait en haut jusqu'à la suture sagittale en avant jusqu'à la bosse frontale et en arrière elle empiétait sur l'occipital; derrière l'oreille repoussée par la tumeur, on voyait un cul-de-sac de cette dernière. Les parois de la poche étaient minces et translucides.

Après incision de la tumeur on vit qu'une partie du frontal et presque tout le pariétal étaient enfoncés; au niveau de la partie postérieure du pariétal existait une fente qui laissait apercevoir les circonvolutions cérébrales faisant hernie.

L'opérateur enleva une partie du fragment enfoncé et en souleva le reste, grâce à quoi la hernie cérébrale se réduisit spontanément. Cependant une partie de la fente persista, le redressement complet de l'os enfoncé ayant été impossible à obtenir; pour la fermer, on détacha un lambeau de périoste du fragment enfoncé et on le fixa et sutura de façon à oblitérer complètement la solution de continuité.

Pendant les cinq à six jours suivants, la température monta graduellement à 40 degrés, mais on s'aperçut alors que trois dents avaient poussé pendant ce temps. Quant à la

plaie elle se cicatrisa parfaitement, par première intention. L'auteur a vu son petit malade dix-sept mois après l'opération et a constaté qu'aucune récidive ne s'était produite ; l'enfant est très intelligent, aucun des troubles produits par le traumatisme n'a persisté. Au niveau du point où se trouvait autrefois la fente, on sent une zone moins résistante ; l'expansion cérébrale ne se voit qu'à la partie supérieure de cette zone. (*Przeglad chir.*, 1896, t. III, f. 1.) S. BROÏDO.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique infantile (1), par le docteur Albert JOSIAS.

Les deux volumes que M. Albert Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, vient d'ajouter à ceux qui figurent déjà dans la Bibliothèque de thérapeutique publiée par la maison Doin, trouveront certainement un excellent accueil près des médecins. Les praticiens sont souvent embarrassés pour établir le traitement des maladies infantiles, et surtout pour indiquer, sans crainte d'intoxication, les doses médicamenteuses convenables à chaque âge. Ce n'est pas que les ouvrages dans lesquels la posologie infantile est indiquée fassent défaut : ils sont, au contraire, assez nombreux. La plupart sont bourrés de formules variées au milieu desquelles il est difficile de faire un choix.

Il faut donc savoir gré à M. Josias de n'avoir donné qu'un nombre restreint de formules choisies, qui font certainement partie de sa pratique habituelle.

Il a attribué la part qui leur convenait à l'hygiène et à la prophylaxie ; comme les enfants sont un excellent terrain de culture pour les diverses infections, celle-ci prend, lorsqu'il s'agit d'eux, une importance plus considérable encore.

Le traitement de certaines maladies infantiles a été complètement renouvelé à la suite des découvertes récentes : le traitement de la diphtérie et des infections intestinales, par exemple. L'auteur a su dire brièvement et clairement quels étaient les points essentiels de la thérapeutique nouvelle.

Consultations et ordonnances médicales (2), par A. MALBEC.

Ce petit volume a atteint rapidement sa seconde édition, ce qui montre combien les praticiens sont avides de ces formulaires qui sont à la thérapeutique ce que les manuels faits spécialement pour la chauffe des examens sont à l'étude de la médecine. On y trouve de tout, même de bonnes choses.

L'ergotisme (3), par Edvard EHLERS (de Copenhague).

Voici les conclusions de cette curieuse étude rétrospective :

I. La maladie appelée au moyen âge « ignis sacer » correspond à ce que nous appelons actuellement la gangrène. La dénomination « ignis sacer », feu sacré, s'applique autant à la gangrène causée par l'intoxication par les ergots qu'à celle occasionnée par l'embolie artérielle ou l'artério-sclérose oblitérante, c'est-à-dire que cette dénomination ne correspond pas à une étiologie déterminée.

II. L'ignis sacer apparaissant sous forme d'épidémie est appelé plus spécialement : ignis Saint-Antoine, feu Saint-Antoine, et alors il est toujours consécutif à l'intoxication par le seigle ergoté (ergotisme).

III. L'ergotisme n'est nullement une maladie disparue et nous tenons à faire observer que, dans le siècle actuel, on ne paraît pas avoir assez prêté attention à l'importance de l'ergotisme sporadique dans l'étiologie de certaines maladies, notamment de l'acrodynie, de la gangrène symétrique des extrémités ou maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie.

(1) 2 vol. in-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°, 2e édit. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Gauthier-Villars.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 décembre 1896, M. le docteur Treille, inspecteur général du service de santé des colonies, est nommé membre du Conseil du Bureau central météréologique de France.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 décembre 1896, une chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 16 décembre 1896 :

Suite de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite.

Rapport : Sur un cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius (M. Chevassus), par M. Schwartz.

Communications : 1° Sur un cas d'entéropexie, par M. Villemin. — 2° Sur un cas d'arthrite purulente, par M. Jullien.

— *Concours de l'internat.* — Les candidats ayant obtenu un minimum de 20 points à la composition écrite sont admis à prendre part à l'épreuve orale.

Les séances auront lieu, sauf modifications, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures trois quarts, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— *Concours de l'externat.* — Les questions données à l'externat sont les suivantes :

ANATOMIE. — Omoplate. — Articulation tibio-tarsienne. — Veines superficielles du membre inférieur. — Artère humérale et ses branches. — Configuration extérieure et rapports de la vessie chez l'homme. — Muscles fléchisseurs communs des doigts. — Configuration extérieure et rapports du rein. — Articulation coxo-fémorale, pas de physiologie. — Os maxillaire inférieur. — Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie. — Veine cave inférieure. — Muscles péroniers latéraux. — Rapports des poumons et configuration extérieure. — Os occipital. — Muscle psoas-iliaque. — Description macroscopique et rapports de l'œsophage. — Veines jugulaires. — Muscles sus-hyoïdiens. — Tiers supérieur du fémur. — Description macroscopique et rapports de l'utérus en dehors de la grossesse. — Artères de la main. — Muscle grand oblique de l'abdomen. — Configuration intérieure du cœur. — Ligaments et synoviale de l'articulation du genou.

PATHOLOGIE. — Examen clinique des urines. — Signes physiques de la pleurésie avec épanchement. — Fracture de la rotule. — Chloroformisation et ses accidents. — Hémoptysies. — Signe et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — Signes fournis par la percussion et l'auscultation dans la phtisie pulmonaire chronique. — Fracture des côtes et complications. — Signes et marche de l'insuffisance mitrale. — Désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire. — Complications du rhumatisme articulaire aigu. — Foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend. — Différentes formes de traitement des fractures de jambe. — Signes et complications de la blennorragie chez l'homme. — Signification des râles. — Avec quoi peut-on confondre l'ascite? — Signes de la syphilis. — Renseignements fournis par la percussion et la palpation dans les maladies du poumon et de la plèvre. — Cirrhose atrophique. — Signe et diagnostic du cancer de la langue. — Signes et diagnostic

du cancer de l'estomac.— Signes et diagnostic de l'angine diphtérique. — Complications de la rougeole. — Signes de l'étranglement herniaire. — Signes de la coxalgie. — Signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac.

Vétérans. — ANATOMIE. — Muscles moteurs de l'œil. — Configuration de la face inférieure du cerveau. — Nerf radial. — Enveloppes du testicule. — Vésicule biliaire. — Rapports du duodénum.

PATHOLOGIE. — Traitement de l'angine diphtérique et du croup. — Examen des crachats. — De la délivrance et de ses accidents. — Étant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible. — Des renseignements fournis par le toucher rectal. — Séméiologie de la langue.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 145. — JEUDI 17 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 17 DÉCEMBRE 1896. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 décembre 1896.

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. Hervieux, sa séance solennelle. M. le docteur Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1896. Nos lecteurs trouveront plus loin les noms des lauréats; puis la parole est donnée à M. Motet pour prononcer l'éloge du professeur Lasègue. Nous sommes heureux de reproduire ce discours qui a été une véritable bonne fortune pour les auditeurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 15 décembre 1896. — Présidence de M. Hervieux.

RAPPORT

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1896. (Voir plus loin, p. 1419.)

ÉLOGE DE M. LE PROFESSEUR LASÈGUE

Par M. le docteur Motet.

Messieurs,

Je dois à la bienveillance de M. le Secrétaire perpétuel l'honneur de prendre la parole aujourd'hui devant vous : il savait quelle fut ma respectueuse affection pour celui dont il me demandait d'évoquer le cher souvenir. Il a pensé que mon amitié trouverait son compte à écrire l'éloge de M. le professeur Lasègue. Il ne s'est pas trompé, et je le remercie !

Se souvenir ! revivre pendant quelques instants ces années de la jeunesse pleines d'espoirs, d'ambitions permises, où l'on a trouvé près de soi la main qui montre la route, qui soutient aux passages difficiles, et pouvoir venir un jour rendre, au Maître auquel on doit tant, un solennel hommage, c'est là pour moi, Messieurs, une satisfaction haute qui n'a d'égale que celle d'avoir été jugé digne de son amitié.

Lasègue, Ernest-Charles, est né à Paris, le 5 septembre 1816. Son père était un homme savant et modeste, d'un esprit délicat et fin, qu'il fallait presque deviner, tant il était réservé, silencieux. Sa mère était une femme de tête, conduisant sa maison avec une sévère économie : dans ce milieu de bourgeoisie distinguée, si les besoins n'excédaient pas les ressources, c'était à la condition d'une vie de la plus grande simplicité. Lasègue se rendit compte de bonne heure de la nécessité où il se trouverait de se suffire à lui-même. Comme il était le fils le plus respectueux et le plus tendre, il décida de ne pas imposer à sa famille de trop lourds sacrifices. Il travailla au lycée avec une ardeur sans égale, et devint lauréat du grand Concours. Il aimait passionnément les lettres, la philosophie; ce goût se développait dans l'étude des auteurs anciens dont il lisait les textes latins et grecs avec une surprenante facilité. N'est-ce pas à ces fortes études littéraires, à ces acquisitions de sa jeunesse qu'il a dû les succès et les joies de son âge mûr? N'est-ce pas dans la culture de son esprit si merveilleusement apte à s'assimiler les connaissances les plus variées, qu'il a trouvé si vite les éléments de sa supériorité comme écrivain, comme orateur?

Mais aussi, quelle activité, quelle puissance de travail ! Licencié ès lettres à vingt-deux ans, il se trouva mis en rapport avec Cousin, alors professeur de philosophie à Louis-le-Grand ; il fit pour lui des études sur les auteurs grecs, si remarquables, que Cousin le préféra à Jules Simon, quand il s'agit de choisir pour le remplacer un répétiteur de philosophie. Lasègue occupa la chaire pendant deux ans, il y prit le goût de l'enseignement qu'il a toujours gardé depuis, et peu s'en fallut que l'Université s'attachât ce jeune homme dont les merveilleuses aptitudes, dont les connaissances philosophiques étendues, dont l'esprit ingénieux lui promettaient le plus brillant des maîtres.

Un hasard, et nous avons le droit de dire qu'il fut heureux pour la médecine, décida de l'avenir de Lasègue. En 1841, il avait rencontré Claude Bernard, alors interne de Falret père à la Salpêtrière. Entre ces deux esprits d'élite, si différents dans leurs manifestations extérieures, s'établit vite une solide amitié. Bernard parlait volontiers de son maître, il emmena son ami dans son service, et Lasègue en présence des aliénés, surpris par les troubles de l'intelligence humaine, se mit à les étudier avec passion ; l'idée lui vint de profiter de l'observation des aliénés pour faire progresser la psychologie à sa manière. Il arrivait à un moment où Falret père, après avoir, avec Bayle, avec Calmeil, demandé à l'anatomie pathologique de lui livrer les secrets des troubles de l'entendement humain, et ne les ayant pas trouvés dans les autopsies que ne pouvaient éclairer alors les études micrographiques, cherchait d'un autre côté. Il était entré dans la phase psychologique, Lasègue l'émerveilla par l'étendue de son savoir, l'originalité de ses aperçus ; il disait

de lui : « Je n'ai jamais rencontré un homme qui m'ait autant étonné par la fécondité de son intelligence et la multiplicité de ses idées. » Dans ce milieu tout nouveau pour lui, Lasègue pensa qu'il allait jeter à pleines mains la lumière, et les circonstances aidant, il se produisit un mouvement d'émulation que vint encore stimuler un autre ami de Claude Bernard, Morel. J'ai pu recueillir le souvenir vivant de ces années d'enthousiasme, où ces hommes, pleins de jeunesse et de talent, rêvèrent la guérison de l'aliéné par une sorte de rééducation de ses facultés troublées. Lasègue excellait dans ce rôle d'éducateur, Morel n'y était pas moins entendu, et les voilà tous les deux, aidés par Mlle Dupont, ancienne institutrice, aliénée très intelligente (cela se voit plus souvent qu'on ne pense), qui fondent, sous la direction de Falret, une école, des cours de déclamation, de chant, qui font venir des artistes, et qui essaient de raviver, sous la chaude haleine de leurs aspirations généreuses, l'étincelle cachée sous les ténèbres. Ce fut, Messieurs, un prodigieux effort, d'autant plus remarquable, d'autant plus digne de vous être rappelé, que, presque à la même heure, par le contraste le plus heurté, à côté des aliénées de la Salpêtrière, heureuses encore des témoignages de bienveillance qu'on leur prodiguait, il y avait d'autres aliénés qu'on traitait, à Bicêtre, par la méthode de l'intimidation et du syllogisme coup sur coup, et qui, sous la douche, devaient reconnaître leur erreur. Combien valaient mieux les réunions et les fêtes du service de Falret, où maître et élèves rivalisaient de bonté, mettant tout leur esprit et tout leur cœur au service de la plus grande des infortunes ! Ainsi se passèrent près de cinq années pendant lesquelles Lasègue fit ses études médicales.

De la Salpêtrière à Clamart il n'y avait pas bien loin ; Claude Bernard devint le professeur d'anatomie de son ami ; on vit souvent à l'amphithéâtre cette chose curieuse : l'un, le maître, déjà tout entier à la physiologie, préparant les pièces anatomiques, l'autre, l'élève, faisant la démonstration avec une surprenante clarté. Quelques notes, quelques détails avant le cours lui suffisaient, et sa parole facile donnait à l'enseignement un tel attrait qu'on leur demanda des leçons particulières. Ils louèrent au fond d'une cour, dans la vieille rue Saint-Jacques, un hangar qu'ils fermèrent avec quelques planches ; les élèves vinrent les y trouver ; ils gagnèrent ainsi de quoi permettre à Claude Bernard de poursuivre ses premières recherches. Des amitiés nouées dans de pareilles conditions sont durables et sûres; Lasègue et Claude Bernard, suivant chacun sa voie, sont demeurés fidèles l'un à l'autre. Un jour cependant, ils faillirent se brouiller ; le nerf spinal fut la cause d'un gros orage. Claude Bernard avait écrit un mémoire sur la rédaction duquel il consulta Lasègue. Celui-ci trouva le style de son ami fort incorrect, et ne lui ménagea pas les critiques. Peut-être le fit-il sous une forme un peu trop vive ; ce qui est certain, c'est que le grand physiologiste en montra quelque humeur, et que, depuis, il ne demanda plus de conseils.

Cette phase de la vie de Lasègue est pleine de détails qui mériteraient de vous être racontés; je n'en veux pourtant citer qu'un, il a son intérêt tout particulier. Lasègue avec son originalité, son indépendance d'esprit, allait le matin dans les hôpitaux, cherchant un maître auquel il pût s'attacher : à la Pitié, Gendrin le retint quelque temps, par son érudition; mais il le trouvait froid et monotone dans son enseignement clinique. Il s'en alla un jour à l'hôpital Necker. Là, Messieurs, il rencontra Trousseau. Il fut immédiatement séduit par les qualités supérieures de ce maître dont il devait devenir l'élève préféré. Épris du beau langage, ayant lui-même à son service la langue la plus châtiée, la plus pure, il s'arrêta ravi ; il s'établit vite entre ces deux hommes qui avaient tant de points de ressemblance une intimité qui dura toute la vie, à laquelle Lasègue rendit hommage devant la Faculté de médecine le 14 août 1869, dans un magnifique Eloge où le style le plus élevé sert de parure aux sentiments les plus reconnaissants. Qui de vous, Messieurs, qui l'avez entendu, pourrait avoir oublié cet exorde : « J'ai le devoir de vous entretenir d'un maître dont la mémoire est présente et vivace, d'un homme auquel ma vie est reliée par une attache que l'ingratitude seule aurait pu rompre, d'une des gloires médicales de la Faculté. Sous cette robe qu'il me léguait en mourant comme un témoignage de son insatiable amitié, il me semble, ainsi que disait Montaigne, que je suis revêtu de son souvenir, et qu'une fois, encore, il lui est donné de revivre et de me soutenir de son encouragement affectueux. »

L'influence de Trousseau sur Lasègue fut décisive ; il avait, tout en s'occupant de la médecine, flotté encore irrésolu entre elle et la philosophie. A partir du jour où il franchit le seuil de l'hôpital Necker, il n'eut plus d'incertitudes, il avait trouvé sa voie, il devait la parcourir en semant sur son passage, à pleines mains, comme un riche qui ne craint pas d'épuiser ses trésors, les œuvres les plus variées, les plus originales. Son talent était si souple, son esprit si cultivé, qu'il abordait avec une égale supériorité les genres les plus différents. C'est ainsi que ses premiers travaux, tout d'érudition, sont surtout des œuvres de critique, où la philosophie, la psychologie, ont la plus large part. Elles n'occupent pas cependant toute la scène, déjà le médecin se révèle, et c'est une chose surprenante de trouver dans les *Etudes sur l'école psychique allemande* représentée par Heinroth, Langerman et Ideler, une maturité de jugement, une sûreté de vues que le temps a consacrées. C'est en 1844 et 1845 que les *Annales médico-psychologiques* reçurent ces articles qui causèrent une impression d'autant plus vive que l'école psychique allemande était peu connue, et que les opinions relatives à l'aliénation mentale, au traitement moral de la folie, comme elle les comprenait, étaient chez nous considérées comme nébuleuses et inintelligibles.

Tel n'était pas l'avis de Lasègue : il avait trop bien étudié et trop bien compris l'école psychique allemande pour accepter qu'on en amoindrît ainsi l'importance. En parlant d'Heinroth, surtout, il s'attache à montrer à quelle haute conception le savant docteur allemand était arrivé du rôle du médecin en face de l'aliéné : « La prévision, c'est-à-dire la science, ne peut remplacer chez le médecin d'aliénés le tact et le sentiment instinctif qui devinent plus qu'ils ne systématisent. Concevoir un type de traitement moral, c'est donc bien plutôt concevoir un type de médecin.

Au médecin seul appartient la pénible tâche de faire rentrer dans sa route l'âme qui s'en est écartée, de l'amener à la santé en rétablissant l'harmonie. Il doit, dit Heinroth, avoir été formé à la pratique de toutes les maladies, parce que les troubles de l'âme sont souvent liés à des affections somatiques, et que, dans bien des cas, le seul moyen d'action est encore la médecine corporelle.

Il faut qu'il sorte de la classe des médecins, mais il faut qu'il en sorte pour imprimer à sa vie une direction toute nouvelle. Le médecin doit résumer en lui le prêtre, le philosophe, l'éducateur : mais la première, la grande éducation qu'il doit entreprendre, c'est la sienne.

Alors, il saisit, dans la grandeur de la sphère qu'il s'est tracée, les forces qui régissent l'âme, force elle-même au même titre. Il est frappé de la grandeur et de la déchéance du malheureux qu'il soigne, et s'anime à cette lumière de la raison qui éclaire et qui réchauffe. Et quand il a grandi de la sorte en liberté, en dignité morale, il agit déjà sur le malade rien que par la sainteté de sa personne. Sans liberté, pas de volonté possible, sans volonté, pas de création, et ne pas créer quand il s'agit de refaire une intelligence délabrée, c'est ne pas être le médecin de l'âme. »

Je vous ai cité ce passage pour pouvoir vous dire, Messieurs, comment Lasègue l'a jugé : « Ces choses, dit-il, pourront sembler ridicules. Mais quand on se représente sérieusement quelle puissance gagne un homme à hausser ainsi sa mission pour embrasser d'un regard l'immensité : quand on met d'un côté l'esprit qui cherche des molécules pathologiques, et de l'autre celui qui croit avoir le droit de commander à la force première, on sait ce que valent de pareils enseignements. Pour nous, nous croyons de grand cœur à des doctrines qui vous élèvent et vous développent à ce degré. Ce n'est pas à dire qu'il faille se cloîtrer dans ces vastes conceptions et laisser tous les moyens d'investigation qui sont entre nos mains. L'observation siège aujourd'hui à l'entrée de toute science ; le médecin idéal, tel que le veut Heinroth, observera sans relâche, mais il le fera avec indépendance et profondeur. »

Vous ne vous étonnerez plus, Messieurs, que Lasègue ait choisi, pour sujet de sa thèse de doctorat, une *Etude sur Stahl et sa doctrine médicale.* Il avait vécu pendant plusieurs années dans un commerce intime avec lui, lisant, sans peine, sans fatigue, le texte latin du professeur de Halle ; heureux des découvertes qu'il faisait, il entreprit de traduire d'abord, de résumer ensuite la *Theoria medica vera.* Il montre l'évolution de cette théorie de Stahl, cette notion du *motus tonico-vitalis* adaptée aux maladies aiguës aussi bien qu'aux maladies chroniques, et sans omettre de signaler les exagérations et les erreurs, il traduit son admiration dans un passage que voici : « Le grand côté du système, comme de tous les systèmes vitalistes, c'est d'avoir rehaussé la dignité de l'homme et d'avoir exalté la mission du médecin. Il y a, dans ce respect de la vie, une grandeur de sentiment qui vous pénètre, une aspiration élevée hors de laquelle il n'y a ni médecine, ni médecin.

Du point de vue du vitalisme, l'homme se présente à nous comme une unité indissoluble. Sa personnalité n'est pas une convention, mais la condition première de l'existence : rompre l'individualité, c'est nier le principe même de la vie. Plus la pensée s'arrête sur l'ensemble harmonieux de l'être vivant, moins on consent à y voir une agrégation fortuite d'organes indépendants : pour assurer l'autocratie du principe vital, il faut que toutes les parties reconnaissent son autorité et soient solidaires.

Ainsi prise de haut, la médecine, science de l'homme un et indivisible, ne se résigne pas à faire des maladies autant de produits parasitaires, végétant isolément sur le point où le hasard a déposé leurs germes, bons à classer comme les plantes, sans tenir compte du sol où ils prennent racines. La médecine est la médecine et non pas la nosologie. »

Et, en présence de tant de travail, de tant d'efforts, de tant de luttes, Lasègue qui, en 1846, dédiait à Trousseau son *Etude sur Stahl*, a si bien gardé toujours sa haute opinion du professeur de Halle, qu'avec une prédilection marquée, il est revenu sur ce sujet dans une conférence historique à la Faculté de médecine en 1865. Il la terminait ainsi :

« En rendant justice à un homme qui n'a trouvé justice nulle part, je remplissais presque un pieux devoir. Je sais ses erreurs, ses fautes et ses dangereux entraînements, mais quelle grandeur, quelle aspiration vers le vrai, quel zèle (1) ! »

Après sa thèse, Lasègue, publia divers travaux dont le plus intéressant est intitulé : *Etudes sur les Eaux minérales des bords du Rhin*, en collaboration avec Trousseau. Là encore, sa connaissance des maladies mentales l'a servi à souhait, et lui a permis de faire des portraits achevés des hypocondriaques.

En 1848, le gouvernement l'envoie en Russie pour y étudier et y suivre la marche du choléra. Le fléau avait pris la même voie qu'en 1830 ; il se montrait à Tiflis le 5 mai 1847, le 21 juin il était à Astrakan, le 17 septembre à Kasan ; Lasègue ne se contente pas de renseignements, il contrôle lui-même. « La marche du choléra le long d'un fleuve qui avoisine nos frontières avait une haute importance ; aussi n'est-ce pas sur des renseignements même officiels, mais d'après mon propre examen, que je puis la tracer (1). » Au milieu des difficultés de toute sorte, il mène à bien sa mission. A son retour en France, il aurait eu le droit d'en raconter les périls. Avec une modestie rare, il publie seulement un bulletin d'une mâle concision. En quelques pages il dit ce qu'il a fait, ce qu'il a vu, tout excepté les fatigues qu'il a endurées, les dangers qu'il a courus. Comme il méritait bien l'hommage rendu à son courage par M. le professeur Potain au triste jour où, parlant au nom de l'Académie de médecine, il rappelait au bord de la tombe cet épisode émouvant de la vie de Lasègue !

Les années qui suivent sont marquées par des événements de moindre importance, Lasègue ne fit que passer avec Ferrus et Parchappe à l'inspection générale du service des aliénés. Une situation mieux en rapport avec ses goûts, ses aptitudes, s'offrit à lui : il accepta de devenir le médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police : c'est là, Messieurs, que pendant près de trente ans il verra passer devant lui cette foule aux aspects si variés des aliénés soumis à son examen par l'administration, par le parquet, par les familles elles-mêmes.

Dans ce sombre cabinet où le jour n'entrait qu'à peine, filtrant à travers d'épais barreaux, où se succédaient les tristes épaves du plus douloureux des naufrages, une seule chose rayonnait, c'était l'intelligence supérieure de Lasègue, d'une clarté si vive que tous ceux qui ont assisté à ses visites, à ses examens, restaient émerveillés de sa sagacité, de ses procédés ingénieux, en même temps que de sa réserve, de sa prudence. Dans les cas difficiles, et il s'en présente souvent, il ne ménageait ni son temps, ni sa peine ; il apportait dans ses examens tant de conscience, que s'il n'arrivait pas dès le premier jour à se faire une conviction, il remettait au lendemain, reprenait patiemment son étude, et ne signait le certificat qui devait envoyer le malade à l'asile que quand il était sûr de son diagnostic.

Il est facile de critiquer les décisions que le médecin doit prendre vis-à-vis de l'aliéné ; mais si l'on savait ce que ceux qui ont été élevés à l'école de Lasègue, qui ont reçu de lui des leçons et des exemples, apportent de conscience, d'honnêteté, dans l'accomplissement de leur délicate et redoutable mission, peut-être serait-on moins sévère. Lasègue lui-même n'eut-il pas à se défendre contre d'injustes attaques ? Il le fit courageusement, en homme qui trouve dans sa conscience, dans le sentiment du devoir accompli, les meilleures armes pour sa défense. Vous vous souvenez, Messieurs, du bruit qui se fit autour de Sandon, de cet aliéné dont on est sûr de voir revenir le nom toutes les fois qu'il s'agit de demander la réforme de la loi sur les aliénés. Or, Sandon avait été interné d'office sur les conclusions d'un certificat de Lasègue, qui l'avait très longuement, très attentivement examiné à l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police. Lassé d'entendre ou de lire les accusations passionnées portées contre les médecins que l'administration et la justice avaient chargés de visiter Sandon, il résolut de dire publiquement, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, ce qu'il avait fait, et pourquoi il l'avait fait. Il revendiqua hautement la responsabilité d'un internement qu'il avait jugé nécessaire. Pendant une heure il fit l'histoire des aliénés du type auquel appartenait Sandon, il captiva son auditoire dont les dispositions étaient plus hostiles que bienveillantes au début. Mais la jeunesse

(1) Lasègue. *Études médicales*, t. I, p. 116.

(1) In *Arch. de méd.*, 1848.

est, au fond, généreuse : si elle a parfois ses entraînements et ses erreurs, elle a aussi le sens du droit et du juste, et il ne lui déplaît pas qu'on se présente à elle à visage découvert, sans faiblesse et sans crainte, quand on se sait irréprochable. Elle acclama Lasègue. Comme plus tard, au Palais de Justice où l'avait cité un autre aliéné, Teulat, interné par lui dans des conditions analogues, Lasègue, ayant à se défendre, trouva dans sa science profonde, dans son honnêteté indiscutable, les éléments d'un plaidoyer d'une éloquence entraînante, dont le souvenir est resté vivant au Palais.

En possession de cette clinique d'une incomparable richesse, il travailla beaucoup, et à sa manière : au spectacle incessamment renouvelé que lui présentaient chaque jour les formes les plus variées des troubles de l'intelligence, il apportait une attention toujours soutenue ; il voyait vite, il voyait juste. Il saisissait, avec sa vivacité d'esprit, les côtés originaux des questions. Un détail le frappait, il le notait aussitôt sous une phrase imagée : il procédait comme les peintres qui prennent un croquis au hasard d'une rencontre heureuse. Lui, prenait des notes; elles restaient des semaines, des mois, dans le tiroir de sa table : un fait nouveau venait s'ajouter aux faits déjà observés, puis un jour, il retrouvait ces ébauches, les rassemblait dans une vigoureuse synthèse, et il accusait ce qu'il avait vu, par des reliefs puissants. Chez lui, le travail mental était poursuivi partout; il était si maître de sa pensée que le mouvement et le bruit n'en troublaient pas l'harmonie. Et quand il le voulait sa mémoire fidèle lui rendait tout ce qu'il avait pensé, tout ce qu'il avait vu, à l'heure où il avait décidé de donner à ses méditations une formule définitive. Alors, sa plume courait légère; sous un style vigoureux il décrivait, à larges traits, moins soucieux des détails que des données générales, sous une forme si serrée, si concise, qu'il n'était pas permis à tout le monde de le suivre. C'est à l'infirmerie du Dépôt qu'il a trouvé les éléments de son mémoire *Sur le délire de persécutions* (1) et de tous ses travaux sur la pathologie mentale.

La description du délire de persécution est un modèle d'observation fine : Lasègue voyait arriver à lui des aliénés qui avaient créé de toutes pièces leur délire, l'avaient préparé, combiné, l'achevaient. « Ainsi isolée, indépendante de tout tenant et de tout aboutissant, dit-il, la maladie doit se produire avec des symptômes uniformes, comme toute affection qui s'impose à l'organisme assez fortement pour le dominer. Une condition, cependant, est encore indispensable pour permettre de saisir les signes caractéristiques par lesquels elle se manifeste : il faut que l'observateur n'assiste ni aux prodromes, ni aux périodes terminales, mais qu'il étudie le mal, si on me permet ce mot, à l'époque de sa *floraison.* » En procédant ainsi, les indécisions disparaissent, le type se dégage dans toute sa netteté; l'importance de l'hallucination de l'ouïe est mise en lumière, et les faits recueillis sont si habilement interprétés, que désormais le délire de persécution séparé des mélancolies au milieu desquelles il était resté jusque-là confondu, sera par tous accepté, il aura sa place parmi les délires systématisés.

Seulement, dans cette étude, Lasègue n'a pris le délire qu'à sa période d'état : il voulait, et il l'a fait dans son enseignement, compléter son travail par l'histoire des aliénés persécutés devenus persécuteurs. Il faillit un jour être la victime de l'un de ces aliénés : il avait pour voisin de campagne, à Châtillon, un délirant persécuté, qui s'imagina que Lasègue, auquel il n'avait jamais adressé la parole, mais dont il connaissait la haute situation, devait être au courant des machinations, des taquineries dont il croyait avoir à se plaindre. Lassé de souffrir, il résolut de se débarrasser de ses imaginaires ennemis, en frappant celui qu'il appelait, dans son langage de persécuté, « le chef des aliénistes aliénisants. » Il alla l'attendre à la porte de l'hôpital de la Pitié, et quand il sortit, l'aliéné leva le bras pour le frapper. Heureusement, Lasègue était entouré d'élèves qui le protégèrent contre cette brutale agression. Il en prit plus tard occasion de l'une de ces leçons magistrales, comme il savait les faire. On retrouverait aisément ce type qu'il a décrit le premier, et popularisé, pour ainsi dire, dans ses leçons, dans ses rapports médico-légaux. Il était juste que je lui rendisse ici ce qui lui appartient.

Comme il la connaissait bien, l'aliénation mentale! S'il s'en défendait un peu, c'est qu'il était de ceux qui, sachant beaucoup d'autres choses, ne veulent pas paraître avoir eu de préférences. Mais, au fond, la nature de son esprit philosophique le portait vers l'étude de ces problèmes attachants. Nul n'a poussé plus loin que lui l'analyse et n'y a mieux réussi. Je n'en veux pour preuves que ces monographies qui sont autant de chefs-d'œuvre : vous avez eu la primeur de quelques-unes. Quelle finesse de touche! quelle précision dans les détails! Le tableau vous était livré sortant des mains du Maître, achevé, saisissant, d'un talent si personnel, que, dès les premières lignes, on reconnaissait la manière puissante et délicate à la fois du professeur Lasègue. Combien souvent ai-je relu les *Exhibitionnistes*, les *Vols aux étalages*, les *Cérébraux*, le *Vertige mental*, l'*Alcoolisme aigu*, *subaigu*, ou *chronique*, et tant d'autres que vous n'avez pu oublier : et toujours se dégageait plus vive pour moi cette idée haute et féconde au développement de laquelle Lasègue a tant contribué : que la médecine mentale ne devait pas être séparée du tronc de la médecine générale, et qu'il y avait tout profit pour elle à étudier les maladies mentales par les procédés d'étude appliqués aux maladies ordinaires. Telle a été sa méthode, il s'en est servi avec une habileté consommée; nous lui devons une bonne part des progrès accomplis dans cette dernière moitié du siècle. Vous rappeler ses mémoires sur l'*Anorexie hystérique*, sur les *Catalepsies partielles et passagères*, sur l'*Épilepsie par malformation du crâne*, sur l'*Hystéro-épilepsie*, sur la *Paralysie générale*, n'est-ce pas me donner le droit de dire qu'il a rendu à la neuropathologie les plus éclatants services?

Parmi tous ces travaux, il en est quelques-uns qui, par leur valeur clinique, sont hors de pair. Je ne sais rien de plus finement ciselé que la monographie ayant pour titre le *Vertige mental* (1).

Elle n'a pas dix pages, elle remue un monde d'idées : elle échappe à l'analyse parce qu'il n'y a pas une phrase, pas une ligne qui ne soit une révélation. A mesure qu'on lit, tout s'éclaire, et chaque chose, déjà vaguement entrevue, se dégage, comme si la découverte vous appartenait à vous-même. C'est, à l'aube matinale, la lumière indécise d'abord, où les objets sont noyés dans une brume légère, puis l'ombre se dissipe peu à peu, les formes s'accusent, et, distinctement, on voit, on comprend; on éprouve cette indéfinissable jouissance que donne à l'intelligence, aux sens ravis, la perception nette d'un ensemble harmonieux et vrai. L'homme capable de faire naître de pareilles sensations, de pareils sentiments, est un Maître incomparable, et là où sa supériorité s'affirme, c'est dans le développement de cette idée maîtresse : « que le vertige mental est une maladie, constituée par un malaise physique, définissable, sinon défini, et par une angoisse morale qui peut s'élever jusqu'au délire de la folie... Le malade, parfaitement conscient de son appréhension, reste impuissant à la modérer. Quels arguments invoquer contre un malaise doublé de frayeur? Celui qui prévoit les pires événements accepte la contradiction, à la condition de justifier lui-même sa raison de craindre; s'il se contente d'avoir peur, les plus

(1) In *Arch. gén. de méd.*, 1852.

(1) *Études médicales*, t. I, p. 772.

habiles conseillers ne sauraient lui prouver qu'il a tort. »

Quelle interprétation vaudrait cette citation textuelle, de laquelle se dégage la notion précise d'un trouble somatique précédant l'invasion de la conception délirante? C'est l'ictus initial, la maladie est encore *in posse* pour parler le langage de l'École. Il surviendra peut-être une accalmie de durée variable. Mais le médecin, qui sait ce que valent ces prodromes, surveillera d'un œil inquiet ce malade qui a franchi déjà le premier degré de la folie. Dans la *Mélancolie perplexe* vous trouveriez encore cette idée plus accusée peut-être, comme dans la *Folie à deux*, écrite en collaboration avec M. J. Falret, vous rencontreriez des descriptions que pouvait seule tenter l'expérience de Lasègue, ayant à son service l'imagination la plus vive, le talent d'exposition le plus rare. Il trouvait, avec un véritable bonheur d'expression, la caractéristique des états les plus difficiles à définir. A propos de la folie à deux, il dit : « Le problème comprend deux termes entre lesquels il s'agit d'établir une équation : d'une part, le malade actif; de l'autre, l'individu réceptif qui subit, sous des formes et à des degrés divers, son influence. » Voilà en quelques lignes, en termes précis, posée l'influence du malade actif sur celui qu'il va entraîner dans ses exagérations délirantes, et toute la maladie est là. « C'est tout un travail d'enquête psychologique, dit-il encore, de discerner, au milieu de ces éléments assez confus, la part qui revient au contagium et celle qui appartient à la nature mentale du confident. »

C'est dans ce travail d'enquête psychologique que Lasègue déployait toutes les ressources de son esprit. Tantôt familier jusqu'à l'abandon, il s'insinuait dans la confiance du malade, qui bientôt n'avait plus de secrets pour lui. S'il hésitait, au lieu de l'interroger, il lui parlait sa langue, il lui fournissait un argument d'autant mieux accepté qu'il répondait à de secrètes préoccupations. Comment se tenir en garde contre un homme qui savait ce que vous pensiez vous-même : l'aliéné, surpris, se livrait sans réticences, ou s'il essayait de se défendre, la lutte n'était ni bien énergique ni bien longue. Variant à l'infini ses procédés d'examen, il passait tour à tour, suivant les cas, par la manifestation de sympathies qui remuaient profondément le malade : il se laissait envelopper, séduire, et il disait tout ce qu'on voulait savoir. Ou bien, avec les aliénés soupçonneux et méfiants, il se montrait pressant, autoritaire; il leur en imposait par son attitude, par la sévérité de son langage, et il arrivait toujours à obtenir d'eux des confidences significatives.

De ce contact journalier avec les aliénés, de cette connaissance si profonde qu'il avait de leurs mœurs, de leur manière d'être; de la longue habitude qu'il avait prise de faire jaillir leurs conceptions délirantes, était née une sûreté de jugement devant laquelle s'inclinaient les magistrats des tribunaux et de la cour. Il avait acquis en médecine légale une autorité que nul ne songeait à discuter. Il exposait avec une clarté lumineuse les résultats de son examen : il allait droit à la difficulté qu'il devait résoudre, il discutait simplement, dans un langage débarrassé de termes scientifiques qui eussent dérouté les jurés : il voulait être compris, et tous ses efforts tendaient à faire ressortir les tares intellectuelles et morales de l'accusé, à mettre en relief tous les détails de sa biographie cérébrale. Quand il avait ainsi montré ce qui avait pu préparer le crime ou le délit, quelles influences pathologiques dominaient la situation, quand il avait décrit les phases successives de la maladie, il s'élevait à de hautes considérations; il rassemblait tous les éléments qui avaient fait sa conviction, et avec une indépendance absolue, il formulait des conclusions nettes, précises, qu'il défendait, au besoin, avec la supériorité que lui donnaient son honnêteté scientifique et son incomparable talent. Sévère pour lui-même, il avait le droit de l'être pour les autres, et jamais il n'eût consenti à signer un rapport médico-légal qu'il n'avait pas rédigé lui-même, s'il n'y avait pas trouvé la formule de sa propre pensée. J'ai dû à cette sévérité, devant laquelle j'eus à m'incliner respectueusement un jour, la plus profitable des leçons, je ne l'ai jamais oubliée. C'était à ma première expertise médico-légale : MM. Lasègue et Blanche m'avaient accepté pour collaborateur. Sous un pareil patronage, j'étais à la fois très fier et très intimidé. Il s'agissait d'un épileptique homicide. Rien de plus simple en apparence. Étant le plus jeune, je fus chargé de la rédaction du rapport, et je me donnai beaucoup de peine : j'apportai mon travail à M. le professeur Lasègue, qui m'invita à le lui lire. Il m'écouta jusqu'au bout, sans m'arrêter. Quand j'eus fini, il me dit de l'air un peu railleur qu'il prenait quelquefois : « Ce que vous avez fait là, c'est une observation quelconque, ce n'est pas un rapport médico-légal. Vous racontez un fait, vous n'en avez pas étudié la genèse, vous n'en faites pas ressortir le côté pathologique. Le coup de couteau qui a tué, pourquoi a-t-il été porté? Quel était l'état mental de l'homme qui a frappé? Vous ne l'avez pas dit. C'est à refaire complètement. » Et je recommençai docilement, essayant de mettre à profit les indications du maître. Je ne fus pas plus heureux la seconde fois. Mais, touché peut-être par ma résignation, indulgent pour mon inexpérience, Lasègue me parla avec une paternelle bonté, il me signala des lacunes, corrigea des phrases où la pensée était voilée, il jeta la lumière sur mon travail obscur, il me le rendit, et je devins capable de lui présenter, en troisième lecture, un rapport au pied duquel il mit sa signature. Depuis ce jour, Messieurs, ébloui, subjugué par une supériorité intellectuelle qui me dominait de si haut, ayant conscience de ma faiblesse auprès de cette force, je m'attachai à lui comme l'élève au maître respecté. Comme il méritait bien notre confiance à tous! Avec quelle fermeté il nous défendit, un jour, devant un magistrat peu au courant de nos habitudes, qui s'était permis, dans une séance solennelle, de nous traiter avec une coupable légèreté! Il fut implacable, il exigea, il obtint, que la phrase malencontreuse qui l'avait blessé comme nous, fût supprimée. Elle ne parut pas dans le compte rendu officiel. Vous avez, par ce fait, la mesure, et de la noble indépendance de son caractère et de l'autorité qu'il avait acquise.

J'ai maintenant, Messieurs, à vous présenter Lasègue sous un autre aspect. Je vous ramène en arrière, nous sommes en 1852, son maître, Trousseau, l'a choisi comme chef de clinique. Leur collaboration, déjà si active, sera plus féconde encore : en 1853, le concours d'agrégation lui ouvre les portes de la Faculté de médecine; il avait eu pour sujet de thèse : la *Paralysie générale progressive*. A cette époque, on considérait cette maladie comme un type nettement défini, comme une entité pathologique. On a vécu longtemps sur cette donnée; mais, l'observation aidant, il a bien fallu reconnaître qu'autour de la paralysie générale classique gravitent de nombreuses affections cérébrales qui, pour avoir avec elle des points de contact ou de ressemblance multipliés, n'évoluent pas toujours comme elle. Lasègue, dans les dernières années de sa vie, avait modifié ses idées, il ne disait plus « qu'il était dangereux de dépenser un excès de sagacité en essayant de tout refondre ». Je l'ai entendu dire plus d'une fois que l'étude était à reprendre.

Cette même année 1853, il devient, avec Valleix et Follin, sous la direction de Raige-Delorme, rédacteur en chef des *Archives générales de médecine*. En 1854, il est nommé médecin des hôpitaux.

A partir de ce moment, il est en possession de tout ce qui peut assurer, à un homme de sa valeur, le plus brillant avenir. La carrière est ouverte devant lui, il n'est pas de ceux qui s'arrêtent à mi-chemin. Coup sur coup paraissent des recherches du plus haut intérêt scientifique, sur *Une forme d'atrophie partielle* (*trophonévrose de Romberg*), sur les

Accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright, sur la *Paracentèse du péricarde;* elles seront suivies de bien d'autres travaux qui tous sont remarquables par le talent d'exposition, par la précision d'un style inimitable, qui ont assuré à Lasègue le premier rang parmi les auteurs-médecins de la période contemporaine. Mais, il faut bien le dire, ces travaux ne s'adressaient qu'à un petit nombre de privilégiés : avec une trop grande modestie, il ne leur donnait pas toute la publicité à laquelle ils auraient eu droit. Il les réservait presque tous pour les *Archives générales de médecine*, ce journal dont il était l'âme, dont il conserva jusqu'à la fin la direction. Mais, une main pieuse, celle d'un fils digne de lui, a rassemblé toutes ces richesses; M. le docteur Albert Blum a voulu élever à la mémoire de Lasègue un monument durable. Il a donné au monde médical un trésor, on y peut prendre à pleines mains, il reste inépuisable, tant le savant que nous avons perdu a remué d'idées, ouvert d'horizons imprévus. C'est là que nous retrouvons la trace lumineuse de la pensée du Maître, c'est là qu'il revit tout entier dans la splendeur de son intelligence.

En 1858 et 1860, Lasègue suppléa Andral à la Faculté dans sa chaire de pathologie générale. Cet enseignement, un peu abstrait, lui coûta beaucoup de travail, et ne lui donna pas toutes les satisfactions d'esprit qu'il devait trouver en 1865 et 1866, dans les conférences qu'il fut chargé de faire sur les maladies mentales et nerveuses.

Je n'irai pas jusqu'à dire que ces conférences furent une révélation, car il avait déjà donné sa mesure, mais je puis affirmer que ce fut un enchantement. Dans le grand amphithéâtre de la Faculté se pressaient en foule non plus seulement les élèves en médecine, mais des médecins, des magistrats, des élèves de l'École de droit. On venait de toutes parts entendre ce jeune professeur dont la parole élégante avait une irrésistible séduction. Il était là dans son élément. Toutes les choses dont il avait à parler lui étaient depuis longtemps familières; il était de plus soutenu, inspiré par un sentiment généreux : il avait conscience qu'il comblait une grave lacune de l'enseignement. Aussi sa tâche lui parut facile, il la remplit avec cet entrain qu'il savait dépenser à propos. Il débutait lentement, presque toujours par une phrase concise dans laquelle on pouvait trouver le programme de la leçon, puis, sa pensée se développait; sans gestes, sans éclats de voix, il arrivait par le bonheur de l'expression toujours juste, par le choix des images, par le rythme le plus harmonieux, à fixer, à soutenir l'attention.

A de certains moments, il la stimulait encore par une spirituelle boutade, une allusion discrète, une comparaison ingénieuse. Comme l'a dit si justement M. le professeur Proust, Lasègue avait « la faculté d'expression au degré le plus élevé qui se soit rencontré parmi les hommes de son époque, une originalité saisissante, mises au service de son esprit inventif ». Ce qu'il avait surtout, c'était l'amour de l'enseignement, la notion haute de sa mission d'éducateur; ses merveilleuses aptitudes, ses goûts littéraires, ont fait de lui pendant des années l'un des professeurs les plus écoutés de la Faculté de médecine.

Lorsqu'il succéda à Andral, le 9 février 1867, dans la chaire de pathologie générale, il se trouva un peu à l'étroit, et malgré son talent, il ne pouvait retrouver les succès de ses conférences. Mais, homme de devoir, il sacrifiait ses préférences aux intérêts de l'École. Il n'attendit pas très longtemps : le 11 décembre 1869, il était nommé professeur de clinique médicale, et s'installait à l'hôpital de la Pitié.

Là, Messieurs, Lasègue apparut sous un jour tout nouveau; moins différent de lui-même, cependant, qu'on ne le pensait. Il s'adaptait à une scène moins vaste que le grand amphithéâtre de l'École, mais il voulait être, il était en communication plus intime avec ses auditeurs. Ce qu'il cherchait surtout, c'était d'être utile, et dans son cours, d'où il écartait systématiquement toute solennité, il pensait tout haut, sans recherche vaine, disant les choses comme il fallait les dire pour qu'elles pénétrassent aisément dans l'esprit des élèves, ne craignant pas, dans cet enseignement plus familier, de procéder comme son maître Trousseau : « d'user des hardiesses du langage, et de ne pas reculer devant la brutalité de l'expression, frappant ainsi un coup décisif, mais le frappant juste. »

Ce qu'il voulait encore, c'est qu'on s'approchât de lui avec confiance; il aimait, au lit du malade, à faire jaillir des idées; sous une apparente brusquerie, il cachait le bienveillant intérêt que lui inspirait un jeune travailleur; et quand il avait découvert en lui de l'intelligence, des aptitudes, il stimulait son zèle, il lui montrait la route à suivre, et n'était jamais plus heureux que quand il pouvait se dire: « J'ai allumé chez lui le feu sacré! »

Où il excellait, c'était dans les causeries familières, au milieu de la salle, au cours de la visite; ce qu'il n'avait pu dire au lit du malade, il le disait avec une originalité saisissante, il provoquait les réflexions des élèves, il jouissait avec une spirituelle malice de leur embarras; et pour ne pas le prolonger, il parlait alors; ses improvisations nées au hasard d'une occasion clinique étaient étincelantes de verve, ses auditeurs gardaient le souvenir des faits présentés sous cette forme qui avait d'autant plus de relief qu'elle était plus primesautière. Je ne puis m'empêcher, Messieurs, de rapprocher Lasègue de Trousseau, de le retrouver dans cette phrase où il semble qu'il se soit peint lui-même : « Plus j'avance dans la vie, et plus je suis profondément reconnaissant de cet enseignement inappréciable, où les idées s'infiltrent si droit et si avant dans l'esprit, que bientôt on ne sait plus ni qui vous les a enseignées, ni même si on ne les a pas découvertes. Sous cette forme familière, l'instruction change de nom, elle s'appelle l'éducation. »

Tous ceux dont Lasègue a ouvert l'esprit, tous ceux dont il a été l'éducateur, pourraient lui adresser à lui-même l'hommage respectueux et reconnaissant qu'il rendait à Trousseau.

Comment cet écrivain si distingué, ce penseur si profond, ce dialecticien si habile, n'a-t-il pas voulu écrire un livre où sa pensée eût été conservée? Il n'a publié qu'un seul volume, sur les *Angines*. On y retrouve bien toujours ses qualités d'observateur, de clinicien, mais il semble n'avoir voulu y mettre, de parti pris, que des indications générales. « J'ai cherché de mon mieux, dit-il, à montrer dans quelle mesure les affections de la gorge sont sous la dépendance de divers états morbides qui intéressent toute l'économie. J'aurais voulu pouvoir placer chaque angine chronique sous le vocable de la diathèse dont elle relève; mais je ne me suis senti ni assez éclairé pour instituer ce classement définitif, ni assez osé pour être le précurseur de la science. » — C'était trop de modestie. Mais on peut dire aussi que peu de médecins ont abordé avec une pareille supériorité les sujets les plus divers. L'œuvre de Lasègue est considérable; philosophe, clinicien de haute valeur, orateur de premier ordre, il a publié des travaux qui tous, sous leur forme concise, sont des modèles; ils suffisent à sa gloire et à la nôtre; ils ont tous été inspirés par l'ardent désir d'être utile et de vulgariser des idées nouvelles. A ceux qui seraient tentés de dire qu'il n'aimait pas à creuser à fond un sujet, je répondrai qu'il ne s'est jamais arrêté en chemin, que s'il a douté souvent, il a cherché toujours, et qu'il reste pour ceux qui ont eu l'heureuse fortune d'être en contact avec lui, non pas un sceptique, mais un esprit éclairé, passionnément épris de la vérité; s'il s'est défendu quelquefois contre certains entraînements, c'est qu'il n'acceptait rien sans un sévère contrôle. Aux mouvements hâtifs, il préférait la marche plus lente et plus sûre de l'expérience. Quand il était convaincu et rassuré, il n'hésitait pas à ouvrir son ser-

vice aux novateurs, à doter sa clinique de tous les perfectionnements dus aux sciences physiques, chimiques, biologiques. Avec un dévouement absolu, il voulait que ses élèves fussent initiés à tous les détails des examens qui aident au diagnostic et le confirment. C'était une joie pour lui de se faire leur guide dans des visites aux asiles d'aliénés, à l'École vétérinaire d'Alfort, aux établissements hydrothérapiques, aux gymnases, et c'était aussi l'occasion de leçons pratiques qui restaient gravées dans la mémoire.

Lasègue, avec une honnêteté, une probité scientifiques devant lesquelles s'inclinent tous ceux qui l'ont connu, a été l'homme le plus fidèle à ses devoirs, à ses affections : et vous, Messieurs, qui rendiez un juste hommage à ses nobles qualités, vous l'avez récompensé comme il était digne de l'être, en l'accueillant dans votre savante compagnie, comme l'un de ces hôtes attendus que vous étiez heureux de voir venir prendre au milieu de vous la place que lui réservait votre estime.

Ce que fut l'homme privé, je puis le dire, avec ceux auxquels il faisait l'honneur d'ouvrir son hospitalière maison. Là, sans apprêts, avec une simplicité du charme le plus pénétrant, il recevait chaque semaine, pendant l'hiver, ceux qu'il avait choisis ; n'entrait pas qui voulait dans cette intimité familiale, où chacun devait payer de sa personne, et apporter son écot de bonne humeur et de gaîté. Aux grands jours, on jouait la comédie, Lasègue composait un prologue en vers alertes et pleins d'humour, Mmes ses filles les disaient, et Mme Lasègue, tout occupée du plaisir de ses hôtes, présidait, souriante, heureuse, à ces fêtes où l'esprit et le cœur avaient une si large part. C'étaient là les délassements qu'il aimait : il les préférait aux réceptions du monde, où sa causerie si fine ne pouvait se répandre à l'aise.

En le voyant au milieu de sa famille, au milieu de ses amis, adoré, respecté, et rendant au centuple dans ce monde, dont il ne voulait pas étendre les limites, les trésors d'affection dont son cœur débordait, je sentais qu'il avait pour devise ces vers de Florian :

On court bien loin pour chercher le bonheur,
A sa poursuite en vain l'on se tourmente,
C'est près de nous, dans notre propre cœur
Que le plaça la nature prudente.

Un jour, le malheur vint s'abattre sur cette famille qui n'avait jamais eu à compter avec lui, il l'atteignit de la manière la plus rude, en frappant son chef. Lasègue, depuis quelque temps, pliait sous la fatigue : il cachait aux siens et à ses amis le mal dont il souffrait, mais il disait déjà qu'il voulait cesser l'enseignement, se consacrer désormais à un travail qu'il n'avait jamais eu le loisir d'entreprendre, celui de rassembler ses écrits épars, de donner à sa pensée, souvent trop condensée, des développements plus larges. Il n'eut pas le temps. Il lui fallut quitter Paris et s'en aller demander, au soleil du Midi, les forces qui lui échappaient. Un moment, il sembla renaître, autour de lui revenait l'espoir, quand lui parvint à Cannes la nouvelle que la présidence du concours d'agrégation lui appartenait. Il n'hésita pas ; sourd à toutes les prières, il voulut faire ce qu'il considérait comme un devoir. Pendant quatre mois, on le vit assidu, malgré la fatigue ; brisé par la maladie qui s'aggravait chaque jour, mais non dompté par elle, il voulut aller jusqu'au bout.

Quand le concours fut terminé, Lasègue, épuisé, ne s'illusionna pas sur la gravité de son état. Il semble qu'il ait compté les heures qui lui restaient à vivre, et qu'il ait voulu en donner quelques-unes encore à la Faculté de médecine qu'il avait si noblement, si utilement servie. Il voulut recevoir ces jeunes savants aux luttes desquels il avait présidé ; il les appela tous auprès de lui. Ce fut un émouvant et inoubliable spectacle que celui de cet homme, sur la tête duquel planait la mort, rassemblant toutes ses forces, toute son énergie, pour donner un dernier témoignage de son attachement à la Faculté de médecine, dans la personne des élus du concours. Il les félicita de leurs succès, il jugea leurs épreuves avec une sereine impartialité. Puis, sa parole monta plus grave, plus pénétrante, il dit quelle avait été sa vie, quelle devait être la leur ; il trouva, dans cette heure suprême, des accents d'une sublime éloquence, et quand il eut fini, sa main s'éleva par un geste plein de grandeur, comme pour ouvrir les portes de l'avenir, sur le seuil duquel il savait qu'il allait s'arrêter.

Le 20 mars 1883, le professeur Lasègue mourait.

Quand un homme d'une telle valeur disparaît, l'étendue de la perte se mesure aux sentiments douloureux qu'elle éveille. L'expression en a été touchante. Sur sa tombe, en votre nom, M. le professeur Potain a trouvé pour dire votre tristesse les accents les plus émus et les plus dignes. Aujourd'hui, Messieurs, vous avez voulu que quelqu'un vînt vous dire ce qu'avait été la vie de votre regretté collègue.

Je ne sais si j'ai pu faire passer dans vos cœurs une part de l'émotion profonde qui soulève le mien ; si j'ai pu faire revivre le souvenir de ce maître dont la haute intelligence, dont le caractère si droit et si sûr, dont la fidélité à ses devoirs, dont la bonté pour ceux qu'il aimait, rayonnèrent aussi bien sur la Faculté de médecine que sur son entourage immédiat. Pour moi qu'il honora de son amitié, il me semble que je viens de remplir un pieux devoir, et qu'en me permettant d'exprimer devant vous des sentiments dont la vivacité n'a pas été atténuée par le temps, vous m'avez aidé à payer une partie de ma dette de reconnaissance.

PRIX DE 1896

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.* — L'Académie décerne : 1° un prix de 600 francs à M. Georges Küss, interne des hôpitaux de Paris ; 2° un encouragement de 400 francs à M. le docteur Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

PRIX ALVARENGA (800 francs). — Le prix est partagé entre MM. les docteurs E. Cassaët, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Ferrier, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon.

PRIX AMUSSAT (1000 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 600 francs à MM. les docteurs Delorme, professeur, et Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; 400 francs à MM. les docteurs Mauclaire (de Paris), et de Bovis, médecin aide-major de première classe au 46e régiment d'infanterie à Paris.

PRIX BAILLARGER (2000 francs). — Un prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur Paul Sérieux, médecin de l'Asile de Villejuif.

PRIX BARBIER (2000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 1000 francs à M. Adrien Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay ; 2° 400 francs à M. le docteur Séné (de Pauillac) ; 3° 200 francs à MM. les docteurs Lœwenberg (de Paris) ; E. Marchoux, médecin des colonies, à Dakar, et P. de Nucé (de Souillac).

PRIX CHARLES BOULLARD (1200 francs). — Une somme de 800 francs est partagée à titre de prix entre MM. les docteurs E. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Ed. Toulouse, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. — Une somme de 400 francs est partagée à titre de récompense entre MM. les docteurs Samuel Garnier, directeur de l'Asile

de Saint-Ylie, près Dôle, et Alexandre Paris, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1200 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs E. Thérémin (de Saint-Pétersbourg), et Paul Launay (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à : M. le docteur E. Biétrix, préparateur du laboratoire de zoologie maritime de Concarneau; et à M. le docteur Léon Germe, ancien professeur à l'École de médecine d'Arras.

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Le prix est décerné à M. G. Bertrand, préparateur de chimie au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Des mentions honorables sont accordées à M. E. Gautrelet (de Vichy); M. le docteur Moreigne (de Paris) et à M. Maurice Arthus, professeur à la Faculté de médecine de Fribourg,

PRIX CAPURON (1400 francs). — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PRIX CHEVILLON (1500 francs). — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille, et Melville Wassermann (de Paris).

PRIX CIVRIEUX (1000 francs). — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.* — Le prix est décerné à M. le docteur Sérieux, médecin de l'Asile de Villejuif. — L'Académie accorde un encouragement à M. le docteur Albert Péguriet, médecin aide-major de première classe, au 142e régiment d'infanterie, à Montpellier.

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Des angines couenneuses non diphtéritiques.* — Le prix est décerné à M. le docteur Jacquemart (de Paris). — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Cassedebat, médecin-major au 2e régiment de zouaves, à Oran.

PRIX DESPORTES (1300 francs). — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 700 francs à M. le docteur A.-F. Dubergé, médecin principal de la marine en retraite, à Toulon; 2° 300 francs à MM. les docteurs Paul Claisse (de Paris) et J. Goldschmidt (de Paris).

PRIX FALRET (900 francs). — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.* — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 300 francs à MM. les docteurs Jacquemart (de Paris); Paul Rodet (de Paris) et à MM. André Antheaume et Raoul Leroy, internes à l'Asile Sainte-Anne de Paris. — Une mention très honorable est décernée à M. L. Guinard, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé, en 1896, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1500 francs à MM. Griner et Page; 2° 500 francs à MM. Ranglaret et Leblanc. MM. Ranglaret et Leblanc, ayant terminé leur stage à la satisfaction de la Commission permanente des Eaux minérales, l'Académie leur accorde en outre le titre de Lauréat (*Prix d'hydrologie*).

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 600 francs à M. le docteur Ernest Barié (de Paris); 2° 200 francs à MM. les docteurs Fernand Bezançon (de Paris) et Pierre Bonnier (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN, de Genève (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Gilles de la Tourette (de Paris). — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Arthur Claus (d'Anvers), Omer Van der Stricht (de Gand) et Gustave Durante (de Paris).

PRIX HUGO (1000 francs). — L'Académie partage le prix entre M. Maurice Albert, professeur à l'École militaire de Saint-Cyr, et M. le docteur G. Péry, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs Buret, Cabanès, Edmond Dupouy (de Paris); Binet (de Toul); Edward Ehlers (de Copenhague); Samuel Garnier (de Saint-Ylie); Constantin Lambros (d'Athènes); M. Neumann, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse; et M. Auguste Brachet (de Menton).

PRIX LABORIE (5000 francs). — L'Académie décerne un prix de 4500 francs à MM. les docteurs Delorme, professeur, et Mignon, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Un encouragement, avec une somme de 500 francs, est accordé à M. le docteur Mauclaire (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Du Cazal, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce. — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Henri Blaise (de Montpellier); F. Burot et A. Legrand, médecins de la marine, à Rochefort-sur-Mer; et Marty, médecin-major de première classe, hôpital militaire de Belfort.

PRIX LAVAL (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Léon Babonneix, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX LEFÈVRE (1800 francs). — Question : *De la mélancolie.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Roubinovitch et Toulouse, chefs de clinique à l'asile Sainte-Anne de Paris. — Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs J. Toy et Th. Taty, chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX MEYNOT (2600 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1400 francs à M. le docteur F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; 2° 600 francs à MM. les docteurs Em. Ménière (de Paris) et Pierre Bonnier (de Paris).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1000 francs à M. le docteur Émile Legrain (de Bougie); 2° 500 francs à M. J.-B. Piot, vétérinaire en chef des domaines de l'État égyptien. — Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur S.-A. Knopf (de New-York) et Mme Dorothée Chellier, docteur en médecine, à Paris.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — Aucun mémoire n'a été adressé à l'Académie pour ce concours.

PRIX ORFILA (2000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?* — Le prix est décerné à M. le docteur O. Arnaud, médecin-major de deuxième classe, attaché à la Direction du service de santé du 12e corps, à Limoges. — Des mentions très honorables sont accordées à : MM. les docteurs Louis-Edmond Bertrand, médecin en chef de la marine, à Toulon; et Pierre Bouquet (de Roissy-en-Brie).

PRIX OULMONT (1000 francs). — M. Samuel Banzet, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.* — L'Académie partage le prix entre M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine, à Genève; et MM. François Barjon et Claudius Regaud, internes des hôpitaux de Lyon.

PRIX POURAT (1000 francs). — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur F. Laulanié, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse.

PRIX SAINTOUR (4400 francs). — Un prix de 2000 francs est partagé entre MM. les docteurs Albert Péron et Émile Boix (de Paris). — Des récompenses de 400 francs sont accordées à : MM. les docteurs E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; G.-H. Lemoine, professeur agrégé au Val-de-Grâce (de Paris); Adolphe Leray et J. Roubinovitch (de Paris); Lecerf (de Saint-Julien-de-Concelles); et H. de Brun, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth. — L'Académie accorde, en outre, des mentions

honorables à : MM. les docteurs C. Fournier (d'Amiens); G. Lauth, au Vésinet; B. Lœwenberg (de Paris); Ch. Pépin (de Dinan) et Em. Sergent (de Paris).

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Il n'y a pas eu de concurrent, la même question sera remise au concours pour l'année 1898.

Prix Saint-Paul (25000 francs). — Le prix de 25000 francs a été partagé entre MM. les docteurs Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur (de Paris), et Émile Behring, de Marbourg-sur-Lahn (Allemagne). — Les autres travaux présentés à l'Académie ne sont pas récompensés.

Prix Stanski (1800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur L. Rénon (de Paris).

Prix Vernois (700 francs). — Le prix n'est pas décerné. — L'Académie accorde les récompenses suivantes : 1° 200 francs à MM. les docteurs H. Labit, médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de hussards à Verdun, et H. Polin, médecin-major de première classe au 56e régiment d'infanterie à Chalon-sur-Saône; Just Navarre, ancien médecin de la marine, à Lyon, et Charles Viry, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée à Amiens; 2° 100 francs à M. le docteur Mangenot (de Paris); 3° une mention honorable à M. le docteur A. Chuquet (de Cannes).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France pendant l'année 1894 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Planche, médecin à Balaruc-les-Bains.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Caulet, médecin à Saint-Sauveur.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bordas, chef du service des Eaux minérales au laboratoire municipal; Choux, médecin-major de première classe, médecin de l'hôpital militaire de Bourbonne; Élevy, médecin à Biarritz, et Mallat (de Vichy).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Chiaïs, médecin à Évian-les-Bains; Laissus, ancien médecin-inspecteur à Salins-Moutiers, et Laussedat, médecin à Royat.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Barrabé, médecin à Bagnoles-de-l'Orne; Darroze, médecin à Préchacq-les-Bains; Dresch, médecin consultant à Aix-les-Bains; Jules Félix, professeur d'hydrologie médicale à l'Université nouvelle de Bruxelles, et Van Merris, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1895 :

1° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs H. Vincent, médecin-major de deuxième classe, attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Dey, à Alger; André Dubrulle, médecin-major de première classe, et Auguste Marotte, médecin aide-major de première classe, à Bourg; Eymard Lacour, pharmacien principal de l'armée, à Versailles, et Maximilien Gavin, inspecteur principal du service des Eaux de Versailles; MM. les docteurs Hébert (d'Audierne) et Fernand Camus, médecin-major de première classe, à Saint-Omer.

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Aubert, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; Blanquinque (de Laon); Chabenat (de La Châtre); et Legée (d'Abbeville).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs François Bassères, médecin-major de deuxième classe, à Alger; J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de première classe, à Beauvais; Jules Meyer, médecin aide-major de première classe, à El-Aricha; et Trouillet, médecin-major de deuxième classe, à Dijon.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs André (de Toulouse); L. Bard (de Lyon); H. Geschwind, médecin principal de deuxième classe; Jaubert, médecin-major de deuxième classe, à Mont-Dauphin; Lesueur (de Bernay); Mathieu (de Vassy); H. Pauthier (de Senlis); Lucien Raynaud (d'Alger); Rousseau (de Vouziers) et Vergely (de Bordeaux).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bousseau (de Cholet); Dommartin, médecin-major de deuxième classe; L.-E. Dupuy (de Saint-Denis); Foucault (de Fontainebleau); Herland (de Rosporden); Octave Lallemant, médecin-major de première classe à Saint-Étienne; Matignon, médecin aide-major de première classe, attaché à la Légation de la République en Chine, à Pékin; Muller (de Saint-Quentin); Omont (de Pont-Audemer); Pinatel (d'Urt); Spiral (de Montmédy) et Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin).

6° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Albert Boyer (de Commercy); Cassedebat, médecin-major de première classe au 2e régiment de zouaves à Oran; Cerf-Mayer (de Brest); Legros (de Rochefort-sur-Mer); P.-A. Lop (de Marseille); Richer de Forges (de Morlaix); et Thibaudet (de Châtillon-sur-Chalaronne).

Service de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure, à Évreux.

2° *Médailles de vermeil à :* M. Béretta, inspecteur départemental de la Somme, à Amiens; MM. les docteurs Delobel, médecin de la protection de l'enfance, à Noyon; Doumic, médecin de la protection de l'enfance, à Pontoise; Durand, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Martin-d'Auxigny; MM. Edelga, inspecteur départemental du Var, à Toulon, et Fonné, inspecteur départemental du Doubs, à Besançon; MM. les docteurs Gaudefroy, médecin de la protection de l'enfance, à Vatan; Gierszynski, médecin de la protection de l'enfance, à Ouarville; Mme Félicie Hervieu, à Sedan; M. le docteur Rivière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; MM. Rome, sous-inspecteur des enfants assistés de la Haute-Loire, au Puy; Serrès, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers; Vidal, inspecteur départemental du Var, à Hyères.

2° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Barthès, inspecteur départemental du Calvados, à Caen); Capelle, médecin de la protection de l'enfance, à Hermies; M. Delage, inspecteur départemental de la Gironde, à Bordeaux; MM. les docteurs Denizet, inspecteur départemental de Seine-et-Marne, à Melun; Jenot, médecin de la protection de l'enfance, à Dercy; Mazade, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille; Picard, médecin de la protection de l'enfance, à Selles-sur-Cher; Regnoul, médecin de la protection de l'enfance, à Villeneuve-la-Guyard; M. Rollet, inspecteur départemental de l'Ain, à Bourg; M. le docteur Sutils, médecin de la protection de l'enfance, à La Chapelle-la-Reine; M. Thiébaut, inspecteur départemental de la Meuse, à Bar-le-Duc.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bauzon, à Chalon-sur-Saône; Brallet, médecin de la protection de l'enfance, à Le Thillot; Brun, médecin de la protection de l'enfance, à Ladon; Delfau (de Paris), médecin de la protection de l'enfance; M. Drucker, avocat à la Cour d'appel, à Paris; MM. les docteurs Espagne, médecin de la protection de l'enfance, à Montpellier; Joly, médecin de la protection de l'enfance, à Fauquembergues; John Lemoine (de Paris); Nory, médecin de la protection de l'enfance, à Sainte-Suzanne; Veillard, médecin de la protection de l'enfance, à Lorris.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Auge, médecin de la protection de l'enfance, à Reuilly; Baratier, médecin de la protection de l'enfance, à Jeugny; M. Burlet, inspecteur départemental de la Drôme, à Valence; MM. les

docteurs Dumée, médecin de la protection de l'enfance, à Nemours; Grosjean, médecin de la protection de l'enfance, à Montmirail; Lehec, médecin de la protection de l'enfance, à Châtillon-sur-Indre; Picard, médecin de la protection de l'enfance, à Lagny; Surbled, médecin de la protection de l'enfance, à Corbeil; Trotignon, médecin de la protection de l'enfance, à Issoudun.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Ansaloni, médecin de la protection de l'enfance, à Romorantin; Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Bec, inspecteur départemental de Vaucluse, à Avignon; Beullard, médecin de la protection de l'enfance, à Villefranche; Boucoiran, inspecteur départemental des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieuc; Bourdon, médecin de la protection de l'enfance, à Méru; Brun, médecin de la protection de l'enfance, à Tournon-Saint-Martin; M. Caillot, inspecteur départemental du Cher, à Bourges; MM. les docteurs Cantin, médecin de la protection de l'enfance, à Brie-Comte-Robert; Cornilleau, médecin de la protection de l'enfance, à Boëssé-le-Sec; Delavalle, médecin de la protection de l'enfance, à Sailly-sur-la-Lys; Dermigny, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Simon; Desplantes, médecin de la protection de l'enfance, à Nogent-le-Rotrou; T. Dodeuil, médecin de la protection de l'enfance, à Ham; Dupont, médecin de la protection de l'enfance, à Nogent-sur-Vernisson; M. d'Eichtal (Louis), maire de Sainte-Geneviève-des-Bois; MM. les docteurs Eltchinanoff, à Saint-Calais; Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; Foucart, médecin de la protection de l'enfance, à Sézanne; Girat fils, médecin de la protection de l'enfance, à Neuvy-Saint-Sépulcre; Girat père, médecin de la protection de l'enfance, à Neuvy-Saint-Sépulcre; Gruson, médecin de la protection de l'enfance, à Marquise; Ladevèze, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Florent; Lauth, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Germain-en-Laye; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse; Lebault, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Vit; Lesueur, médecin de la protection de l'enfance, à Bernay; Limasset, médecin de la protection de l'enfance, à Dormans; P.-A. Lop, à Marseille; M. Meige, inspecteur départemental des Deux-Sèvres, à Niort; MM. les docteurs Morère, médecin de la protection de l'enfance, à Palaiseau; Painetvin, médecin de la protection de l'enfance, à Fresnois-le-Grand; Paté, médecin de la protection de l'enfance, à Le Thour; Tassin, médecin de la protection de l'enfance, à Leugny; Tissié, à Bordeaux; Villard, médecin de la protection de l'enfance, à Verdun.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service de la vaccine en 1895 :

I. *Un prix de 1500 francs*, à partager entre MM. les docteurs dont les noms suivent : 1° 600 francs à M. le docteur G.-H. Lemoine, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 2° 500 francs à M. le docteur Ausset, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille; 3° 400 francs à M. le docteur Duvigneau, médecin principal des colonies.

II. *Quatre médailles d'or à :* MM. J. Delobel, docteur en médecine, et P. Cozette, médecin-vétérinaire, à Noyon; MM. les docteurs Haueur, médecin de première classe des colonies; A. Loir, directeur de l'Institut Pasteur; P.-A. Lop, à Marseille.

III. *Cent médailles d'argent :* Aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont distingués, soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations : MM. les docteurs en médecine Albert (de Toulouse), J. Auvert (d'Aurillac), Baratier (de Jeugny), P. Bascou (de Bouisse), Bastion (de Plouaret), de Béchon (de Brest), Bernard (de Toulouse), Biat (de Liévin), Bompaire (de Millau), Boureau et Chaumier (de Tours), L. Bourgain (de Boulogne-sur-Mer), Buy (de Fort-National), Chabaud (de Prades), H. Chapoy et Gounand (de Besançon), Chéreux (de Quimper), T. Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage), Ciaudo (de Nice), Coiffier (du Puy), Colin (de Quimper), Convers (de Saint-Étienne), P. Courrent (de Tuchan), E. Crimail (de Nantes), Darget (d'Orthez), J. Davéo (de Paris), Deschamps (de Montigny), E. Druelle (d'Outreau), Dubuisson (de Chateauneuf-du-Faou), Dufourcq (de Salies), E. Durand (de Marseillan), Duvernet (de Paris), G. Foucart (de Sézanne), Fuzet du Pouget (de Casteljau), Gérard-Laurent (de Sauvic), Getten (de Pouillon), E. Girat (de Neuvy-Saint-Sépulcre), Gornot (de Guéret), Grias (de Pont-Aven), Guével (de Pont-l'Abbé-Lambour), Hébert (d'Audiernes), A. Jaurès (de Dourgne), E. Jenot (de Dercy), Juppé (d'Arudy), E. Laffage (de Dra-el-Mizan), Lagarde (de Montauban), Lefebvre (de Morlaix), F. Massina (du Boulou), Massonet (de Béni-Hindel), Monte (d'Elbeuf), Morvan (de Pleyben), Mougeot (de Saïgon), Néis (de Pont-Croix), C. Perrier (de Nîmes), Quéré (de Callac), Rotillon (de Paris), Senquer (de Morlaix), Schwartz (d'Affreville); Sudour (de Bayonne), Sutils (de la Chapelle-la-Reine), Tanguy (de Plouescat), de Valicourt (de Philippeville), Vivier (d'Angoulême), et de Welling (de Rouen).

MM. les médecins-majors de première classe Cassedebat, Mercier, Merz.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Huguet, Ohier.

MM. les médecins aides-majors de première classe Beumier, Cordillot, Lafaye, Leclercq, Mangenot, Marty, Matignon.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Breuil, Farganel.

MM. les médecins de première classe du corps de santé des colonies Fontaine, Lépinay.

MM. les internes en médecine Belot (Henri), Debreuil (de Lille).

MM. les vaccinateurs Casanova et Couret (de Fort-National).

Mmes les sages-femmes A. Carré (d'Aigurande), Caumel (de Montflanquin), Chauffour (de Miramont), Debord (de Bourges), Delannoy (de Lille), Lafargue (de Mont-de-Marsan), Lagarde (de Thiviers), Le Bloaz (de Rostronen), Louis (de Ploëmeur), J. Martin (d'Alluin), Mourier (de Sainte-Sigolène), Oustry (de Graissessac), Picaud (de Miallet), Ramon (du Havre), Rastel (de Rousset), Thiboulet-Batisse (de Laugeac), Treillon (de Fumel).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 14 décembre 1896. — Questions orales données : Nerf phrénique. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente.

Notes. — MM. Goudard, 21 + 11 = 32. — Hauser, 25 + 15 = 40. — Bluysen, 24 + 16 = 40. — Rastouil, 25 + 17 = 42. — Nattan, 24 + 18 = 42. — Balthazard, 20 + 9 = 29. — Rudeaux, 28 + 17 = 45. — Delestre, 25 + 17 = 42. — Clerc, 27 + 17 = 44.

Rappelons les notes des candidats militaires : Oppenheim, 44. — Jousset, 43. — Esmonet, 37. — B. Weill, 37.

— M. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et directeur des étuves municipales de Paris, vient de recevoir une médaille d'or de première classe.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Lille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Mouton, Rairart, Dubois et Julien. — Internes provisoires : MM. Dransart, Chatelin et Lemaire.

— Nous informons les membres de la Société de biologie que, dans la séance du 19 décembre, et conformément aux articles

51 et 52 du règlement, le Conseil présentera la liste des membres du bureau et des nouveaux membres du Conseil pour l'année 1897, laquelle liste sera discutée en comité secret.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Anger, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'un cours de clinique annexe.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Mondan est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique chirurgicale.

M. le docteur Bordier, pharmacien supérieur de première classe, est chargé des fonctions d'agrégé (section de physique), et nommé, en outre, chef des travaux de physique, en remplacement de M. Didelot, décédé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Rauzier, agrégé, est chargé d'un cours d'hygiène.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr F. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose chez les animaux dans ses rapports avec la tuberculose humaine.

Par le docteur LERAY,
Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Répandue avec une si funeste fréquence dans l'espèce humaine, la tuberculose n'épargne pas non plus les animaux dont s'entoure l'homme, pour ses besoins ou ses plaisirs; certains d'entre eux, bœufs, porcs, poules, etc., sont plus particulièrement atteints.

N'est-ce bien là qu'une seule et même maladie, n'y a-t-il qu'un seul et même germe morbide, susceptible de se développer indifféremment chez l'homme, les mammifères et les oiseaux? Comment s'effectue le passage des uns aux autres? Telles sont les questions que nous nous proposons de traiter.

Dans un premier chapitre, nous verrons avec quelle fréquence la tuberculose frappe les divers animaux domestiques.

L'anatomie pathologique et l'expérimentation nous montreront, dans le deuxième, l'identité de l'affection chez l'homme et chez les mammifères, ainsi que les particularités que l'on observe suivant les espèces, tant au point de vue de la réceptivité, qu'à celui des localisations des lésions, celles-ci variant, du reste, avec le mode de contamination.

Dans le troisième chapitre, nous étudierons la question de la contagion de l'homme aux animaux et inversement de ceux-ci à l'homme.

La tuberculose par ingestion, et par conséquent le danger de la viande et du lait provenant d'animaux tuberculeux, la législation en vigueur à cet égard, feront l'objet du quatrième chapitre.

Enfin, nous dirons quelques mots sur la prophylaxie de l'affection, et sur les avantages de l'emploi de la tuberculine.

I

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ANIMAUX. — *Bovidés.* — On ne sait pas assez, dit Nocard, quelle puissance d'expansion possède la tuberculose chez les animaux : il est des pays parmi les plus avancés au point de vue de la production, de l'élevage et même de l'hygiène du bétail, où le nombre des bovidés tuberculeux dépasse 10 p. 100 de la population totale (1).

En Saxe, par exemple, les statistiques officielles des abattoirs surveillés, montrent que le nombre des animaux reconnus tuberculeux s'est élevé à 17,40 p. 100 en 1891; 17,79 p. 100 en 1892; 18,26 p. 100 en 1893; dans certaines villes, ce chiffre approchait de 30 p. 100.

A l'abattoir de Copenhague, la proportion des animaux tuberculeux atteignait, en 1891, 16,60 p. 100.

En France, l'on ne sait actuellement, même approximativement, la proportion de nos bovidés tuberculeux, mais on ne peut nier que la tuberculose ne fasse de grands ravages, çà et là, sur notre territoire. En certains points de la Beauce, de la Champagne, du Morvan, du Béarn, etc., on évalue à 10 p. 100, au bas mot, le nombre des animaux atteints, et l'on sait que la tuberculose est la plaie de notre belle race nivernaise (Nocard).

Il est cependant des régions où la tuberculose est presque inconnue; sur les bœufs de Salers, sacrifiés à l'abattoir de la Villette, on n'observe, pour ainsi dire, jamais de tuberculose.

Nous trouvons réunies dans le magnifique *Traité de la tuberculose*, de notre savant et regretté maître le professeur Straus, quelques statistiques relatives à la fréquence de la tuberculose suivant l'âge et le sexe.

D'après Siedamgrotsky, professeur à l'École vétérinaire de Dresde, 4560 animaux, reconnus tuberculeux dans les abattoirs, se répartissaient ainsi :

Taureaux	567	= 12,4	p. 100.
Bœufs.	1313	= 22,8	—
Vaches	2531	= 55,6	—
Génisses et taurillons.	141	= 3,1	—
Veaux.	8	= 0,1	—

Si l'on calcule les tuberculeux proportionnellement au nombre d'animaux de chaque catégorie sacrifiés, on obtient les chiffres suivants :

Sur	12218 taureaux .	567	tuberculeux	=	4	p. 100.
—	17883 bœufs. . .	1313	—	=	7,3	—
—	20882 vaches . .	2531	—	=	12,1	—
—	3118 génisses et taurillons.	141	—	=	4,2	—
—	123725 veaux . .	8	—	=	0,006	—

(1) NOCARD. *Les tuberculoses animales*, p. 92.

On voit donc que la proportion de beaucoup la plus grande, porte sur les vaches; comme toujours la proportion des veaux est extraordinairement faible.

D'après l'âge, la proportion des animaux tuberculeux se répartit de la façon suivante :

Sur 123725 veaux de 0 à 6 semaines.	8 =	0,006	p. 100.
— 797 génisses et taurillons de 6 semaines à 1 an . .	3 =	0,3	—
— 6283 bovidés de 1 à 3 ans . .	444 =	7	—
— 14401 — de 3 à 6 ans . .	1340 =	9,3	—
— 12110 — au-dessus de 6 ans.	1943 =	16	—

Chez ces animaux, la fréquence de la tuberculose augmente donc avec l'âge; la moitié des cas signalés dans les abattoirs se rapportent à des bêtes âgées de plus de six ans. Si la tuberculose s'observe plus fréquemment chez les vaches, cela tient à différentes causes : la stabulation prolongée, l'épuisement par la gestation et la lactation, mais aussi à ce fait qu'on les laisse généralement arriver à un âge plus avancé que les bœufs ou les taureaux (1).

Porc. — Beaucoup moins fréquente que chez le bœuf, la tuberculose du porc est cependant moins rare que celle du veau.

Les statistiques sont des plus variables : tandis qu'en Saxe, d'après Jöhne, elles ne donnent que 1 p. 100, à Rouen, d'après Veyssière elles ne donnent que 0,04 p. 100; enfin, au Danemark, d'après Bang, on arriverait à 11,38 p. 100.

Chèvre et mouton. — Ces animaux sont très rarement atteints de tuberculose spontanée.

En Saxe, où la tuberculose bovine est si fréquente, 18,26 p. 100, sur 85701 moutons sacrifiés, en 1891, dans les abattoirs surveillés, 30 ont été trouvés tuberculeux, soit 0,035 p. 100. Sur 916662 moutons sacrifiés en Prusse, les statistiques publiées en 1892 donnent 884 tuberculeux, soit 0,09 p. 100.

Les observations de chèvres tuberculeuses sont extrêmement rares; Lydtin, Koch, Thomassen, Köning en ont cité quelques cas.

Dans quelques cas, la cohabitation avec les bovidés tuberculeux semble avoir déterminé la contamination de chèvres et de moutons.

Carnivores. — Le chien, plus encore que le chat, a été longtemps considéré comme réfractaire.

En dehors des conditions expérimentales, le chien et le chat peuvent aussi devenir tuberculeux, et depuis que l'attention a été attirée sur ce point, de nombreuses observations ont été publiées (Bang, Yensen, Cadiot, Nocard, Chantemesse et Le Dantec, etc.).

Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de chiens appartenant à des personnes tuberculeuses, cohabitant avec elles, et qui semblent bien s'être contaminés, soit par l'ingestion de crachats, de matières vomies, soit surtout par inhalation de poussières virulentes résultant d'une dessiccation de crachats; dans quelques cas, il s'agissait d'animaux manifestement infectés à la maison par du lait cru, ou à l'abattoir, par des viscères d'animaux tuberculeux.

Singe. — Chez le singe comme chez l'homme, la forme de tuberculose la plus fréquente est la forme pulmonaire.

MM. Dieulafoy et Krieshaber ont conclu, des expériences auxquelles ils se sont livrés sur ces animaux, que la tuberculose chez les singes transportés dans nos climats, n'est pas aussi fréquente qu'on est enclin à le croire. La mortalité par phtisie, chez le singe, est surtout considérable dans les jardins zoologiques, où les singeries ne sont pas complètement évacuées, où il y a toujours des sujets tuberculeux qui contaminent les nouveaux arrivés, et où les conditions hygiéniques sont très défectueuses :

« A Londres, la mortalité des singes par phtisie est de 40 p. 100 (Forbes).

A Paris elle est de 20 p. 100 (Saint-Yves Ménard).

A Francfort-sur-le-Mein 22 p. 100.

Dans les ménageries et singeries d'amateurs, la mortalité par phtisie est beaucoup plus rare (1). »

Lapin et cobaye. — Chez le lapin et le cobaye, malgré la si grande susceptibilité de ce dernier animal, la tuberculose spontanée semble absolument exceptionnelle.

C'est, du reste, là un fait qui ne reste pas isolé, et l'on voit que ces mêmes animaux, éminemment sensibles à l'inoculation du charbon, ne sont, en quelque sorte, jamais atteints de charbon spontané (Straus).

Oiseaux. — La tuberculose est une maladie fréquente chez les oiseaux de basse-cour; elle sévit sur eux sous forme épidémique; elle frappe les poules, les faisans, les pigeons, les dindons, paons, pintades, etc.

Chez ces animaux, l'infection semble surtout s'effectuer par les voies digestives.

II

Anatomie pathologique comparée. Identité de l'affection chez l'homme et les mammifères. Localisations en rapport avec le mode de contamination. Tuberculose des oiseaux. — *Bovidés.* — Les anciens vétérinaires désignaient sous le nom de phtisie pulmonaire ou de phtisie calcaire, une maladie des voies respiratoires, accompagnée de consomption. On donnait encore à cette affection le nom de pommelière, en raison du volume considérable et de la forme qu'affectent les lésions.

Tous les organes peuvent être atteints : le poumon et les ganglions lymphatiques en première ligne, les séreuses ensuite, puis le foie, l'intestin et l'utérus; enfin, la rate, la mamelle, les téguments, etc.

La lésion débute par une granulation grise, transparente, semblable au tubercule miliaire de l'homme, et qui subit d'abord la même transformation. Le centre devient opaque, jaunâtre, augmente de volume à mesure que le tubercule s'accroît, ou que sa partie périphérique se densifiant graduellement, lui constitue une sorte de membrane fibreuse, plus ou moins résistante : c'est le tubercule cru de Laënnec. Chez les bovidés, le tubercule présente cette particularité que la matière centrale opaque, ou jaunâtre, caséeuse, s'infiltre toujours très rapidement de sels calcaires.

Les bacilles s'y montrent en général en petit nombre, ainsi que nous avons pu le constater sur de nombreuses pièces recueillies au laboratoire du professeur Straus, où nous travaillions comme préparateur (2).

Sur les séreuses, les nodules restent rarement à l'état isolé; au voisinage du premier en paraissent d'autres, qui

(1) Straus. *La tuberculose et son bacille*, p. 322.

(1) Straus. Loc. cit., p. 370.

(2) Leray. *Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale*, Th. de Paris, 1895.

augmentent de volume, finissent par se fusionner en partie formant des masses mamelonnées, en choux-fleurs ou en grappes, quelquefois très volumineuses.

Dans le poumon, le centre se ramollit parfois et il se forme de véritables cavernes. La rate est rarement atteinte.

Dans la mamelle, la lésion débute par des granulations miliaires accompagnées de sclérose et de dépôts calcaires; les gros canaux excréteurs, dilatés, sont remplis d'une matière jaunâtre (Nocard).

Virchow, se basant sur certains caractères, et tout particulièrement sur la calcification des nodules, et sur la localisation des lésions, voulait en faire une affection distincte de la tuberculose.

Ce fut Villemin, en 1868, qui le premier montra leur identité : ayant inoculé à des lapins et cobayes des produits morbides provenant des deux affections, il détermina chez ces animaux une tuberculose généralisée, avec identité absolue des lésions.

Chauveau (1868) répéta ces expériences sur le veau et obtint les mêmes résultats.

Enfin Koch (1882) vint le démontrer d'une façon irréfutable, mettant en évidence, dans les deux affections, la présence d'un seul et même microbe, le bacille qui porte son nom.

La contagion est la vraie cause de la tuberculose chez les bovidés comme chez l'homme; c'est là un point sur lequel presque tous les vétérinaires sont d'accord. Souvent la maladie est importée dans une ferme, dans un canton, dans un pays indemne jusqu'alors.

« Comme pour l'espèce humaine, l'encombrement est un facteur redoutable. La tuberculose est beaucoup plus fréquente parmi les animaux soumis à la stabulation que chez ceux qu'on laisse pâturer en liberté. Elle s'observe surtout dans les étables étroites, malpropres, mal aérées.

Le principale véhicule du contage est la sécrétion grumeleuse ou muco-purulente qui s'écoule du nez des animaux et qui est projetée par les secousses de toux. Quoique cette sécrétion soit moins abondante que l'expectoration de l'homme phtisique, et que les vaches aient l'habitude d'en lécher la plus grande partie avec la langue, c'est cependant là une source de souillure pour les mangeoires, les râteliers, les auges, le plancher, etc. Cette sécrétion se dessèche, puis soulevée sous forme de poussière pulvérulente, elle est inhalée par les animaux (et aussi par l'homme ?).

Voilà pourquoi chez les bovidés comme dans l'espèce humaine, le poumon est l'organe frappé de préférence par la tuberculose (dans 80 p. 100 des cas) (1) ».

Porc. — Neuf fois sur dix, c'est par les voies digestives que le porc se contamine. L'expérimentation a montré avec quelle facilité les jeunes contractent ainsi la maladie.

Les lésions siègent sur le tube digestif et les annexes, foie, rate, ganglions. Ce sont, ou des granulations miliaires, jaunes, caséifiées, disséminées en grand nombre dans l'épaisseur du parenchyme, ou bien des nodosités arrondies de couleur blanc jaunâtre, du volume d'un pois à celui d'une noisette, de consistance ferme; sur la coupe, ces nodosités se montrent tantôt fermes, homogènes, sarcomateuses ou fibreuses en apparence; tantôt ramollies au centre; tantôt, mais rarement, infiltrées de sels calcaires.

Le poumon est rarement pris; les lésions sont identiques à celles du foie; dans ces cas, du reste, presque tous les organes sont également pris (foie, rate, rein, mamelle, etc.), indice d'une généralisation par voie sanguine.

Les bacilles sont peu nombreux.

Singe. — Le poumon peut être parsemé de granulations miliaires grises ou jaunes comme chez l'homme; mais le plus souvent on y trouve des foyers d'infiltration plus volumineux, blanchâtres puriformes, ressemblant à des pneumonies lobulaires en voie de suppuration. Rarement on observe de vrais foyers caséeux et des cavernes.

La trachée et le larynx sont parfois le siège d'ulcérations tuberculeuses; les ganglions bronchiques sont ordinairement augmentés de volume et infiltrés de tubercules. Les lésions de la plèvre sont relativement rares (Straus).

Habituellement les lésions tuberculeuses sont généralisées aux autres organes (rate, foie, intestin); comme dans le poumon, les tubercules y sont remarquables par leur tendance au ramollissement et à une sorte de colliquation puriforme : « On dirait plutôt des abcès multiples que des tubercules » (Koch). D'après cet auteur, les bacilles y seraient en petit nombre. Dans les cas que nous avons pu observer avec le professeur Straus, les bacilles étaient extrêmement abondants.

Cheval. — Affection relativement très rare, débutant le plus souvent par les voies digestives, quelquefois par les voies respiratoires.

La contagion entre chevaux a été très rarement observée, même dans des écuries nombreuses, peut-être parce que le poumon est le plus souvent envahi secondairement, et comme le cheval devient rapidement incapable de tout travail, il en résulte que les lésions n'ont pas le temps de subir le ramollissement, ce qui constitue l'agent le plus efficace de la contagion.

Les lésions, dit Nocard, sont absolument différentes de celles observées chez le bœuf ou le porc : le plus souvent, elles frappent les ganglions, la rate, le foie, le péritoine, parfois l'intestin; presque toujours, mais secondairement, le poumon.

Elles se présentent sous forme de petites tumeurs arrondies, lisses, fermes, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois ou d'une noisette, quelquefois arrivant à former une énorme tumeur.

Les bacilles s'y montrent très nombreux et sensiblement plus longs que dans les autres espèces.

L'inoculation au cobaye montre qu'ils sont identiques aux bacilles que l'on rencontre chez les autres mammifères.

Quand la maladie débute par le poumon, l'on observe des nodosités de volume variable, avec centre caséeux et enveloppe fibreuse: tantôt une apparence sarcomateuse ou carcinomateuse avec beaucoup de cellules géantes sans caséification et peu de bacilles; tantôt une pneumonie caséeuse avec dilatation bronchique. Les autres organes présentent parfois des tubercules miliaires (1).

Carnivores. — C'est Villemin qui, le premier, montra que le chien pouvait, par inoculation sous-cutanée, contracter la tuberculose.

Tappeiner reconnut qu'il était plus accessible à l'inhalation des produits tuberculeux, desséchés et pulvérisés.

Koch, par inoculation intra-péritonéale, constata que presque fatalement l'animal succombait à une tuberculose généralisée (péritoine, mésentère, foie, rate, poumon).

Viseur et Nocard ont montré combien les jeunes chats

(1) Straus. Loc. cit., p. 324.

(1) Nocard. Loc. cit., p. 176.

sont susceptibles de contracter la tuberculose par ingestion.

Les lésions de la tuberculose chez les carnivores sont éminemment variables.

Chez le chien, elles siègent de préférence sur le poumon, où elles se montrent sous forme de foyers plus ou moins étendus de broncho-pneumonie caséeuse, parsemée de petites cavernes provenant de la dilatation des bronchioles, ou de l'ulcération progressive du tissu caséifié. Souvent aussi, la rate, le foie, les reins, le cœur même, sont le siège de tumeurs résistantes, de forme et de dimension variables, d'aspect sarcomateux, que l'examen bactériologique montre dues au bacille de Koch.

Nous avons pu observer ces diverses formes au laboratoire du professeur Straus ; dans les préparations que nous avons faites de différents organes, les bacilles se sont montrés constamment plus allongés que chez les autres animaux.

Dans certaines formes d'ascite, avec liquide séreux, limpide ou jaunâtre, l'on trouve des myriades de petites tumeurs arrondies ou aplaties, blanches ou opalines, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois. En d'autres cas, la séreuse est le siège d'un épaississement considérable, à surface lisse, parsemée de saillies arrondies ou mamelonnées.

La plèvre et le péricarde présentent quelquefois des lésions analogues. L'intestin est rarement atteint.

Chez le chat, au contraire, l'on rencontre rarement de lésions des séreuses, c'est le tube digestif et ses annexes qui sont le plus souvent atteints. Par ailleurs, les lésions sont assez analogues.

Oiseaux. Gallinacés. — Chez ces animaux, l'infection semble surtout s'effectuer par les voies digestives ; c'est sur cet appareil qu'elles sont les plus marquées : le foie, la rate, le péritoine, l'intestin sont surtout le siège des lésions, qui se présentent sous forme de granulations de volume extrêmement variable, depuis un grain de mil jusqu'à une noisette ; tantôt dures, blanchâtres, fibreuses ou calcaires, tantôt ramollies au centre. Les poumons sont rarement atteints.

On y rencontre toujours des bacilles en nombre considérable, réunis par groupes, par touffes, rappelant la disposition des bacilles de la lèpre, et contenus en nombre incroyable dans de larges cellules, ne possédant généralement qu'un noyau. Ils y sont en nombre si considérable que, à un faible grossissement, et même à l'œil nu, sur les préparations colorées par le Ziehl, et décolorées par l'acide nitrique, on aperçoit leurs agglomérations, sous forme de taches roses.

D'après Nocard, les bacilles semblent généralement plus longs que ceux que l'on rencontre chez les mammifères tuberculeux ; sur nos préparations ils se sont constamment montrés beaucoup plus courts.

Le bacille de la tuberculose des oiseaux diffère de celui de la tuberculose des mammifères par de nombreux caractères ; l'aspect des cultures plus gras, plus brillant dans la tuberculose aviaire, plus sec, plus mat dans l'humaine ; la cohérence plus grande des cultures humaines, qui rend difficile l'étalement sur la lamelle ; la résistance plus grande du bacille de la tuberculose aviaire à la température, puisqu'il continue à se développer encore jusqu'à 45 degrés, alors que les cultures, provenant de l'homme ou des mammifères, cessent de croître au delà de 40 degrés.

Les effets de l'inoculation aux animaux sont également très différents : le bacille aviaire détermine toujours chez la poule une tuberculose généralisée, alors que chez certains mammifères, comme le chien, il ne produit aucun effet ; chez le cobaye, il détermine un abcès au point d'inoculation et la mort de l'animal, sans généralisation de la lésion ; chez le lapin, enfin, il provoque une septicémie rapidement mortelle.

L'inoculation de bacilles de la tuberculose des mammifères ne produit rien chez la poule, sinon une sorte de séquestre au point d'inoculation (Straus) ; chez le chien, le cobaye, le lapin, etc., il détermine une tuberculose généralisée. Nous avons décrit des différences histologiques très nettes, dans les lésions provoquées par l'un ou l'autre de ces bacilles (1).

Quoi qu'il en soit, certaines observations ont semblé indiquer l'identité des deux bacilles : ainsi Johne vit la tuberculose éclater dans un poulailler indemne jusque-là et y faire de nombreuses victimes. Une jeune fille phtisique donnait la becquée aux poules et leur faisait prendre des morceaux de pain et de viande qu'elle avait mâchés et souillés de ses crachats. En outre, on vidait journellement sur le fumier le crachoir de la malade et les poules venaient en avaler le contenu.

Nocard fit peu de temps après connaître un fait analogue : dans une basse-cour, on vit périr successivement de tuberculose abdominale 1 poule sur 10. Le foie était l'organe le premier et le plus gravement atteint, puis l'intestin, la rate, les ganglions, l'ovaire et, en dernier lieu, les poumons. Un ouvrier de la ferme, phtisique, soignait la basse-cour et disséminait ses crachats dont les poules se montraient friandes.

D'autres faits analogues avaient été publiés, suivis de faits contradictoires : Villemin, H. Martin avaient échoué dans leurs expériences d'inoculation de produits tuberculeux de mammifères aux poules. Straus et Wurtz (2) ont présenté, au Congrès de la tuberculose de 1888, 8 poules qui, pendant un intervalle de six mois à un an, ont avalé chaque jour un plein crachoir de crachats tuberculeux, riches en bacilles. Ces crachats étaient mêlés de pain trempé et les poules s'en nourrissaient avec avidité. On leur donnait en outre, mais moins régulièrement, un hachis composé de farine et de poumon d'homme tuberculeux.

Ces animaux ont absorbé de 40 à 50 kilos de crachats tuberculeux et ont tous été sacrifiés en parfait état de santé ; nulle part, on ne put constater de traces de lésions tuberculeuses. Leurs organes, inoculés à des cobayes sous la peau du ventre ou dans le péritoine, n'ont jamais déterminé de tuberculose locale ou générale.

D'autre part, certains auteurs, Cadiot, Gilbert et Roger, Courmont et Dor, Nocard, ont réussi parfois à tuberculiser ainsi des poules. Pour eux, cette tuberculose est inoculable en série et finit, chez le cobaye, à la suite de passages successifs, à reproduire le type de la tuberculose décrit par Villemin.

La question ne semble donc pas résolue d'une façon absolue.

Tuberculose du perroquet. — Le professeur Straus a publié dernièrement deux observations de lésions tuberculeuses chez cet animal et attribuées par lui au bacille de la tuberculose de l'homme.

« On sait, dit-il, que le perroquet est fréquemment atteint de tuberculose, et que, chez lui, la maladie présente plusieurs particularités qui la différencient de la tuberculose aviaire classique. »

Ces caractères particuliers sont : la fréquence des lésions

(1) Leray. Loc. cit., p. 120.
(2) Straus et Wurtz. *Congr. de la tuberculose*, 1888, p. 328.

tuberculeuses de la peau et des orifices muqueux, qui font, au contraire, le plus souvent défaut chez les poules et faisans. Ces lésions du perroquet consistent en des tumeurs grisâtres ou brunes, souvent d'apparence cornée, occupant les paupières, les conjonctives, les orifices des cavités nasales, la commissure du bec, la langue ou le plancher de la bouche, le pharynx, la peau de l'aile.

Ces croûtes se détachent facilement par traction et l'on trouve à leur insertion un tissu mou de granulation, parsemé de tubercules en voie de caséification et très riche en bacilles.

« Comme le perroquet en captivité vit, non en contact avec d'autres oiseaux, mais en contact étroit avec l'homme, il est difficile d'admettre qu'il ne soit pas infecté des produits tuberculeux d'origine humaine » ; aussi le professeur Straus a-t-il cherché à voir quels caractères ils présentaient expérimentalement.

Inoculés à des poules, ces produits ne déterminèrent aucune lésion ; elles furent sacrifiées plusieurs mois après en parfaite santé ; chez le cobaye, les lésions furent identiques à celles obtenues par inoculation de produits tuberculeux humains ou des mammifères ; enfin, chez le chien, on obtint une tuberculose miliaire confluente du poumon, comme dans la tuberculose humaine.

« Ces faits montrent que, même quand la tuberculose humaine parvient à s'implanter sur l'organisme d'un oiseau tel que le perroquet, elle ne contracte pas, par le fait de ce passage, les caractères de la tuberculose aviaire (gallinacés). Elle en diffère par ses localisations, sa marche spéciale et surtout en ce que le virus continue à garder toutes les particularités propres au virus de l'homme ou des mammifères (1). »

III

Contagion de l'homme par les animaux, et inversement de ceux-ci par l'homme. — Bien que la contagion semble la vraie cause de la tuberculose chez les bovidés comme chez l'homme, et bien que l'identité de la maladie chez les deux espèces soit bien établie, les cas authentiques de transmission de l'affection de l'une à l'autre espèce (en dehors des cas expérimentaux) sont rares.

Cozette, vétérinaire à Noyon (2), rapporte que dans une étable de 24 vaches, et où jamais on n'avait constaté de tuberculose, 2 vaches se mirent à tousser et à maigrir ; on les mit à l'engrais et, finalement, on les livra à la boucherie. Elles étaient tuberculeuses au point que l'une d'elles fut saisie.

Une troisième vache, puis une quatrième, furent bientôt prises de la même manière ; sacrifiées, elles furent reconnues également tuberculeuses.

On essaya alors la tuberculine sur les 20 vaches restantes ; 7 accusèrent la réaction caractéristique ; l'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic.

Ces 12 vaches occupaient l'un des côtés de l'étable ; les 12 restées indemnes occupant l'autre côté.

On apprit alors qu'un vacher phtisique avait couché longtemps dans l'étable, précisément au-dessus des 2 vaches atteintes les premières. Il semble non douteux que ce soit lui qui les ait contaminées par son expectoration nocturne.

M. Bigoteau (d'Aimeau) rapporte également de curieuses observations (1) : 31 de ses clients ont leur étable infectée depuis plusieurs années ; 19 d'entre eux ont vu la tuberculose frapper successivement un ou plusieurs membres de leur famille.

Bang (2) ne pense pas que la transmission de la maladie de l'homme aux animaux domestiques s'effectue fréquemment. Cependant il cite quelques faits où les choses semblent s'être passées de cette façon : ainsi, dans une porcherie de 80 porcs, parfaitement tenue, qui était demeurée saine jusqu'en 1885, survint un valet phtisique qui toussait et crachait beaucoup. Il demeura pendant quelque temps à la ferme et fut renvoyé mourant chez lui ; quelque temps après la maladie éclata parmi les porcs et en frappa un grand nombre.

Nous trouvons encore cette observation publiée en 1839 par Molin, avant toute recherche systématique sur la transmissibilité de la tuberculose : « Une femme, âgée de cinquante-huit ans, phtisique, avait un chien de chambre qui, durant une année, avala avec avidité les crachats purulents de la malade. Au bout de six mois, le chien rendait du pus en toussant ; il maigrit et succomba ; la malade se procura un autre chien, âgé d'un an ; celui-ci, quoiqu'on lui donnât du lait et de la viande, témoigna le même goût que son prédécesseur : un mois après, il devint aussi malade et mourut au bout de cinq mois ; en ouvrant la poitrine, on trouva les deux poumons presque entièrement détruits par la suppuration (1). »

Un certain nombre d'observations cliniques semblent démontrer que l'usage alimentaire de lait cru, de provenance tuberculeuse, peut déterminer la tuberculose chez l'homme.

« Le docteur Stang (d'Amorbach) fut appelé à donner des soins à un garçon âgé de cinq ans, bien constitué en apparence, né de parents sains, dont les familles du côté du père et de la mère étaient exemptes de toute maladie héréditaire ; l'enfant succomba quelques semaines plus tard aux suites d'une tuberculose miliaire des poumons, avec hypertrophie énorme des ganglions mésentériques. En pratiquant l'autopsie, on apprit que peu de temps auparavant les parents avaient fait abattre une vache que le vétérinaire de l'abattoir avait reconnue atteinte de phtisie pommelière. Cette vache était bonne laitière et pendant longtemps le garçon avait bu de son lait aussitôt après la traite (2). »

Quatre observations analogues ont été publiées par le docteur Demme, médecin en chef de l'hôpital des enfants, à Berne.

Ces 4 enfants, issus de parents sains, sans antécédents tuberculeux, tant du côté paternel que du côté maternel, sont morts de tuberculose intestinale et mésentérique, pour avoir fait usage, pendant un temps variable, du lait cru fourni par des vaches tuberculeuses. Sur près de 2 000 enfants tuberculeux soignés par Demme, en vingt ans, ce sont les seuls pour lesquels il ait pu éloigner avec certitude toute autre cause de la maladie.

Nocard (3) rapporte ce fait qui a, dit-il, presque la valeur d'une expérience : le docteur Gosse (de Genève) a perdu l'année dernière, une grande belle fille de dix-sept ans ; jus-

(1) Straus. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1896, p. 434.
(2) Cité d'après Nocard. Loc. cit., p. 119.

(1) Bigoteau, cité d'après Nocard. Loc. cit., p. 121.
(2) Straus. *La tuberculose et son bacille*, p. 326.
(3) Straus. Loc. cit., p. 604.
(4) Lydtin. *C. R. du IVe Congr. intern. vétérin. de Bruxelles*, 1883, p. 188.
(5) Nocard. Loc. cit., p. 124.

qu'à la fin de 1892, elle était restée superbe, sans avoir présenté jamais le moindre signe qui pût faire soupçonner l'existence de la tuberculose; mais vers les premiers mois de 1893, la jeune fille se mit à dépérir; pendant dix mois, tous les médecins de Genève l'examinèrent sans pouvoir en reconnaître la cause. Enfin elle succomba. Le docteur Gosse eut le courage de faire l'autopsie : il reconnut l'existence d'une tuberculose intestinale et mésentérique.

L'hérédité ne pouvait être mise en cause; aucun de ses ascendants, ni du côté du père, ni du côté de la mère, n'avait jamais paru tuberculeux. La localisation de la lésion sur les organes abdominaux permettait d'affirmer son origine alimentaire. Chaque semaine, en effet, la famille du docteur Gosse allait passer le dimanche à la montagne, dans un petit domaine héréditaire, et l'une des grandes joies de la jeune fille était de boire du lait de vache au sortir de la mamelle; peut-être ces vaches étaient-elles tuberculeuses?

L'événement montra la justesse de cette supposition; soumises à l'épreuve de la tuberculine, 4 des 5 vaches furent reconnues tuberculeuses; on les abattit aussitôt et l'autopsie permit de reconnaître que 2 d'entre elles avaient de la mammite tuberculeuse (1).

Straus rapporte un certain nombre d'observations de ce genre : « Ces faits, dit-il, dont il serait aisé de multiplier les exemples, n'apportent pas de preuves certaines à l'appui de l'infection par le lait; cependant, quelques-uns d'entre eux rendent assez vraisemblable ce mode d'infection (2). »

L'on peut rapprocher de ces faits les observations authentiques d'inoculation accidentelle.

Tscherning (de Copenhague) a soigné un vétérinaire qui s'était blessé au doigt en faisant l'autopsie d'une vache tuberculeuse. Trois semaines après l'accident, la petite plaie étant déjà guérie, les parties voisines se gonflèrent et, un peu plus tard, la tuméfaction s'excoria et suppura. L'état local s'aggravant, malgré un traitement approprié, Tscherning dut intervenir chirurgicalement; il extirpa toute la partie gonflée, dans laquelle le microscope montra des tubercules avec bacilles; l'inoculation n'eut pas d'autres suites et ce vétérinaire est aujourd'hui professeur à l'École de Copenhague (3).

« Un vétérinaire de Weimar, Moses, en pratiquant l'autopsie d'une vache tuberculeuse, en 1885, trente-quatre ans, d'une bonne constitution, sans prédisposition héréditaire, se blessa profondément au pouce de la main gauche; mais six mois après, on constatait une tuberculose cutanée au niveau de la cicatrice; dès l'automne de 1886, le malade présentait des signes non équivoques de tuberculose pulmonaire; ses crachats renfermaient des bacilles; il succombait deux ans et demi après la blessure. A l'autopsie, on constatait une arthrite tuberculeuse du pouce inoculé et des cavernes pulmonaires (4). »

IV

TUBERCULOSE PAR INGESTION. DANGERS DE LA VIANDE ET DU LAIT PROVENANT D'ANIMAUX TUBERCULEUX. LA LÉGISLATION A CET ÉGARD. — Étant donné ces notions, d'une part, que tuberlose et pommelière ne sont qu'une seule et même maladie; d'autre part, que la pommelière est une maladie fréquente chez les bovidés, dont la viande entre pour une si large part dans l'alimentation de l'homme, la question s'imposait de savoir si la transmission pouvait se faire de l'une à l'autre espèce, et en particulier, si la viande d'animaux tuberculeux constituait un danger pour l'homme.

Chauveau (1), le premier, expérimenta en ce sens : il fit ingérer à des veaux des produits tuberculeux, provenant de l'homme ou de bœufs, et vit les animaux succomber quelques semaines plus tard, considérablement amaigris. A l'autopsie il constata une tuberculose généralisée avec prédominance des lésions sur l'intestin et le mésentère.

Villemin obtint le même résultat, en faisant ingérer à des lapins et cobayes des fragments d'organes tuberculeux (2).

De nombreux expérimentateurs, Parrot, Klebs, Toussaint, Baumgarten, Viseur, Nocard, etc., répétèrent ces expériences avec des produits divers et sur différents animaux : lapins, cobayes, chats, chiens, porcs, etc., et déterminèrent, dans le plus grand nombre des cas, une tuberculose généralisée.

De ces recherches, il ressort clairement que la tuberculose peut résulter de l'ingestion des produits tuberculeux.

Un autre fait s'en dégage, c'est que la réceptivité varie beaucoup suivant les espèces : les bœufs, porcs, moutons, chèvres, contractent ainsi, beaucoup plus facilement, la tuberculose que les carnassiers, chiens et chats. Les cobayes et lapins sont relativement faciles à infecter. Les jeunes animaux sont beaucoup plus sensibles que les vieux.

« Si l'on fait un relevé des expériences, ainsi que Biedert qui s'en est occupé avec un soin particulier, on constate que le nombre des cas négatifs à la suite de l'ingestion même prolongée de produits tuberculeux chez des animaux très réceptifs, ne laisse pas que d'être considérable (Straus).

Cela prouve la nécessité pour la réussite de l'expérience de conditions dont la plupart nous échappent encore. Il est probable que des troubles préalables de la fonction digestive, en diminuant la résistance de l'épithélium, favorisent la pénétration des bacilles et l'infection tuberculeuse.

Ainsi que l'ont montré les expériences de Falk, de Wesener, celles que j'ai faites avec Wurtz, le suc gastrique est impossible d'exercer une action destructive bien appréciable sur le bacille de la tuberculose, puisque nous avons reconnu que des cultures pures de bacilles, mises en contact avec le suc gastrique du chien, pendant dix-huit heures, paraissent encore vivantes et virulentes au bout de ce temps. La résistance, en somme assez grande, que les animaux opposent à la pénétration des bacilles par les voies digestives, doit donc tenir surtout à la protection du revêtement épithélial de la muqueuse (3). »

L'infection tuberculeuse par les voies digestives, existe sûrement aussi chez l'homme; elle peut être secondaire ou primitive. La tuberculose intestinale secondaire est de beaucoup la plus commune; on sait combien sont fréquentes chez les poitrinaires, à une certaine période, les ulcérations tuberculeuses de l'intestin; il est infiniment probable qu'elles sont déterminées par la déglutition des crachats virulents. Mosler a signalé le fait intéressant que les phtisiques aliénés qui avalent presque constamment leurs crachats, présentent, relativement aux phtisiques ordinaires,

(1) NOCARD. Loc. cit., p. 125.
(2) STRAUS. Loc. cit., p. 655.
(3) *C. R. du Congr. pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1888.
(4) NOCARD. Loc. cit., p. 122.

(1) CHAUVEAU. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1868, t. XXXIII, p. 1097.
(2) VILLEMIN. De la propagation de la phtisie, *Gaz. hebd.*, 1869, p. 260.
(3) STRAUS. Loc. cit., p. 615.

une proportion notablement plus grande de tuberculose intestinale, avec des lésions exceptionnellement étendues (Straus).

La tuberculose primitive est beaucoup plus rare, chez l'adulte du moins. Chez les jeunes enfants, au contraire, elle s'observe fréquemment, constituant ce que l'on appelle la phtisie mésaraïque ou carreau.

Elle résulte, selon toute probabilité, de l'ingestion de produits tuberculeux, et particulièrement de lait de provenance tuberculeuse.

La proportion beaucoup plus considérable de la tuberculose intestinale chez les jeunes enfants, confirme ce que l'expérimentation a révélé sur la réceptivité plus grande des jeunes animaux pour la tuberculose par ingestion.

Si les voies digestives peuvent constituer une porte d'entrée pour le virus tuberculeux, il faut du moins remarquer que, dans les expériences relatées jusqu'ici, on n'opérait qu'avec des organes présentant des lésions manifestes et renfermant, par conséquent, en général, des quantités considérables de bacilles. Ce ne sont pas ces organes qui sont à redouter, vu qu'ils ne sont, pour ainsi dire, jamais livrés à la consommation; et il importe davantage de savoir si l'usage de la viande ou du lait provenant d'animaux tuberculeux, constitue réellement un danger pour l'homme.

Longtemps, dit Nocard, on a cru que la tuberculose était une maladie virulente dans l'acception ancienne du terme, une maladie générale « totius substantiæ », au point que toutes les parties de l'organisme malade (tissus, humeurs) possèdent en soi le germe même de l'affection.

Cette conception de la virulence tuberculeuse reçut des expériences de Toussaint une force nouvelle. Toussaint, recueillant sur une vache phtisique les produits les plus divers, sang, jetage, bile, urine, larmes, jus de viande, vaccin, matières excrémentitielles, etc., rendait tuberculeux tous les sujets d'expérience auxquels il les inoculait.

« Il est certain que Toussaint a été victime d'une erreur expérimentale, d'une de ces contaminations accidentelles si fréquentes en matière de tuberculose; car toutes les expériences qu'on a faites depuis, et le nombre en est formidable, prouvent que, dans l'immense majorité des cas, la virulence réside exclusivement dans les lésions tuberculeuses; mais il est clair que, si la matière tuberculeuse est seule virulente, tous les produits auxquels cette matière est mélangée, en quelque proportion que ce soit, deviennent virulents à leur tour (1). »

Déjà Colin avait obtenu des résultats négatifs, quant à la constance de l'infection tuberculeuse par les voies digestives (2).

Koch considère comme très rare la tuberculose primitive de l'intestin, et admet que cela tient sans doute à ce que le tube digestif constitue encore un terrain plus défavorable que les voies respiratoires, pour le développement naturellement si lent du bacille de la tuberculose.

Nocard, expérimentant l'effet du suc de viande de vaches tuberculeuses, en évitant avec soin toute cause d'erreurs, obtint les résultats suivants: sur 21 de ces animaux atteints de tuberculose généralisée et dont la plupart avaient été l'objet d'une saisie totale à l'abattoir, il préleva avec pureté des fragments de muscles, au centre des gros adducteurs de la cuisse. Le suc de ces muscles fut exprimé à l'aide

(1) Nocard. *Tuberculoses animales*, p. 126.
(2) Colin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1873, p. 557.

d'une presse à viande et inoculé à la dose de 1 centimètre cube, dans le péritoine de cobayes; 1 seul sur 84 inoculés contracta la tuberculose. Ce qui montre bien que, si le suc musculaire des bovidés tuberculeux peut être virulent, cette virulence est du moins tout à fait exceptionnelle.

On sait, depuis Viseur, combien les jeunes chats sont sensibles à l'ingestion des matières tuberculeuses. Nocard fit également des expériences sur ces animaux : « J'ai nourri plusieurs portées de jeunes chats avec de la viande de bovidés saisis aux abattoirs de Grenelle ou de la Villette, comme atteints de tuberculose généralisée, jamais aucun d'eux n'est devenu tuberculeux; au contraire, tous les témoins (à qui je faisais manger un peu de poumon, de foie ou de ganglions tuberculeux) succombaient avec une tuberculose abdominale en un temps variant de six semaines à cinq mois (1).»

Nocard n'a jamais réussi à donner la tuberculose par l'injection intra-péritonéale de sang recueilli purement sur des bovidés tuberculeux.

Galtier (2) a présenté le résultat d'expériences qui ont consisté à nourrir presque exclusivement de viande crue, provenant d'animaux tuberculeux, des chiens, des chats, des poules et des cobayes. Aucun de ces animaux n'a contracté la maladie.

Perroncito a publié des expériences aussi probantes : dix-huit porcelets ont été nourris pendant trois, quatre et cinq mois, avec des viandes provenant de bovidés tuberculeux saisis à l'abattoir de Turin; à l'autopsie, aucun de ces animaux n'a été trouvé tuberculeux.

Deux cents cobayes et autant de lapins ont reçu sous la peau du ventre et dans le péritoine du jus de provenance tuberculeuse, exprimé par la presse à viande. Aucun n'est devenu tuberculeux.

Deux bovidés reçurent de ce même suc en injections sous-cutanées; sacrifiés six mois plus tard, ils étaient absolument sains (Straus).

Steinheil inoculant, dans le péritoine de cobayes, du suc retiré par la presse, de muscles prélevés sur les cadavres d'individus de l'espèce humaine, morts de phtisie avancée, obtint souvent des résultats positifs.

Straus, expérimentant dans les mêmes conditions, rendit sept cobayes tuberculeux sur onze qui furent soumis à l'expérience.

Kastner, après une première série d'expériences où les résultats obtenus étaient négatifs, reprit ces expériences avec du suc de viande provenant de bestiaux atteints de phtisie très avancée, viande dont la consommation avait été interdite. Chez ces bovidés, les lésions tuberculeuses extrêmement étendues et généralisées à la plupart des organes splanchniques, au lieu d'être calcifiées présentaient la dégénérescence caséeuse comme chez l'homme (Straus).

Le résultat de ces inoculations pratiquées dans le péritoine de cobaye fut positif. La virulence des tissus musculaires s'observe donc chez les bovidés comme chez l'homme, quand la tuberculose est profonde et arrivée à son stade ultime.

Bang considère le tissu musculaire comme un mauvais terrain pour la vie et la multiplication du bacille de la tuberculose.

Une série d'inoculations qu'il fit, avec du sang de vaches

(1) Nocard. Loc. cit., p. 135.
(2) Galtier. *Congr. pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1888, p. 76.

arrivées au dernier degré de la phtisie, lui donnèrent dix-huit résultats négatifs et deux positifs. Il pense que « la mesure consistant à saisir les viandes de n'importe quel animal est excessive. Aussi longtemps que la tuberculose est nettement localisée, la viande n'offre pas de danger. Celui-ci commence lorsque la maladie est généralisée, quoique là encore il ne paraisse pas très grand. Il faudrait s'abstenir de manger de la viande crue ou mal cuite ».

Quand un bœuf ou une vache atteints de pommelière sont arrivés à l'état de consomption ou de phtisie avancée, le problème est facile à résoudre : l'interdiction de livrer cette viande est tout indiquée; cette prescription sanitaire est presque commandée par la nature des choses et on s'y conformait généralement dans la pratique, avant même que le cri d'alarme contagionniste se fût élevé.

« Mais la tuberculose dans l'espèce bovine est compatible, surtout lorsqu'elle est pulmonaire, avec la conservation du fonctionnement régulier de l'appareil digestif, et dans ce cas, les animaux tirent partie de leurs aliments, non seulement pour le bon entretien de leurs muscles, mais aussi pour la formation des réserves de graisse, de telle sorte qu'on peut se trouver à l'abattoir, en présence tout à la fois et de lésions tuberculeuses incontestables et de viandes qui ont le plus bel aspect impliquant leurs qualités alibiles » (Bouley).

Si l'on se place au point de vue rigoureusement scientifique, dit Straus, on doit la retirer de la consommation, par cela même qu'elle est suspecte. Mais dans la pratique, les choses ne se laissent pas trancher avec cette simplicité et, en réalité, il s'agit d'un des problèmes les plus délicats et les plus controversés qui se posent au vétérinaire et à l'hygiéniste.

« En Allemagne, on a recours à une pratique intermédiaire entre la saisie totale et la tolérance complète et qui permet à l'inspecteur de se tirer d'embarras dans la plupart des cas : c'est l'usage du freibank, étal de basse boucherie, où l'inspecteur envoie la viande suspecte avec une étiquette indiquant la provenance, le motif de son meilleur marché et recommande à l'acheteur de bien faire cuire la viande » (Straus).

Arloing s'élève, avec raison, contre cette pratique : « Je fais, dit-il, au freibank les reproches les plus vifs. Si la viande ainsi débitée était toujours mangée par celui qui l'achète, on serait à peu près sûr qu'elle serait soumise à une cuisson suffisante pour la rendre inoffensive; mais comme elle peut être achetée par des restaurateurs qui ont intérêt à en cacher la provenance, elle sera servie sous toutes ses formes à des gens sans défiance. Je trouve donc la mesure fort imparfaite; elle ne peut profiter qu'au restaurateur au détriment du consommateur (1). »

Il faut remarquer, dit Straus, que le règlement interdit en Allemagne, aux bouchers et aux restaurateurs de s'approvisionner de viande, et que l'on ne délivre jamais plus de 5 kilogrammes au même acheteur.

Arloing se montre absolument opposé aux pratiques de tolérance qui consistent à ne saisir comme dangereuses que les viandes de bœufs étiques, de ceux atteints de tuberculose plus ou moins généralisée, et à autoriser la vente de la viande des animaux en bon état de chair et de graisse. Il rappelle qu'on a vu des bœufs tuberculeux primés comme bœufs gras, et rien ne prouve, pense-t-il, que ces viandes de belle apparence soient moins virulentes que la viande des animaux étiques. Il ajoute que ces viandes de belle apparence sont peut-être plus dangereuses que les viandes maigres, saignantes ou mal cuites. Aussi se prononce-t-il pour l'interdiction absolue de toute viande provenant d'un animal tuberculeux, quelle que soit la bonne qualité apparente de la viande, si limitées que soient les lésions tuberculeuses.

Nous avons vu que le nombre énorme d'expériences instituées sur cette question ne se sont pas montrées conformes à ces vues et que ce n'est que dans des cas absolument exceptionnels que l'on a pu mettre en évidence la présence de bacilles dans les muscles d'animaux tuberculeux, sauf lorsque l'on s'adressait à des individus arrivés aux dernières périodes de la maladie.

Le décret ministériel, paru le 18 juillet 1888, fut moins sévère que ne l'avait été le vote des membres du Congrès de la tuberculose quelques jours plus tôt, vote par lequel ils demandaient, à la suite d'Arloing, la saisie absolue.

Ce décret inscrivait la tuberculose des animaux domestiques, parmi les maladies contagieuses visées par la loi du 21 juillet 1881 ; les dispositions générales de cette loi : la déclaration, l'isolement, l'interdiction de vente, sont donc désormais applicables aux animaux atteints ou soupçonnés d'être atteints de tuberculose.

Voici les articles de cet arrêté visant spécialement les cas de tuberculose :

Art. 9. — Lorsque la tuberculose est constatée sur des animaux de l'espèce bovine, le préfet prend un arrêté pour mettre ces animaux sous la surveillance du vétérinaire sanitaire.

Art. 10. — Tout animal reconnu tuberculeux est isolé et séquestré. L'animal ne peut être déplacé, si ce n'est pour être abattu. L'abatage a lieu sous la surveillance du vétérinaire sanitaire, qui fait l'autopsie de l'animal et envoie au préfet le procès-verbal de cette autopsie, dans les cinq jours qui suivent l'abatage.

Art. 11. — Les viandes provenant d'animaux tuberculeux sont exclues de la consommation :

1° Si les lésions sont généralisées, c'est-à-dire non confinées exclusivement dans les organes viscéraux et leurs ganglions lymphatiques;

2° Si les lésions, bien que localisées, ont envahi la plus grande partie d'un viscère ou se traduisent par une éruption sur les parois de la poitrine ou de la cavité abdominale.

Ces viandes exclues de la consommation, ainsi que les viscères tuberculeux, ne peuvent servir à l'alimentation des animaux et doivent être détruites.

Art. 12. — L'utilisation des peaux n'est permise qu'après la désinfection.

Art. 13. — La vente et l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses sont interdits. Toutefois le lait pourra être utilisé sur place, pour la nourriture des animaux, après avoir été bouilli.

L'on a fait à ce décret des critiques justifiées : Nocard remarque qu'il ne porte aucune mesure contre les animaux qui ont vécu avec l'animal reconnu malade; que, quant à l'article 10, exigeant que l'animal reconnu tuberculeux soit isolé et séquestré, il est un peu excessif. En effet, si le vétérinaire était réduit aux seules ressources de la clinique, c'est-à-dire quand la maladie était arrivée à une période assez avancée de son évolution, pour que l'animal devînt

(1) Arloing. *Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies*, Paris 1892, p. 378.

dangereux au point de vue de la contagion, l'application de cet article serait pleinement justifiée, mais aujourd'hui que la tuberculine permet d'affirmer l'existence de toute lésion tuberculeuse, si minime qu'elle soit, il serait absurde de l'appliquer (1).

Arloing, de son côté, s'élève contre l'insuffisance du décret : il signale comme dangers les caprices de telle ou telle municipalité, la tolérance plus ou moins grande des inspecteurs de boucherie, qui sont souvent obligés de faire la part des éleveurs, des bouchers, et même des consommateurs menacés d'une élévation du prix de la viande. Enfin, et par-dessus tout, le danger inhérent à l'usage de la viande de provenance tuberculeuse.

Dans la campagne, en effet, le trafic de la viande s'exerce sans aucun contrôle ; dans les grandes villes, le danger n'est pas moindre, puisqu'il y entre de grandes quantités de viandes, sous forme de viandes mortes, c'est-à-dire privées de viscères, et qu'on ne peut dès lors savoir s'il existait ou non des lésions.

Pour éviter de pareils résultats, les inspecteurs devraient exiger que les viandes mortes fussent introduites non par quartiers, mais par moitiés, avec les poumons et le foie (Galtier).

On peut se faire une idée de l'importance de ces viandes foraines, dans l'approvisionnement de certaines villes, puisque l'on vend aux Halles centrales de Paris 40 millions de ces viandes ayant pénétré en ville sans viscères (Villain).

« Pour plus de logique et de simplicité, concluait Arloing, nous demandons que l'on adopte partout le principe de la saisie totale, dans tous les cas indistinctement. »

Une telle mesure appliquée à la totalité de la viande des animaux atteints, à un degré quelconque, de tuberculose, amènerait la saisie et la destruction de quantités énormes de viandes, entraînant pour un pays comme la France une perte annuelle, peut-être, d'une dizaine de millions, plus grande encore dans les contrées où la tuberculose des animaux domestiques est plus fréquente que chez nous (Straus). Il est certain que cette perte se traduirait par une augmentation proportionnelle du prix de revient de la viande, déjà trop élevé pour les classes nécessiteuses.

Assurément, si le danger des viandes de provenance tuberculeuse était bien établi, si ce danger était démontré expérimentalement d'une façon certaine, toute hésitation serait coupable : il faudrait se prononcer pour la prohibition absolue. Mais les faits prouvent qu'il n'en est pas ainsi : le péril est très faible, si tant est qu'il existe.

« Ce péril, en admettant qu'il soit réel, est pour ainsi dire négligeable, si on le compare aux causes bien autrement puissantes de contamination tuberculeuse qui résultent de la dissémination des crachats, de la mauvaise tenue et de la malpropreté des habitations, de l'encombrement, de la promiscuité des phtisiques avec les sujets sains, sans parler de la misère, de la mauvaise alimentation, et d'autres causes d'ordre hygiénique qui facilitent indirectement l'infection tuberculeuse de l'homme. Il faut donc bien peser si le sacrifice imposé à la société par les mesures draconiennes de la saisie totale, le renchérissement de la vie qui en résulterait, n'entraîneraient pas des suites plus fâcheuses que le danger purement éventuel que ces mesures seraient destinées à écarter. Sans doute, la solution radicale, telle qu'elle est proposée, est celle qui, en apparence, satisfait le mieux aux exigences de la science et dégage toutes les responsabilités; mais dans la pratique, le problème est plus complexe et ne supporte pas cette solution. Pour ma part, je partage pleinement à cet égard l'opinion sagement défendue par Nocard, et qui, du reste, à l'heure actuelle, tend à prévaloir presque partout en Europe : on ne doit saisir la viande des animaux tuberculeux, si cette viande est de bonne qualité apparente, que si la tuberculose est généralisée au sens propre du terme. Du reste, au Congrès international d'hygiène, qui s'est tenu à Londres, au mois d'août 1891, les idées de la modération dans la saisie ont prévalu à une grande majorité (1). »

Pour éviter absolument tout danger, il suffirait de cuire suffisamment la viande : « Il faudrait donc renoncer à l'habitude qui nous gagne, il est vrai de plus en plus, de manger la viande de bœuf saignante : comme le fait remarquer Vallin, il faudrait demander que les parties centrales, au lieu d'être franchement rouges, fussent gris rosé; c'est ainsi qu'on mangeait partout la viande, en France, il y a une quarantaine d'années; quand elle présente cet aspect, c'est une preuve qu'elle a été soumise à une température de plus de 70 degrés, température suffisante pour coaguler l'albumine et aussi pour tuer le bacille de Koch. Quand il y a indication formelle à employer la viande saignante ou crue, il y a avantage à substituer à la viande de bœuf celle de mouton, chez lequel la tuberculose spontanée est excessivement rare (2). »

Danger du lait. — De nombreuses expériences ont été faites pour déterminer jusqu'à quel point l'usage du lait provenant d'animaux tuberculeux était dangereux : les résultats n'ont pas été concordants.

Bollinger (1879) annonça que le lait d'animaux tuberculeux, dont la mamelle est saine, peut néanmoins, injecté dans le péritoine, déterminer la tuberculose chez le porc.

En 1883, May, opérant sur des cobayes, obtint des résultats négatifs, sauf 1 cas où il s'agissait de tuberculose miliaire généralisée avec tubercules mammaires.

Bang (1884), sur 21 cas, dans lesquels les vaches étaient des tuberculeuses avérées, sans lésions de la mamelle, 2 fois seulement obtint des résultats positifs.

Dans de nouveaux documents, Bang (1891) rapporte que sur 58 vaches, dont le lait fut inoculé à des cobayes et des lapins, 9 fois le résultat fut positif. Dans ces cas, la tuberculose était très avancée; 3 fois il y avait une mammite tuberculeuse ; dans un autre cas, les ganglions supra-mammaires étaient tuberculeux.

Galtier n'a constaté la virulence du lait chez les vaches phtisiques qu'autant que la mamelle elle-même était tuberculeuse.

De toutes ces recherches, il ressort que le lait n'est infecté que s'il y a tuberculose de la mamelle. Mais les lésions souvent passeront inaperçues ; elles peuvent se réduire à quelques follicules tuberculeux microscopiques, ou même à des tubercules miliaires, qui, perdus au milieu des acini glandulaires, seront difficiles à voir à l'œil nu, sauf quand ils sont crétacés (Straus).

« Mais il faut se rappeler que, pour mettre en évidence l'infectiosité tuberculeuse du lait, on a eu recours, dans l'immense majorité des cas, à l'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale, infiniment plus dangereuse que l'inges-

(1) Nocard. Loc. cit., p. 151.

(1) Straus. Loc. cit., p. 639.
(2) Straus. Loc. cit., p. 641.

tion dans les voies digestives. Sans nier le danger qui peut découler de l'usage du lait tuberculeux, il ne faut pas non plus se l'exagérer, surtout quand il ne s'agit pas de personnes qui en fassent leur nourriture exclusive ou principale, comme les enfants en bas âge ou certains malades.

De toute façon, il est bien aisé de se mettre à l'abri des dangers que peut faire courir un lait suspect (et tout lait dont la provenance n'est pas bien assurée doit être tenu pour suspect), c'est de le soumettre à l'ébullition. Tout lait servant à l'alimentation doit être bouill ; c'est un préjugé absurde de croire que le lait, chaud encore du pis, est excellent pour les enfants et les convalescents. Le lait bouilli, pour les adultes comme pour les enfants, est au moins aussi facile à digérer que le lait cru. L'ébullition, à laquelle on doit toujours le soumettre, a pour résultat non seulement de tuer le bacille de la tuberculose, si par hasard il y existe, mais encore et surtout de détruire les innombrables autres microbes qui se développent si abondamment et si rapidement dans le lait abandonné à lui-même et qui déterminent des fermentations stomacales et intestinales, particulièrement fréquentes et funestes chez les enfants, surtout pendant la saison chaude (1). »

Malgré quelques expériences de Bang, Galtier, Heim, etc., qui semblent démontrer que le beurre et le fromage peuvent conserver longtemps vivants les bacilles de la tuberculose, on peut manger sans crainte du beurre et du fromage, même de provenance inconnue : on sait, en effet, que l'ingestion n'est dangereuse qu'autant que la matière est très riche en bacilles et qu'elle est ingérée en grande quantité ; or, le petit lait retient la plupart des bacilles contenus dans le lait tuberculeux, et le beurre et le fromage n'entrent que pour une petite part dans l'alimentation de l'homme. Le danger qu'ils peuvent présenter théoriquement est donc pratiquement nul.

Tel est l'avis de Nocard, c'est aussi celui de Straus.

V

Prophylaxie; avantages de l'emploi de la tuberculine. — L'arrêté du 28 juillet 1888 est loin, nous l'avons vu, de répondre aux désidérata des moyens à opposer contre l'affection tuberculeuse.

Les critiques ne lui ont pas manqué, non plus que les moyens d'y remédier ou d'en augmenter les effets.

« C'est à restreindre et à détruire la maladie dans sa source qu'il faudrait s'appliquer (Straus). La bonne tenue et la désinfection des étables réaliseraient déjà un grand progrès, mais comment espérer l'obtenir pour les animaux, alors que, pour l'homme lui-même, la société est encore impuissante à réaliser les mesures hygiéniques et prophylactiques capables de restreindre la tuberculose! Dans toute exploitation, dans toute étable où l'on a constaté l'existence du mal, il faudrait isoler les bêtes malades ou suspectes, les exclure absolument de la reproduction et les préparer pour la boucherie, de façon à en tirer le meilleur parti possible et à supprimer toute chance de contagion. L'exploitation ainsi expurgée, devrait être désinfectée, et mise à l'abri de toute infection nouvelle par l'introduction de sujets de provenance douteuse. Tout cela nécessiterait une surveillance éclairée des exploitations agricoles, des visites sanitaires régulières et tout un ensemble de mesures restrictives dont les frais ne laisseraient pas que d'être considérables ; l'assurance obligatoire, avec indemnisation, paraît être le moyen le plus approprié à la solution pratique de ce difficile problème (1). »

Sans attendre que l'arrêté soit modifié, agriculteurs, éleveurs, nourrisseurs ou engraisseurs pourraient, chacun dans leur domaine, lutter contre l'affection (Nocard).

S'il y a peu d'années encore, le vétérinaire se trouvait dans l'impossibilité presque absolue de formuler un diagnostic précis, les symptômes cliniques étant le plus souvent très vagues, sauf les cas de maladie avancée, il n'en est plus ainsi aujourd'hui, et l'on possède en la tuberculine un moyen des plus précieux pour faire un diagnostic précoce.

Si chez l'homme, par les accidents graves que son emploi a parfois provoqués, ce produit n'a pas répondu aux espérances qu'un moment d'engouement avait pu donner, il faut du moins reconnaître que le vétérinaire a trouvé en lui un auxiliaire dont fréquemment il peut faire usage.

L'emploi raisonné de la tuberculine, dénonçant tous les animaux malades dès le début, permettra de les isoler, de les exclure absolument de la reproduction et les préparer pour la boucherie, de façon à en tirer le meilleur parti possible en supprimant toute chance de contagion.

« Les jeunes échappant pour la plupart à l'infection, l'élevage ne serait pas compromis et les vides pourraient être comblés en quelques années.

Il est clair que l'exploitation, une fois assainie, devrait être maintenue à l'abri d'une infection nouvelle ; il suffirait pour cela de ne plus y introduire d'animaux nouveaux sans les avoir soumis à l'épreuve de la tuberculine.

Grâce à ces moyens simples, les propriétaires d'animaux pourraient d'eux-mêmes, à peu de frais, sans rien demander à l'État, s'affranchir du lourd tribut qu'ils paient chaque année à la tuberculose » (Nocard).

L'emploi de la tuberculine ne devra pas être limité aux bovidés, aux porcs, aux animaux de boucherie ; la prudence la plus élémentaire exige que la chèvre, si souvent utilisée comme nourrice, y soit également soumise; que le chien, surtout le chien d'appartement qui projette sur le parquet, les tapis ou le lit, pendant les quintes de toux, des matières virulentes rendues extrêmement dangereuses pour les enfants, ses habituels compagnons de jeu, subisse également cette épreuve.

L'on voit donc quels services on peut attendre de la tuberculine, et si, pour l'homme, on doit se borner à un examen clinique soigneux et à l'examen bactériologique des crachats, chez les animaux, au contraire, on n'a pas à craindre d'user largement de ce produit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 16 décembre 1896. — Question orale posée : Canal inguinal. — Hernies inguinales congénitales chez l'homme.

Notes. — MM. Brécy, 23 + 8 = 31. — Arnal, 24 + 13 = 37. — Guéry, 25 + 16 = 41. — Pagniez, 23 + 15 = 38. — Dardel, 22 + 15 = 37. — Chevrey, 24 + 13 = 37. — Couvelaere, 27 + 17 = 44. — Ravaut, 23 + 18 = 41. — Roche, 21 + 9 = 30. — Pédeprade, 26 + 19 = 45.

— Un service de bout de l'an sera célébré le 22 décembre 1896, à midi très précis, en l'église Saint-Augustin, pour le repos de

(1) Straus. Loc. cit., p. 648.

(1) Straus. Loc. cit., p. 327.

l'âme du docteur O. Terrillon, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière, décédé le 22 décembre 1895.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Billard, préparateur de bactériologie et de physiologie, est nommé chef des travaux de physique, en remplacement de M. Bardier.

M. Vieusse, agrégé, est chargé d'un cours de clinique ophtalmologique.

— *École de médecine de Rennes.* — Sont nommés professeurs, à dater du 1er janvier 1897, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Berteux, clinique médicale; Dayot, clinique chirurgicale; Blin, thérapeutique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE





N° 147. — MARDI 22 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. MARDI 22 DÉCEMBRE 1896. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 décembre 1896.

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu, aujourd'hui lundi 21 décembre, sous la présidence de M. Cornu. Après un discours du président, proclamation a été faite des prix décernés en 1896, parmi lesquels nous relevons les suivants :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Deux prix sont décernés à MM. les docteurs Sigismond, Laskowski et Legrain. — Un troisième prix est partagé entre MM. Imbert et Bertin-Sans, d'une part, et MM. Oudin et Barthélemy, de l'autre. — Trois mentions sont attribuées à MM. les docteurs Comby, Brocq et Jacquet, Broca et Mauriac. — Une citation est accordée à MM. Dignat, Viry, médecin principal de première classe, et Gils, médecin-major de première classe.

Prix Montyon. — *Statistique.* — Le prix est décerné : 1° au comité d'assurances à primes fixes sur la vie; 2° à M. le docteur Huguet, médecin-major de deuxième classe. — Une mention très honorable est attribuée à Mme Pégard, et une mention honorable à M. G. Baudran.

Prix Barbier. — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Bertrand et Fontan, et M. le docteur Raynaud. Une mention très honorable est attribuée à M. le docteur Moreigne.

Prix Bréant. — Le prix est décerné à M. Rénon, et à MM. Netter et Thoinot.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur Max Melchior (de Copenhague). Une mention très honorable est attribuée à M. le docteur Paul Delbet.

Prix Serres. — Le prix est partagé entre M. Mathias-Duval et M. Alfred Giard. Une mention est attribuée à M. Laguesse.

Prix Bellion. — Le prix est décerné à M. le docteur de Brun. Une mention honorable est attribuée à M. Bodin.

Prix Mège. — Le prix est décerné à M. le docteur Mauclaire.

Prix Lallemand. — Le prix est décerné à M. Raphaël Dubois.

Prix du baron Larrey. — Le prix est décerné à M. le professeur Edmond Delorme.

Prix Montyon. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à M. Contejean. Une mention honorable est attribuée à M. Pagès.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. le docteur Joachimsthal (de Berlin).

Prix Philipeaux. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à M. Tissot.

Prix Gay. — Le prix est décerné à M. André Delebecque.

Prix Jecker. — Le prix est partagé entre MM. Matignon, Auger, Bouveault et Genvresse.

Prix Vaillant. — Question proposée en 1894 et remise au concours de 1896. — Le prix est décerné à M. A. Guye.

Prix Vaillant. — Question proposée pour 1896. — Le prix est décerné à M. Charles Lallemand.

Prix Fontannes. — Le prix est décerné à M. Douvillé.

Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. Em. Bescherelle.

Prix Montagne. — Un encouragement est accordé à M. Flagey.

Prix Thore. — Le prix est décerné à M. Charles Janet.

Prix Savigny. — La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu cette année de décerner le prix.

Prix Montyon. — *Arts insalubres.* — Le prix est décerné à M. Émile Cacheux.

Prix Trémont. — Le prix est décerné à M. Frémont.

Prix Gegner. — Le prix est décerné à M. Paul Serret.

Prix Delalande-Guérineau. — Le prix est décerné au capitaine Toutée.

Prix Jean Reynaud. — Le prix est décerné à M. Henri Poincaré, membre de l'Académie des sciences.

Prix Jérome Ponti. — Le prix est décerné à MM. Benoit, Chapuis et Guillaume.

Prix Leconte. — *Arrérages.* — Le prix est décerné à M. J. Roussel et à M. Henneguy.

Prix Tchihatchef. — Le prix est décerné au prince Henri d'Orléans.

Prix Houllevigue. — Le prix est décerné à M. Joannis.

Prix Cahours. — Le prix est partagé entre MM. Frundler, Lebeau, Hebert et Varet.

Prix Saintour. — Le prix est partagé entre MM. Guntz et Renault.

Prix Laplace. — Le prix est décerné à M. de Nanteuil de la Morville.

Prix Rivot — Le prix est décerné à MM. de Nanteuil de la Morville, Dutilleul, Balling et Leroux.

La séance du 18 décembre étant la dernière de l'année, la Société médicale des hôpitaux a entendu le rappor tannuel de son secrétaire général, M. Rendu, sur les travaux de l'année, et une notice biographique sur les membres qu'elle a perdus en 1896 : Labric, C.-Paul, Girode, Hanot et Straus,

Il eût fallu y ajouter G. Sée, mais celui-ci avait donné sa démission il y a vingt ans. M. Rendu s'acquitte chaque année de cette tâche avec un véritable talent; dans ses notes biographiques, il excelle à donner la note juste.

La séance proprement dite a été très courte. M. Fernet avait, on se le rappelle, présenté à une séance antérieure un malade atteint probablement d'une tumeur du médiastin et, un autre, chez lequel le cœur battait à droite. Des photographies faites à l'aide des rayons de Röntgen ont montré qu'il y avait réellement une masse projetant une ombre opaque au-dessus de celle du cœur, ce qui confirme le diagnostic posé par M. Fernet. Dans le second cas, il avait admis l'existence d'une sclérose ayant entraîné l'atrophie du poumon et amené la déviation du cœur vers la droite. La photographie montre, au lieu de la transparence parfaite du poumon gauche, une certaine opacité du poumon droit, l'ombre du cœur se détache nettement en bas et à droite de la colonne obscure due à la présence de l'axe vertébral et du médiastin. Cela va encore très bien avec le diagnostic posé par M. Fernet. Sur l'écran phosphorescent, les ombres étaient plus nettes encore; dès maintenant la radiographie peut donc servir, sinon à préciser la nature des lésions internes, mais tout au moins à fournir des images à l'appui de tel ou tel diagnostic.

Dans la sciatique avec névrite, il y aurait, d'après M. Babinski, disparition du réflexe du tendon d'Achille; cela ne se produirait pas dans la sciatique hystérique dans laquelle les deux réflexes restent égaux à gauche et à droite. L'absence du réflexe du côté malade indiquerait sûrement aussi qu'il n'y a pas simulation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

I. Communication de la syphilis par un enfant à sa nourrice. Responsabilité des parents. — II. Silence du médecin. Responsabilités.

I. La Cour de Paris vient de rendre une décision des plus intéressantes dans un cas malheureusement assez fréquent, qui doit appeler l'attention la plus scrupuleuse du médecin dont la prudence peut éviter de grands malheurs.

Les époux B... avaient mis en nourrice leur petit enfant chez la femme G..., à la campagne. La nourrice examinée avait été trouvée absolument saine et l'enfant paraissait aussi bien que possible.

Deux mois après, le médecin du lieu, appelé, constatait que la nourrice était atteinte d'un chancre au sein et que l'enfant portait des signes apparents d'accidents secondaires de syphilis; il prescrivait immédiatement à la nourrice de cesser l'allaitement de son enfant à elle et lui recommandait de n'avoir aucun rapport avec son mari.

Peu après l'enfant B... mourait de cachexie et la petite fille ainsi que le mari de la nourrice étaient contaminés.

Les époux G... assignèrent alors les parents pour les faire déclarer responsables du mal causé par leur enfant. C'est en cet état des faits que le Tribunal de la Seine avait rendu une décision par laquelle il repoussait la demande de la nourrice pour ces trois motifs :

« 1° Que les époux G... ne peuvent établir que ce soit l'enfant B... qui ait donné la maladie à sa nourrice;

2° Qu'ils n'établissent pas que l'enfant B... avait la syphilis quand il a été confié à la dame G...;

3° Qu'en supposant même que cet enfant ait été atteint de cette maladie, ils n'établissent pas que ses parents en aient eu connaissance. »

La Cour saisie de l'affaire par l'appel des époux G... n'a pas cru pouvoir s'en tenir, comme le Tribunal, aux documents du dossier et elle a recouru aux lumières de l'éminent professeur Fournier, auquel elle a confié l'examen de ces deux points précis :

« 1° Rechercher si l'affection syphilitique constatée sur la femme G... provient du jeune B... et quelle en peut être l'origine chez cet enfant;

2° Rechercher si, au moment où ils confiaient leur enfant à la femme G..., les époux B... savaient qu'il pouvait communiquer cette maladie à la nourrice. »

Dans son remarquable rapport, lu tout entier à l'audience, l'expert a donné à la première question une réponse catégorique :

« La nature des accidents constatés ne permettait pas de douter que l'enfant B..., atteint de syphilis héréditaire, avait communiqué la maladie à sa nourrice, laquelle l'avait transmise à son propre enfant et à son mari.

Sur le second point, l'expert ne pouvait donner une solution aussi nette. Les époux B... s'étaient prêtés à un examen complet, l'expert n'avait pu constater sur aucun d'eux le moindre accident ou le moindre vestige de syphilis.

Il se déclarait donc dans l'impossibilité de faire connaître lequel des deux géniteurs avait transmis la syphilis à l'enfant, tout en affirmant qu'elle venait certainement de l'un des deux.

Il ajoutait que celui-là qui l'avait eue avait dû le savoir et que, le sachant, il n'aurait pas dû confier son enfant à une nourrice. »

C'est sur ce rapport que la Cour avait à statuer. La situation était d'ailleurs plus malheureuse et plus triste encore qu'à l'origine, car l'enfant G... était mort aussi de la syphilis, la nourrice désespérée s'était suicidée, et le mari restait seul en face de la famille.

Son avocat soutenait qu'il suffisait qu'il fût nettement établi que la maladie avait été communiquée par l'enfant à la nourrice pour que les parents fussent déclarés responsables pour avoir commis la faute de donner à une nourrice un enfant syphilitique.

Il s'appuyait sur une jurisprudence antérieure favorable à cette responsabilité collective, principalement sur un arrêt de la Cour de Paris, du 19 avril 1877, dans lequel on trouve notamment ces deux attendus :

« Qu'il n'est pas nécessaire de rechercher comment la syphilis est entrée dans la famille et si elle y avait causé d'autres désastres pour être fixé sur le point capital du procès, la communication du mal par l'enfant à sa nourrice, fait désormais constant;

Considérant que les époux X... sont tous deux responsables vis-à-vis de la nourrice du préjudice par elle éprouvé. »

Il faut remarquer que, dans l'espèce ainsi jugée en 1877, l'expert avait constaté sur la mère des accidents syphilitiques, mais la Cour avait condamné ensemble les deux époux sans se préoccuper de rechercher si tous deux avaient connu l'état de l'enfant.

C'est d'ailleurs la jurisprudence qui était admise jusqu'à ce jour.

Mais, dans des conclusions fortement motivées, l'avocat général qui siégeait à la Cour d'appel dans l'affaire que nous rapportons s'est vivement élevé au point de vue du droit et de l'équité contre cette manière de procéder.

« En droit, il a indiqué que la responsabilité des parents en ce qui concerne leurs enfants n'était pas une responsabilité absolue comme celle du propriétaire d'un animal, qu'elle ne pouvait être mise en jeu que par un acte conscient de l'enfant, et alors seulement qu'il est sous la garde de ses parents.

Qu'en toute autre circonstance, la responsabilité du père ou de la mère ne pouvait résulter que d'une faute personnelle à chacun d'eux aux termes de l'art. 1382 du Code civil.

Que par suite, il ne suffisait pas d'établir qu'un enfant avait communiqué la syphilis à sa nourrice, pour que les parents fussent *de plano* et collectivement responsables.

Qu'il était encore nécessaire que l'on pût savoir avec précision de quel géniteur venait la syphilis héréditaire, celui-là seul pouvant et devant être présumé connaître le danger qu'il faisait courir à la nourrice, sauf, bien entendu, le cas où il serait établi par les documents de la cause que les deux époux connaissaient parfaitement l'état de l'enfant.

Au point de vue de l'équité, il a fait observer à quelles terribles injustices on pouvait aboutir en frappant les deux parents, faute de pouvoir connaître le coupable.

Il peut arriver qu'une femme souillée par un amant transmette à son enfant, à l'insu du mari, la terrible maladie; est-il possible de faire payer au mari une pareille faute de sa femme?

Il peut arriver, d'autre part, qu'un mari contaminé transmette à l'enfant, à travers sa femme qui l'évite pour elle-même et l'ignore, une syphilis héréditaire; ne serait-il pas odieux de faire partager à cette femme, dans son honneur et dans ses biens, la responsabilité d'une faute à laquelle elle est complètement étrangère? »

La Cour, frappée de ces considérations inattaquables au point de vue du droit, s'est ralliée à l'opinion de l'avocat général et a rendu l'arrêt suivant à la date du 26 novembre 1896 :

« Considérant que du rapport du docteur commis il résulte que le jeune B... ne paraissait, lors de sa naissance, atteint d'aucune affection contagieuse; que la syphilis, d'ordre héréditaire, ne s'est manifestée chez l'enfant que quelques semaines plus tard et qu'il a alors communiqué cette maladie à la femme G..., sa nourrice;

Considérant que, sans doute, le fait par une personne, atteinte de la syphilis, de placer son enfant en nourrice pour être élevé au sein, peut constituer de sa part une faute susceptible d'engager sa responsabilité;

Mais considérant que l'examen pratiqué par l'expert sur B... et sur sa femme ne lui a révélé sur aucun d'eux, ni accidents actuels de syphilis, ni vestiges d'accidents syphilitiques antérieurs; que, dans ces circonstances, l'expert n'a pu spécifier celui, du père ou de la mère, qui aurait transmis à l'enfant la maladie dont s'agit; et qu'à défaut pour G... de pouvoir faire cette preuve et d'établir à la charge de l'un des défendeurs une faute personnelle il doit succomber dans sa demande;

Par ces motifs,

Déclare G... mal fondé dans sa demande. »

On remarquera que cet arrêt, tout en proclamant le caractère personnel des fautes, et l'impossibilité pour le magistrat de condamner *in globo* les auteurs présumés d'un préjudice alors que le véritable coupable ne peut être déterminé, a bien soin de rappeler que le fait, par une personne atteinte de la syphilis, de placer son enfant en nourrice pour être élevé au sein peut constituer de sa part une faute susceptible d'engager sa responsabilité.

Il résulte de cette décision que lorsqu'un enfant aura communiqué la syphilis à sa nourrice et qu'il sera possible de reconnaître quel est celui de ses géniteurs qui la lui a transmise, ce géniteur sera certainement déclaré responsable.

Cet arrêt est donc inspiré par une sage appréciation du droit et du fait et si, au premier abord, on s'étonne de voir les parents échapper par le doute à la responsabilité qui pèse certainement sur l'un d'eux, on est obligé de reconnaître après examen qu'il était impossible de statuer autrement sans faire injure au droit et à l'équité.

II. Nous avons vu dans l'espèce qui précède que le médecin n'était pas en cause; il peut arriver qu'il y soit mis et sa responsabilité peut être engagée par la moindre négligence. Voici, en effet, ce qu'a décidé le Tribunal civil d'Amiens le 12 août 1893 :

« Lorsque le médecin d'une famille a agréé une nourrice; qu'il a continué chez cette nourrice ses visites médicales, au compte des parents, et que la syphilis a été communiquée par le nourrisson, la nourrice peut poursuivre non seulement la mère, mais aussi le médecin;

Le médecin ne peut soutenir qu'il ne soignait la nourrice que pour le compte des parents, qu'il n'avait pas à lui révéler la maladie de l'enfant et que son silence ne constituerait qu'une faute d'omission n'engageant point sa responsabilité. »

Cette théorie, en contradiction manifeste avec les obligations professionnelles du médecin, est insoutenable en présence des visites faites chez la nourrice, et le médecin qui avait la mission de la soigner en même temps que l'enfant avait le devoir de prendre, dès la première apparition du mal, les mesures les plus énergiques pour éviter à la nourrice une contamination certaine. (*Méd. mod.*)

LES RAYONS DE RONTGEN

APPLIQUÉS AU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par M. le professeur Ch. Bouchard (de l'Institut).

Dans une note précédente (2), j'ai dit que l'épanchement pleurétique arrête en partie les rayons de Röntgen et marque par une teinte sombre, à l'examen radioscopique, le côté malade, qui contraste ainsi avec la clarté brillante du côté sain.

En renouvelant l'étude des cas de pleurésie qui avaient fait l'objet de cette précédente communication, j'ai vu la teinte claire du sommet du thorax augmenter d'étendue en même temps que l'épanchement se résorbait. Chez l'un des malades, cependant, l'opacité persistait au sommet, tandis qu'une plaque claire apparaissait vers le milieu du côté où manifestement l'épanchement diminuait. Enfin, la résorp-

(1) Communication à l'Académie des sciences.
(2) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1408.

tion de cet épanchement étant presque complète, le sommet restait toujours obscur. Ce fait, qui ne s'était pas observé dans les deux autres cas, me donna à penser qu'il y avait condensation du tissu pulmonaire au sommet du poumon du côté malade. La percussion et l'auscultation confirmèrent cette prévision et révélèrent l'existence d'une infiltration commençante que l'épanchement avait d'abord masquée. Cette tuberculose pulmonaire avait été révélée par l'examen radioscopique.

Chez tous les tuberculeux que j'ai examinés à l'aide de l'écran fluorescent, j'ai constaté l'ombre des lésions pulmonaires; son siège était en rapport avec les délimitations fournies par les autres méthodes de l'exploration physique; son intensité était en rapport avec la profondeur de la lésion. Dans deux cas, des taches claires, apparaissant sur le fond sombre, ont marqué la présence de cavernes vérifiées par l'auscultation. Mais dans d'autres cas, où l'auscultation faisait reconnaître l'xistence d'excavations, celles-ci n'ont pas été vues à l'examen radioscopique. Chez un malade, les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, mais l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles, et les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain. La radioscopie a montré que le sommet de l'un des poumons était moins perméable, et, quelques jours après, l'auscultation, comme l'examen bactériologique, ne laissaient pas le moindre doute.

Dans les maladies du thorax, la radioscopie donne des renseignements de tous points comparables à ceux de la percussion. L'air pulmonaire, qui se laisse traverser par les rayons de Röntgen, sert de caisse de renforcement aux bruits de la percussion. Quand l'air est chassé du poumon plus ou moins complètement par un liquide épanché ou par un tissu morbide infiltré, la clarté radioscopique du thorax diminue ou fait place à une obscurité plus ou moins complète et, en même temps, la sonorité normale s'atténue et peut être remplacée par la submatité ou par la matité absolue.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Du caillot non rétractile : suppression de la formation du sérum sanguin dans quelques états pathologiques (1).

Par M. le professeur Hayem.

A l'état normal, le caillot sanguin, formé plus ou moins rapidement après l'issue du sang hors des vaisseaux, se rétracte pour abandonner une certaine quantité de sérum qui l'imbibe. La quantité de sérum devenu libre est généralement en proportion inverse de la masse globulaire.

La propriété de fournir du sérum disparaît dans quelques états pathologiques. Le but de cette note est d'attirer l'attention sur ce fait que j'ai déjà signalé dans un travail antérieur (Leçon clinique sur le purpura, *Presse médicale*, 1895).

Voici comment se comporte le sang altéré :

Recueilli dans une petite éprouvette, par piqûre du bout du doigt, il ne tarde pas à se prendre en masse; sa coagulabilité n'est généralement pas sensiblement modifiée. Abandonné à lui-même, le caillot ne subit aucun retrait; il reste adhérent aux parois du vase et ne laisse sourdre aucune sérosité. C'est à peine si sa surface libre se creuse légèrement en godet et s'humidifie. Cet état persiste jusqu'à complète putréfaction du coagulum.

Parfois, quand le phénomène n'est pas aussi parfait, le caillot se rétracte très légèrement et, pour 2 centimètres cubes environ de sang, on obtient, au bout de vingt-quatre heures, I ou II gouttes seulement de sérum.

Cette anomalie ne tient évidemment pas à une diminution de la partie aqueuse du sang. Le caillot reste imbibé de liquide à la façon d'une éponge humide, non exprimée. C'est le défaut de contraction, de retrait du caillot qui tient sous sa dépendance la suppression de la formation du sérum. L'absence de rétractilité de la fibrine constitue donc le phénomène essentiel, caractéristique de l'altération.

Les états pathologiques dans lesquels j'ai observé cette suppression de la rétraction du caillot sont le *purpura hemorragica*, l'anémie pernicieuse progressive protopathique, certains états cachectiques très avancés dans leur évolution, la cachexie paludéenne, certains états infectieux.

Dans le *purpura*, l'anémie pernicieuse progressive protopathique, les cachexies parvenues à leur terme ultime, la suppression de la production du sérum coïncide avec une diminution considérable dans le nombre des hématoblastes.

On ne peut pas affirmer, d'une manière absolue, que cette modification dans la constitution anatomique du sang soit seule en cause dans ces divers cas pathologiques; mais il est certain que la pauvreté du sang en hématoblastes suffit pour que ce liquide perde la propriété, après s'être coagulé, de fournir du sérum.

J'ai établi ce fait, il y a plusieurs années, à l'aide d'une expérience très simple que je vais rappeler :

Lorsque, après avoir détaché, chez le cheval, la jugulaire externe, pleine de sang, on suspend cette veine verticalement, au bout de quelques heures la couche des globules rouges et blancs est surmontée d'une couche plasmatique claire, tenant en suspension un assez grand nombre d'hématoblastes. Après avoir placé une ligature au-dessus du dépôt globulaire, on peut opérer sur le plasma ainsi séparé.

On recueille alors dans un verre à expériences une certaine quantité de plasma filtré à 0 degré et, dans un autre, une portion du même plasma non filtré, et l'on suit la marche des phénomènes qui se produisent dans un milieu dont la température est de 17 degrés. Le plasma non filtré se coagule le premier. Les deux caillots, une fois formés, sont absolument semblables; ils ressemblent l'un et l'autre à une masse gélatineuse adhérente aux parois du verre. Mais, tandis que le caillot du plasma non filtré se rétracte assez rapidement en abandonnant une quantité relativement considérable de sérum, le caillot du plasma filtré ne subit aucune modification sensible. (Nouvelles recherches sur la coagulation du sang, *Union médicale*, 1882, et Du sang, p. 313 et suivantes.)

Ajoutons encore que les caillots des liquides dépourvus d'hématoblastes (lymphe, sérosités pathologiques) ne sont pas sensiblement rétractiles.

Dans les états infectieux, tels que la pneumonie, où l'absence de rétraction du caillot peut également s'observer, le phénomène doit avoir une autre origine, car les hématoblastes sont alors en nombre normal ou même exagéré. On peut supposer que, dans ces circonstances, le sang est adultéré par la présence de substances chimiques pouvant exercer une certaine influence sur les qualités de la fibrine.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Ce n'est là qu'une hypothèse, mais cette hypothèse pourra peut-être être soumise au contrôle de l'expérimentation.

Dans le *purpura hemorragica*, la diminution dans le nombre des hématoblastes ne me paraît pas être la conséquence d'un arrêt dans la formation de ces éléments. Mes observations m'ont conduit à admettre, dans cette affection, la pénétration dans le sang d'une substance altérant les hématoblastes et les précipitant. Ce sont les hématoblastes altérés qui, réunis en amas, seraient la cause des hémorragies et mieux des *infarctus* hémorragiques.

Dans l'anémie pernicieuse protopathique, dont la nature est encore inconnue, l'existence d'une toxhémie est également probable. La substance toxique ne précipiterait pas les hématoblastes comme dans le *purpura*; elle aurait plutôt la propriété de détruire les éléments du sang ou de s'opposer à leur formation.

Le fait de la disparition de la rétraction du caillot sanguin se rattache donc à des questions de chimie biologique encore obscures. Il peut néanmoins, dès à présent, être utilisé en clinique. On peut s'en servir pour distinguer la forme protopathique de l'anémie pernicieuse des états d'anémie extrême, confondus souvent avec cette maladie. Il comporte alors un pronostic grave. Il en est de même dans les états cachectiques où il n'apparaît qu'en cas d'arrêt presque absolu dans la formation du sang, c'est-à-dire peu de temps avant la terminaison fatale.

Dans le *purpura*, je l'ai constaté aussi bien dans des cas légers que dans des cas graves, mais il permettra peut-être de distinguer plusieurs formes de cette affection.

Enfin, en ce qui concerne les maladies infectieuses, mes observations sont encore trop peu nombreuses pour me permettre d'assigner une signification précise au caillot non rétractile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1896. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. POZZI étudie successivement ces deux points : quelle est la part de la typhlite dans le syndrome de l'appendicite; quelle est la valeur de la théorie du vase clos?

M. Bazy a ramené l'attention sur le rôle de la typhlite. Celle-ci peut-elle donner lieu aux symptômes dits d'appendicite? On a vu la typhlite donner lieu à ces symptômes après la résection de l'appendice. On a vu se produire tous les accidents habituels de l'appendicite sans que l'appendice fût malade. On a vu des ulcérations siéger sur le cæcum. Enfin, M. Tuffier a signalé ce fait qu'une poche gangrenée peut simuler une appendicite après la disparition de l'appendice par gangrène.

Selon M. Pozzi, la typhlite et la pérityphlite coexistent fréquemment avec l'appendicite, mais il n'est pas prouvé pour lui que la typhlite puisse seule engendrer des symptômes faisant penser à l'appendicite. En outre, quand ces symptômes persistent après l'ablation de l'appendice, cela ne prouve pas qu'ils étaient dus auparavant à la typhlite seule. En résumé, il y a une grande solidarité entre l'inflammation du cæcum et celle de l'appendice. Mais l'organe qui est le plus souvent atteint, c'est incontestablement l'appendice. M. Pozzi admet la fréquence de l'entéro-colite dans l'appendicite.

Suivant lui, l'appendice peut être considéré comme un *locus minoris resistentiæ*. Lorsqu'il y a inflammation simultanée du cæcum et de l'appendice, celle du cæcum disparaît rapidement, tandis que celle de l'appendice persiste. L'appendicite n'est pas toujours consécutive à la typhlite ou à l'entéro-colite. Elle peut naître d'emblée. Ce sont surtout les appendicites d'origine calculeuse qui apparaissent ainsi primitivement.

M. Jalaguier a attiré l'attention sur les appendicites survenant dans le cours d'affections générales. M. Pozzi admet cette variété d'appendicite. Il l'explique ainsi : quand une fois l'appendice a été malade, il reste à l'état de microbisme latent. Si, dans ce cas, il survient une maladie infectieuse, l'appendicite peut reparaître. Mais il s'agit alors d'une appendicite récidivée, même chose se passe pour la salpingite.

M. Pozzi arrive ensuite à la théorie de la cavité close de M. Dieulafoy. Il ne partage pas l'opinion des auteurs qui l'ont systématiquement repoussée. Pour lui, la théorie du vase clos peut rendre compte de la gravité de certaines appendicites, de l'exaltation de la virulence microbienne. La même chose s'observe du côté de la trompe. Pour faire d'une cavité une cavité close, il faut peu de chose, il suffit d'un bouchon muqueux. La théorie de M. Dieulafoy ne saurait donc être rejetée. On a objecté à cette théorie la présence du kyste séreux constatée dans l'appendice. On sait bien que le pus peut se transformer parfois en liquide stérile, c'est-à-dire séreux.

M. Pozzi, en terminant, communique l'observation d'une jeune malade ayant présenté successivement de l'entéro-colite, de la typhlite, de l'appendicite et enfin de l'obstruction du canal cholédoque. Elle a eu une péritonite péricæcale qui a guéri par l'opération. Puisqu'on admet l'obstruction du cholédoque, pourquoi ne pas admettre l'obstruction de l'appendice?

M. REYNIER partage l'opinion de M. Brun. Il n'admet pas la théorie de la cavité close. Elle ne saurait toutefois s'appliquer à tous les cas. On trouve souvent, en effet, des appendices malades sans qu'il y ait obstruction. M. Reynier cite le fait d'une malade atteinte d'appendicite avec péritonite et collection purulente du côté gauche. Il incisa à gauche, trouva une collection suppurée limitée en dedans, vers la ligne médiane, par des adhérences. Il incisa à droite et trouva l'appendice attaché par une extrémité aux adhérences, Il le laissa en place; deux mois après apparurent de nouveau les douleurs. Il réséqua cette fois l'appendice gros et induré et il constata qu'il était absolument libre.

M. Reynier fait observer que la théorie de la cavité close ne peut s'appliquer aux cas d'appendicites tuberculeuses, grippales, actinomycosiques, etc. Pour lui, l'inflammation de la muqueuse peut donner lieu à de la lymphangite et ainsi peut s'expliquer l'appendicite sans avoir à faire intervenir l'obstruction de l'appendice.

M. POIRIER dit que, dans cette discussion, on perd trop de vue l'anatomie de l'organe. L'appendice est un intestin qui reste en voie de régression jusqu'à l'âge de trente ans. Donc cet organe, ne pouvant suivre l'intestin dans ses mouvements, peut se modifier, changer de situation, être comprimé plus ou moins par des replis péritonéaux; quelquefois il peut se tordre, gênant la circulation dans l'appendice.

Cet organe ainsi est facilement transformé en une cavité close, ou présente une torsion. Ces causes sont prédisposantes et facilitent les inflammations.

Cas de constriction des mâchoires. — M. CHAVASSE fait une communication sur un cas de constriction des mâchoires consécutive à une ankylose temporo-maxillaire des deux côtés, ankylose osseuse d'un côté, fibreuse de l'autre. Ces ankyloses étaient d'origine traumatique.

M. Chavasse a fait la résection temporo-maxillaire à droite, avec résection de l'apophyse coronoïde. En ouvrant

de force alors les mâchoires, l'ankylose a cédé du côté gauche.

Cas d'entéropexie. — M. VILLEMIN rapporte un cas d'entéropexie (fixation de l'intestin à la paroi abdominale) pour lever une occlusion intestinale, suite de péritonite tuberculeuse guérie.

Cas d'infection purulente. — M. JULLIEN (de Paris) fait une communication sur un cas d'infection purulente consécutive à un panaris superficiel. Cette malade a guéri après des arthrotomies multiples.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. MARCHANT présente une malade qui a été atteinte d'une sciatique rebelle. Il a fait la dissociation du nerf sciatique. La malade est guérie.

M. Marchant présente également un homme atteint de luxation acromio-claviculaire. Il a fait la suture.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La mort inopinée du professeur Straus a amené un mouvement supplémentaire de mutation dans les hôpitaux de Paris : M. Gingeot ira à l'Hôtel-Dieu; M. Barié à Laënnec; M. Béclère à Tenon; M. Thoinot à Debrousse, et M. Ménétrier à la Maison municipale de santé.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes classées par ordre de mérite :

1. MM. Aguinet, Nau, Chevrier, Verbeck, Mlle Serard, MM. Cottu, Maubert, Daniel, Morand, Baumgartner.

11. Mesnil, Sauvage, Pedeprade, Esmonet, Guénard, Rathery, Bonneau, Ribadeau-Dumas, Couremenos, Tessier.

21. Jomier, Civatte, Tournemelle, Chastenet de Géry, Ambard, Autefage, Leven, Guibal, Gascheau, Mantoux.

31. Voisin, Mercadé, Tillaye, Guillot, Lenglet, Fontanié, Perpère, Nass, Renon, Brissy.

41. Nicaise, Pouliot, Fatout, Lutier, Monraisse, Nevrajski, Labiche, Bidault, Devé, Cresson.

51. Aviat, Vinsonneau, Lœvy, Jacomet, Quillier, Laurens, Philippe, Ferry, Fouqué, Morin.

61. Theulet-Luzié, Sikora, Jeannet, Dupuy, Voillemin, Gaucher, Chevrey, Mousseaux, Lemierre, Mlle Medvednikoff.

71. Mlle Przciszenski, MM. Weil (Émile), Dieu, Rigollot-Simonnet, Roques, Alquier, André, Collard, Bornait-Legueule, Labbé.

81. Liautaud, Beauvoir, Bouchez (Fl.), Chauveau, Bruandet, Granjon, Ducourneau, Onfray, Dreyfus (Rose), Berthier (André).

91. Cruveilhier, Bourier, Claude, Jalaguier, Binet, Lamouroux, Gaillard (H.), Georget, Le Meignen, Celas.

101. François Daimville, Nollet, Royer, Lebhard, Mme Iscovescu, MM. Ferras, Petit (Maurice), Dessaigne, Bournisien de Valmont, Iribarne.

111. Gardner, Berthier (Paul), Bourlot, Ruillier, Chevé, François, Chazet, Chapon, Morely, Paisseau.

121. Lauvinerie, Bonnel, Le Lorier, Cartier, Bouchet, Lorier, Pied, Mallet (Joseph), Devaux, Janot.

131. Jouhaud, Mary, Roglet, Faure-Beaulieu, Barcat, Pochon, Pellagot, Sénéchal, Thomas (Louis), Landowski.

141. Gueniot, Gillot (Armand), Vialle, Percheron, Lorenzo, Delvincourt, Dobrovitch, Ripart, Battier, Mulon.

151. Rivier, Fassina, Boudin, Mme Douzeau, MM. Morisetti, Devez, Degorce (Armand), Fernique, Le Guern, Doazan.

161. Ménard, Rostaine, Petit-Jean, Leroy des Barres, Ladevèze, Hervoit, Champ, Caboche, Tourlet, Lacaille.

171. Rousseau, Gennat, Savignac, Stanculeanu, Arrivé, Sabareanu, Hauser, Lévy (Alfred), Aron, Bloch.

181. Cruet, Tribaudeau, Goulard, Leclerc, Decreuze, Leraître, Grosse, Logerot, Tixier, Horteloup.

191. Bigex, Dubar, Durey, Paon, Perreau, Desjardins, Froment, Ferrand, Gauchery, Pophillat.

201. Roger (René), Mignon, Lefer, Retournard, Bachmann, Moineau, Cerise, Grillot, Guillemet, Billard.

211. Jullian, Mainguy, Verliac, Tardif, Le Maguet, Loiselet, Slatineanu, Nicolaïdi, Simon, Poirier de Clisson.

221. Mlle Entz, MM. Trenaunauy, Lefiliâtre, Lacoste, Bussard, Philibert, Marclaud, Lévy (Albert), Gillet, Raoult.

231. Herscher, Cruchaudeau, Soularue, Verdin, Guisez, Gurie, Gougis, Gros-Devaud, Bonnard, Warin.

241. Laignel-Lavastine, Ducatte, Périn (Jean), Follet, Garrigues (Albert), Brisard, Compoint, Lhermitte, Vacquerie, Soulard.

251. Roger Saint-Ange, Beaufumé, Bizard, Birman, Mlle Volovatz, MM. Guérault, Villaret (M.), Phellipon, Rabier, Plantard.

261. Mihiet, Bertrand, Poupault, Vaïas, Weil (Benj.), Tintrelin, Glatard, Malartic, Lejonne, Loubet.

272. Mlle Delporte, MM. Courchet, Colin, Cintepas, Michel (F.), Massard, Fildermann, Nicolas, Gérst, Daniel (A.).

281. Dommartin, Desbiez, Marchais, Tassin, Guedj Rahmin, Pigot, Picard, Algret, Provins, Guillemin.

291. Bournaret, Cugnin, Delfau, Raoux, Merklen, Mlle Ziegel, MM. Juy, Barlerin, Thouvenin, Chesneau.

301. Morisseau, Duvernoy, Cuissard, Lucius, Degrais, Guillaume (L.), Triau, Israels, Mlle Birfeld, MM. Lavergne.

311. Grelault, Hazard, Crosnier, Renoult, Papon, Jamais, Begue, Baranger, Pelicier, de Gorsse.

321. Lacroix, Blotin, Bouchot, Brun, Palle, Yordanoff, Jarvis, Mignot, Saint-Cène, Violette.

331. Petit (Alp.), Maillard (G.), Legros, Métivier, Coustols, Matsoukis, Bachimont, Pasquier, Duflos, Bergeron.

341. Boisseau, Thomas (P.), Eonnet, Joseph, Saphary, de Rotschild, Rousseau, Ouvrier, de Léon, Saurain.

351. Desplats, Valette, Vaillant (E.), Spindler, Sichel-Dulong, Costes, Frumusanu, Figueira, Goudard, Letainturier de la Chapelle.

361. Mahoudeau, Simonescu, O'Followell, Duplay, Lecoconnier, Hauviller, Cazès, Phalip, Mieulet, Nigay.

371. Charlot, Bellin, Mlle Kermektchieff, MM. Piton, Descomps, Bochory, Lafond, Dennecé, Lehman, Lévy (Georges).

381. Chicotot, Michel (Fr.), Cailleux, Blum (G.), Mlle Debains, MM. Laisné, Legrand, Semeril, Pelizza, Burgaud.

391. Bluzat, Fabre, Gachet, Helie, Lafforgue, Ruais (Ad.), Seguin, Narbonne, Petit Jean, Bouzanquet.

401. Pascard, Courtois, Stahl, Bernard (Armand).

— La solde de résidence libre du médecin inspecteur de première classe du corps de santé des colonies est fixée à 12013 fr. 20, et celle du médecin inspecteur de deuxième classe du même corps à 10004 fr. 40.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Labbé est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dheilly, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur de physiologie.

M. Trépant, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dheilly.

M. Bax, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours d'hygiène et de thérapeutique.

M. Decamps, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de clinique médicale, pendant la durée du congé de M. le professeur Mollien.

M. Fournier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de clinique obstétricale.

M. Moynier de Villepoix, docteur ès sciences, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physiologie.

Un congé, du 1er décembre 1896 au 30 octobre 1897, est accordé à M. Dheilly, professeur de physiologie.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Chabannes (de Vals-les-Bains). Ce confrère, si justement apprécié de tous, laisse un fils qui suit déjà, avec distinction, la carrière si honorablement fournie par notre ami si regretté.

— Les amis et les élèves du docteur Jules Simon, à l'occasion de son départ des hôpitaux, se réuniront en un banquet le jeudi 14 janvier 1897, à sept heures et demie, à l'hôtel Continental (entrée par la rue Rouget-de-Lisle). — Cotisation, 20 francs. — Adresser les adhésions : au docteur Carron de la Carrière, 4, rue du Cirque, ou à MM. Boncour et Canuet, internes à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 148. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 24 DÉCEMBRE 1896. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Calot (de Berck) a présenté à l'Académie plusieurs enfants chez lesquels il est arrivé à corriger la bosse résultant du mal de Pott par une manœuvre très simple. Cette manœuvre consiste à tirer sur les deux extrémités du tronc, de façon à allonger la colonne vertébrale, à presser directement de toutes ses forces sur la bosse et à appliquer un appareil plâtré maintenant les choses en place pendant trois ou quatre mois. M. Calot a eu recours à ce procédé 37 fois, et ces 37 opérés sont guéris. Ceux qu'il a présentés à l'Académie, avec leurs moules ou leurs photographies avant l'opération, sont vraiment très remarquables. Ils ne présentent plus aucune gibbosité. Malgré ces résultats fort beaux, nous ne pouvons nous défendre de certaines hésitations à adopter ce procédé, en apparence aussi brutal et aussi dangereux. Tous les assistants, bien qu'en constatant les merveilleuses guérisons obtenues par M. Calot, faisaient tout bas la même réflexion : « Si j'avais un enfant atteint de mal de Pott, je n'oserais jamais lui faire ainsi écraser ses vertèbres malades. » Encouragé par ces succès, M. Calot continuera probablement à recourir à ce mode de traitement. Nous attendons de lui une rigoureuse statistique de ses intéressantes observations. Quoi qu'il en soit, ces premiers faits méritent toute l'attention du chirurgien, et c'est pourquoi nous publions plus loin le travail de M. Calot.

M. Kelsch a achevé la lecture de son travail sur l'épidémicité et la contagion. On trouvera, au compte rendu, les conclusions générales de cet important travail.

Parmi les pièces de la correspondance, se trouve une note de M. Heurtaux (de Nantes), relatant l'observation d'une malade atteinte d'une tumeur reliée à la corne de l'utérus par un pédicule tordu sur lui-même. Ce fait est à rapprocher de celui qu'a récemment communiqué M. Schwartz. (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 1389.)

L'Académie a renouvelé son bureau pour l'année 1897. M. Caventou, vice-président, passant de droit président, elle a procédé à l'élection d'un vice-président. L'unanimité de ses suffrages s'est portée sur M. Jaccoud, qui, dans un remerciement bien conçu et non moins bien dit, a déjà donné la note de l'éloquente bonne grâce avec laquelle il dirigera les débats de la Compagnie. M. Cadet de Gassicourt a été réélu par acclamation secrétaire annuel, et MM. Bucquoy et Labbé sont nommés membres du conseil.

DU TRAITEMENT DES EMPYÈMES CHRONIQUES
PAR LA DÉCORTICATION DU POUMON
RÉSULTATS. — INDICATIONS. — TECHNIQUE (1)

Par le docteur Ed. DELORME,
Médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

I

Lorsqu'en 1894 je communiquai à l'Académie de médecine mon premier cas de décortication du poumon (2), je ne me départis guère de la simple narration du fait, voulant laisser au temps et à de nouvelles tentatives le soin de décider de la valeur de cette opération et de nous fixer sur ses indications, ses contre-indications et sa technique. Aujourd'hui, le moment me semble venu d'appeler l'attention sur ces questions.

Jusqu'ici la décortication pulmonaire a été pratiquée une vingtaine de fois, plus souvent à l'étranger qu'en France.

Voyons ce que disent les faits que je diviserai en deux groupes : cas dans lesquels le poumon a pu être dégagé de sa membrane et reprendre en totalité ou en partie son volume primitif; cas dans lesquels ce résultat n'a pu être acquis.

Résultats. — OBSERVATION I (personnelle). — Le premier malade que j'ai opéré m'a fourni un résultat opératoire des plus brillants (3).

Débarrassé de sa coque inextensible et épaisse, le poumon est venu brusquement se mettre en rapport avec la paroi; il en dépassa même le niveau à travers la brèche pariétale. Malheureusement, ce succès immédiat ne resta pas définitif.

Cet homme présentait, au moment de l'opération, une

(1) Communication au Congrès de chirurgie, 1896.
(2) Observation communiquée à l'Académie de médecine le 23 janvier 1894, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 94.
(3) *Gaz. des hôpit.*, loc. cit.

tuberculose cérébrale et abdominale déjà très avancée, méconnue, aux progrès de laquelle il succomba. Quoi qu'il en soit, ce cas, qui fait date, a pu servir à établir la possibilité de la décortication et à fixer l'attention sur cette opération.

Obs. II [Ryerson Fowler] (1). — Notre collègue américain a été plus heureux que moi au point de vue du résultat définitif chez le malade auquel il a fait subir la décortication, pour oblitérer une cavité d'empyème datant de sept ans et occupant les deux tiers du côté droit du thorax. Au moment de l'intervention, l'opéré se trouvait dans un état des plus graves; il était menacé de mort à bref délai.

Fowler réséqua, dans une étendue de 10 centimètres, les cinquième et sixième côtes entre lesquelles s'ouvrait la fistule. A travers cette brèche pariétale, à mon sens insuffisante, il incisa et dégagea la fausse membrane avec des ciseaux et le doigt, comme je l'ai conseillé, et put l'abraser tout entière.

Le poumon reprit en très grande partie son volume, car au bout de deux mois, lorsque la guérison du malade fut complète, le murmure vésiculaire s'entendait dans presque tout le poumon droit. On l'entendait en avant jusqu'à la septième côte.

Obs. III (Lambotte). — M. Lambotte, chirurgien de l'hôpital Schœrbeck, a communiqué à la Société belge de chirurgie, le 24 février 1894, l'observation d'un opéré chez lequel il a dû à la décortication un remarquable succès (2).

Il s'agissait d'un homme atteint d'une pleurésie purulente ancienne et chez lequel le poumon n'avait plus que le volume d'un gros poing.

Notre collègue belge s'ouvrit, pour atteindre le poumon, une voie antérieure aux dépens des cartilages des troisième et quatrième côtes; il incisa la plèvre le long du médiastin et libéra le poumon dans une étendue de 10 centimètres carrés.

« Au fur et à mesure de cette libération, le poumon reprit son expansion à la manière d'une éponge préparée à la ficelle qu'on trempe dans l'eau. » Le poumon, qui remplissait les trois quarts de la cavité, fut maintenu par des sutures aux lèvres de la plaie. Ce malade guérit et « le murmure vésiculaire, absent depuis longtemps, reparut complètement ».

Obs. IV (Lardy). — Dans le numéro 6 du *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, de 1895, M. Lardy, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople, a relaté un cas remarquable de guérison d'un pyo-pneumothorax ancien, dû à la décortication du poumon.

Très sceptique d'abord, il l'avoue lui-même, notre collègue fut bientôt frappé par le résultat obtenu, « lequel trompa son attente considérablement en bien. »

L'opération fut pratiquée le 8 octobre 1894, huit mois après l'apparition d'un pyopneumothorax, d'origine grippale, traité sans succès par l'empyème.

Incision courbe, résection latérale de quatre côtes, de la quatrième à la septième; section longitudinale des espaces correspondants.

Le poumon était complètement rétracté dans l'angle costo-pulmonaire; la cavité pleurale vidée par les vomiques était seulement humide; il existait une large fistule pulmonaire qui fut avivée.

La membrane qui recouvrait le poumon fut incisée avec beaucoup de précautions. M. Lardy arriva sans peine sur la surface pulmonaire qui parut saine. La membrane avait environ 3 millimètres d'épaisseur et était fort résistante.

« A peine notre incision était-elle faite, dit notre collègue, que nous voyons ses lèvres s'écarter et, en moins de trois à quatre minutes, elle atteint environ 10 centimètres de large; le poumon se dégage à vue d'œil, si vite qu'en moins de dix minutes les deux tiers de la cavité pleurale étaient remplis par le poumon déplissé.

Le huitième jour, la fistule pulmonaire était fermée; le vingt-troisième le malade quittait l'hôpital, son poumon étant presque entièrement revenu à ses limites normales. »

Obs. V (Sorel). — M. Sorel (du Havre) a communiqué à la Société de chirurgie, en 1894, et lu au Congrès de chirurgie de 1895, l'observation d'un homme chez lequel, le 10 septembre 1894, il tenta avec un succès moyen la décortication du poumon, pour une pleurésie purulente gauche.

Volet thoracique comprenant les cinquième, sixième et septième côtes.

Cavité de pleurésie totale; rétraction considérable du poumon contre la colonne vertébrale.

Sans se déplisser d'une façon complète, le poumon séparé de sa coque, augmenta sur-le-champ de volume, au point d'occuper la moitié de la cavité thoracique.

Tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée, etc. Guérison.

Cet homme succomba treize mois après l'opération à une infiltration tuberculeuse généralisée des poumons. A son autopsie, M. Sorel constata que, si le lobe inférieur n'avait pas complètement son volume, le supérieur avait une amplitude normale.

Obs. VI (Djemil bey). — Le professeur Djemil bey a présenté à la Société de médecine de Constantinople, en 1896, un *derviche tourneur* chez lequel il avait pratiqué, en 1895, la décortication pour combler, après cinq mois, la cavité d'un vaste pyo-pneumothorax, consécutif à une plaie pénétrante de poitrine.

Le poumon, mis à découvert par un volet thoracique comprenant les cinquième, sixième et septième côtes, fut dégagé facilement « non sans émotion » et il remplit sur-le-champ la cavité thoracique.

Le malade sortit guéri le vingt-sixième jour; revu trois mois après, sa respiration était parfaite et *il n'éprouvait pas la moindre gêne lorsqu'il prenait part à tous ses exercices religieux.*

Le résultat obtenu était donc aussi satisfaisant que possible.

Obs. VII (Tavel). — M. le professeur Tavel (de Berne) a eu l'obligeance de m'adresser deux observations de décortication, l'une faite avec succès, l'autre sans succès. Pour le moment je ne retiendrai que la première.

Il s'agissait d'une enfant de onze ans, opérée dans le service, et avec l'assistance du docteur Stoss.

L'empyème consécutif à une pneumonie semblait remonter à l'hiver 1894-1895.

En juin, moment de l'intervention, le poumon droit était refoulé contre la colonne vertébrale; il existait une fistule cutanéo-pulmonaire; la fièvre était intense et l'état général si précaire, que le personnel qui assistait à l'opération s'attendait à une terminaison fatale rapide.

Formation d'un lambeau quadrilatère cutané; résection de 4 à 5 centimètres des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième côtes; incision de la paroi privée de ses côtes.

Cavité de pleurésie purulente totale; poumon rétracté en haut et en arrière dans la gouttière vertébrale.

L'épaisse membrane qui le recouvrait fut incisée, dégagée par dissection ou avec la sonde à goitre de Kocher, et, sur-

(1) R. Fowler. Ablation des néo-membranes tapissant la paroi thoracique et le poumon dans une pleurésie purulente très ancienne. Extrait in *Bull. méd.* du 7 février 1894.

(2) Lambotte. Un cas de pleurésie purulente traité par la méthode de Delorme, *Presse méd. belge* du 4 mars 1894.

le-champ, pendant les efforts de toux, le poumon fit hernie et remplit une partie de la cavité pleurale.

Une toux continuelle, en mobilisant ce poumon, procura seule quelques embarras opératoires à M. Tavel, qui, comme il me l'écrivit, fut en somme « très surpris de la facilité avec laquelle il exécuta l'opération. Il en a conservé une impression excellente ».

Cette malade qui, dès le lendemain, s'asseyait sur son lit, reprit rapidement ses forces et guérit.

En février 1896, elle se remit d'une pneumonie du côté opposé et, en avril 1896, lorsque mon confrère m'adressa son observation, elle était très bien portante ; « le poumon droit fonctionnait très bien et le thorax, quoique un peu déprimé, l'était beaucoup moins qu'avant et que peu après l'opération. »

Dans les trois autres cas qui me sont personnels, deux fois le poumon a présenté une dilatation partielle.

Obs. VIII (personnelle). — Chez l'un de mes malades, opéré dans le service et grâce à l'obligeance de M. Reynier, et sur la guérison duquel avant l'opération je ne pouvais me faire d'illusions, chez l'un, dis-je, la pleurésie datait de *onze ans*. La cavité était totale, gauche, et deux *excisions costales*, dont l'une inférieure et étendue, avaient été impuissantes à la combler. Le poumon, fistuleux, présentait des tubercules crétacés constatés *de visu*.

La séparation de la membrane dut se faire par dissection. L'expansion fut très limitée ; néanmoins, pendant un effort de toux, le poumon atteignit le niveau de la brèche pariétale.

Suture de la fistule. Guérison temporaire d'assez longue durée, puis réapparition de la fistule, mais *cavité nulle* (1894).

(*A suivre.*)

SUR LES MOYENS DE CORRIGER LA BOSSE DU MAL DE POTT

D'APRÈS 37 OBSERVATIONS ET SUR LE MOYEN DE LA PRÉVENIR

Par le docteur Calot (de Berck).

Nous savons guérir le mal de Pott, mais quelle guérison que celle d'un enfant qui conserve une bosse pour la vie !

On a essayé, à diverses époques de l'histoire de la médecine, de corriger cette lamentable difformité, l'on n'est arrivé à rien et je crois, après l'avoir mise à l'essai quatre fois, que la méthode presque exclusivement préventive, récemment préconisée par l'américain Hadra et notre collègue Chipault, qui ligaturent les apophyses épineuses des vertèbres malades, n'aura pas un sort plus heureux que les tentatives plus anciennes.

L'on peut dire qu'à l'heure actuelle, soit en France, soit à l'étranger, la presque unanimité des chirurgiens condamne toute tentative de correction de la manière la plus absolue et la plus sévère comme inutile, illogique, dangereuse.

Après avoir étudié de longues années l'anatomie pathologique du mal de Pott et la pathogénie des gibbosités dorsales, j'ai été amené à penser autrement et à croire, contrairement à l'opinion universelle, qu'il était aussi légitime de vouloir corriger une bosse du mal de Pott qu'une déviation du genou, non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire et aussi urgent.

La conduite que je tiens en face d'une gibbosité rachidienne n'est pas sans analogie, du reste, avec celle que tous les chirurgiens tiennent en présence d'une déviation consécutive à une tumeur blanche au genou.

Trente-sept fois déjà j'ai fait les opérations dont je vais parler, opérations qui sont venues confirmer pleinement mes prévisions et mes espérances.

La bosse s'est produite par l'inflexion de la colonne vertébrale et son affaissement ; pour effacer la bosse, on fera décrire à la colonne vertébrale un chemin inverse et on la relèvera. Cela se peut même pour les bosses très marquées, vieilles de plusieurs années, quatre, cinq, six ans. L'opération se fait sous chloroforme en une séance.

L'enfant étant retourné sur le ventre, deux aides tirent sur les deux extrémités du tronc et les reportent en arrière, tandis que je presse de toutes mes forces, avec mes deux mains appliquées directement sur la bosse. Des craquements se produisent témoignant du désengrènement des segments rachidiens et du glissement des vertèbres les unes sur les autres ; et après quelques instants (une ou deux minutes), la bosse disparaît et rentre même au-dessous des parties voisines.

Arriver à ce résultat n'est rien ou presque rien ; ce qui est difficile et pourtant capital, c'est de trouver le moyen de maintenir intégralement la correction ou l'hypercorrection produite. Ce n'est que du jour où j'ai trouvé ce moyen que j'ai osé entreprendre ces interventions. Je n'ai pu maintenir la correction en totalité qu'en appliquant immédiatement sous le chloroforme un grand appareil plâtré circulaire allant de la tête (inclusivement) à la ceinture pelvienne (inclusivement). L'on peut affirmer que c'est dans la bonne construction de ce grand appareil que se trouve le secret du succès.

Généralement je fais précéder ces manœuvres de correction de l'ablation des bourrelets cutanés qui recouvrent souvent la bosse et même l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ce qui me permet de faire une compression plus forte et plus précise, et me met presque sûrement à l'abri des eschares.

Le premier appareil reste en place trois à quatre mois, puis est remplacé par un deuxième qui a la même durée et quelquefois par un troisième. La réparation et la consolidation sont dès lors complètes. L'enfant est autorisé à marcher avec un corset (du cinquième au neuvième mois qui suit l'intervention).

Par ces manœuvres, pour lesquelles je déploie sans crainte tout ce que j'ai de forces, j'ai eu raison même de bosses très anciennes et très volumineuses : j'en ai mis un spécimen sous vos yeux.

Si le résultat laisse quelque chose à désirer ou si les deux segments de la colonne vertébrale sont déjà soudés solidement l'un à l'autre, je fais une résection cunéiforme du rachis à base répondant à la gibbosité et à sommet répondant aux corps vertébraux ; je résèque également les côtes correspondantes, puis avec un ciseau à froid très tranchant et très étroit qui m'a été construit par Collin à cet usage et que je pousse avec les deux mains, je vais sectionner, devant la moelle épinière, la colonne des corps vertébraux au niveau de leur soudure osseuse, les deux segments du rachis mobilisés pourront pivoter l'un sur l'autre par leur surface de section jusqu'à ce que les deux lèvres de la brèche pratiquée en arrière viennent au contact. Immédiatement j'immobilise les deux segments dans le grand appareil plâtré déjà décrit. Lorsque le malade se réveille, tout déplacement est impossible.

Mes opérés étaient âgés de deux à vingt ans. Leur bosse était vieille de trois mois à huit ans, le volume des bosses variait depuis les toutes petites saillies jusqu'à ces grosses

bosses ici représentées d'après des photographies prises sur des enfants la veille de l'opération.

Voici mes résultats :

Je n'ai pas un seul décès, non pas seulement de la suite de l'opération mais encore à la suite d'aucune maladie intercurrente. Pas un de mes opérés n'a eu de paralysie. Il en est un, à la vérité, qui a présenté pendant dix jours des phénomènes de parésie, mais j'ai pu les faire cesser en appliquant un appareil un peu moins serré que le premier. Chez deux d'entre eux sont apparus, après quatre et cinq mois, des abcès que j'ai traités par les moyens ordinaires.

Par contre, chez trois enfants opérés avec et malgré des abcès, ceux-ci se sont résorbés spontanément. En un mot, les suites opératoires ont été d'une bénignité absolue. J'ai dit que j'opérais les enfants malgré leurs abcès. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'opérer un enfant paralysé et encore la paralysie n'était-elle pas absolument complète ; il n'est opéré que depuis un mois et sa paralysie paraît avoir cédé. Il n'est du reste pas déraisonnable de penser que l'on puisse améliorer sinon guérir bon nombre de paralysies pottiques par ces simples manœuvres externes de correction.

Vous allez voir quelques-uns des résultats éloignés, c'est-à-dire des résultats orthopédiques, que ce traitement nous donne. Ils représentent la moyenne de ceux que j'ai obtenus.

Je dirai pour ceux qui ne verront pas mes malades, en me gardant de tout optimisme et en me défiant de toute exagération, que pour les bosses de grosseur moyenne datant de quatre à huit mois, les malades ne conservent presque jamais la trace même minime de leur infirmité ; pour les très grosses bosses et très anciennes bosses de cinq, six, huit ans, l'on a des résultats souvent presque complets, toujours surprenants, et il sera, je crois, rarement indispensable de faire, même pour des cas très anciens, la résection cunéiforme du rachis. Mais il faut savoir que, pour ces cas très invétérés, la question est complexe, l'on devra compter, en effet, avec les courbures de compensation et les déformations secondaires et c'est pour cette raison qu'il faudra dans tous les cas commencer par soumettre, aux manœuvres orthopédiques plus haut décrites, les sujets porteurs de vieilles bosses, et ce n'est que cinq à six mois après cette première intervention, lorsque la nature aura terminé tout le travail de réparation dont elle est capable, que l'on devra procéder à la résection cunéiforme du rachis, si le besoin se fait encore sentir à ce moment d'obtenir une correction supplémentaire.

Que l'on sache bien que, pour ces cas anciens, la question est simplement posée et que la science n'a encore dit, si je puis ainsi parler, que son premier mot.

Ce qui est acquis, et c'est l'explication de la deuxième partie du titre de ma communication, et ce qui en fait, à mon sens, l'intérêt capital :

C'est que tous les maux de Pott commençants pourront être guéris désormais sans déformation. En règle générale, l'on ne voit les enfants atteints de mal de Pott que lorsqu'il existe déjà une gibbosité, mais fort heureusement, l'on peut tout contre une gibbosité qui ne date encore que de quelques semaines ou de quelques mois. Or, même lorsqu'il s'agit des enfants du peuple, les parents n'attendent pas plus de quelques mois au maximum, après l'apparition de la saillie dorsale, pour les présenter à leur médecin ordinaire. Si tous les médecins savent qu'à cette période initiale de la gibbosité on peut l'effacer complètement, s'ils connaissent le devoir pressant qui leur incombe, en pareil cas, de procéder ou de faire procéder sans retard au redressement de cette colonne vertébrale infléchie, l'on pourra dire en toute vérité qu'il n'y aura plus, à l'avenir, un seul enfant atteint du mal de Pott qui échappera au bénéfice du nouveau traitement.

C'est bien là, véritablement, le traitement idéal, puisqu'il fait la décompression des segments rachidiens, sur laquelle insiste avec tant de raison le professeur Lannelongue, en même temps que leur immobilisation absolue. La décompression dans l'immobilisation, n'est-ce pas le traitement parfait ?

De plus, c'est le traitement le plus court : cinq à dix mois, au lieu de deux à trois ans, le plus commode pour les parents et le médecin, très bien supporté par les enfants ; il est aussi celui qui sauvegarde le mieux la santé générale ; les mères de mes opérés peuvent en témoigner. Enfin, il met, au moins dans une très grande mesure, à l'abri de la paralysie, puisque, sur 37 enfants opérés, pas un seul n'a présenté des phénomènes de paralysie, tandis qu'avec les anciennes méthodes, c'est une fois sur quatre ou cinq que l'on observait cette grave complication.

Brièveté de traitement, sauvegarde de la santé générale, obtention d'une guérison parfaite, sans trace de difformité, voilà ce qui recommande le traitement nouveau du mal de Pott, comme le traitement de choix, comme le traitement de l'avenir.

Après cette communication, M. Calot passe à la présentation de malades. Les deux premiers avaient leur bosse depuis huit à dix mois, au dire des parents ; le troisième et le quatrième avaient des bosses datant de deux à trois ans ; le traitement au repos a duré seulement de cinq à six mois ; à l'heure actuelle, ces enfants marchent avec un corset plâtré. M. Calot enlève ce corset pour montrer le dos de ces enfants : l'on n'y trouve plus de trace de la bosse. Des photographies et des moules pris sur ces enfants avant leur opération, indiquent quel était le relief de leurs gibbosités.

Le cinquième a subi la résection cunéiforme du rachis, pour une très grosse bosse datant de cinq ans ; le traitement a duré huit mois ; l'enfant n'étant sur pied que depuis quelques jours, M. Calot n'ose pas la laisser marcher sans corset. La saillie a disparu, on pourra le constater dans un ou deux mois, lorsque l'enfant pourra être montrée sans corset ; M. Calot a tenu à la présenter parce que c'est l'une des deux enfants qui a subi la résection cunéiforme du rachis (l'autre n'est opérée que depuis vingt-cinq jours) ; l'on peut constater, dès maintenant, qu'elle a le libre usage de ses membres inférieurs.

Le sixième a été opéré par les simples manœuvres de redressement, avec ablation des apophyses épineuses, pour une bosse extrêmement accusée, vieille de quatre ans et demie ; on le montre dans son appareil, pour présenter cet appareil d'importance capitale pour la réussite du traitement. L'enfant est opéré depuis quatre mois seulement, mais il a pu, il y a quinze jours, se tenir debout pendant quelques instants, pour donner sa photographie, que M. Calot présente à l'Académie.

Le résultat obtenu est déjà presque absolument complet. L'on peut juger par la comparaison des photographies de cet enfant, prises avant et après l'opération, des ressources invraisemblables de la nouvelle méthode.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des alopécies. — Dans les alopécies (fièvre typhoïde), M. le docteur Brocq conseille de tonifier le malade et de recourir aux préparations arsenicales et phosphatées. On peut couper les cheveux un peu ras, nettoyer le cuir chevelu au bois de Panama ou avec la préparation suivante :

Eau de chaux	500 grammes.
Jaune d'œuf	N° 3.

Matin et soir, faire des frictions excitantes avec l'alcool ou bien :

Teinture de cantharides.	âà	20 grammes.
— de romarin		
— de Jaborandi.		
Alcoolat de Fiovarenti	âà	50 —
— camphré.		
Rhum		100 —

Contre l'alopécie kératosique, où il y a, d'ailleurs, peu de chose à faire, on fera des applications avec la pommade suivante :

Naphtol β	âà	30 à 50 centigr.
Résorcine		
Acide salicylique		50 —
Soufre précipité		2 à 4 grammes.
Huile de ricin		14 —
Beurre de cacao		4 —
Baume du Pérou		Q. s.

et le lendemain du jour où on a mis cette pommade, on nettoie la tête avec la décoction de saponaire et le savon mou de potasse.

Dans l'alopécie syphilitique, on traitera d'abord la syphilis; on coupera les cheveux, on fera deux fois par jour des frictions à l'alcool ou au sublimé à 1/500 ou 1/1000, et on appliquera le soir un peu de la pommade suivante :

Turbith minéral	1 gramme.
Vaseline pure	30 —

Dans l'alopécie prématurée idiopathique, il y a peu de choses à faire. On veillera à l'hygiène, on portera les cheveux ras et savonnera souvent la tête. De temps en temps, on pourra faire des frictions avec le mélange suivant :

Acide acétique		5 grammes.
Teinture de cantharides		10 —
— de quinine	âà	20 —
— de Jaborandi		
Alcool camphré		50 —
Rhum		150 —

et une fois par semaine on mettra sur le cuir chevelu un peu de la pommade suivante :

Naphtol β	âà	30 centigr.
Résorcine		
Soufre précipité		2 grammes.

Préparation antiseptique de la laminaire et des cônes d'éponge. — On se sert des tiges hautes de laminaria, divisées en morceaux, ordinairement tournés et perforés de différentes longueurs et préparés antiseptiquement : 1° lavage à la brosse, immersion dans une solution de sublimé au 1/1000 jusqu'à dilatation complète; 2° lavage et immersion dans une solution naphtolée à 1/1000; 3° dessiccation à l'étuve ou dans un four de cuisine et on pourrait ajouter conservation dans l'éther iodoformé.

Pour préparer les cônes d'éponge, on prend de petites éponges plates et allongées, ou mieux, de grosses éponges formées de longues tiges cylindro-coniques. Chaque tige, taillée, régularisée, fournira une longue éponge dans laquelle on taillera jusqu'à trois ou quatre cônes. Après les avoir blanchies au permanganate de potasse et à l'hyposulfite, on les soumet aux préparations analogues à celles indiquées pour la laminaire. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*)

Bougies d'iodoforme. — On dissout dans une capsule tarée 6 grammes de gélatine dans 20 grammes d'eau et 3 grammes de glycérine. On évapore jusqu'à ce que le tout ne pèse plus que 20 grammes : on ajoute 11 grammes d'iodoforme, puis on coule dans des moules chauffés. Ces bougies contiennent à peu près un tiers de leur poids d'iodoforme. (*J. d'Anvers.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATION

Mal de Pott. — M. CALOT (de Berck) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1447.)

LECTURES

Épidémicité et contagion. — M. KELSCH termine la lecture d'un travail sur ce sujet, dont les conclusions générales sont les suivantes :

La nature de la contagion est le fondement de toute enquête et de toute mesure prophylactique.

S'opposer à la propagation des maladies infectieuses par des cordons sanitaires, par l'isolement, la désinfection, en un mot par tout ce qui tend à arrêter le transport ou à éteindre la vitalité des germes : c'est sans doute la tâche la plus rationnelle de l'hygiène prophylactique. Mais pour être complète, son œuvre devra comprendre également l'amélioration constante des milieux en vue de les rendre impropres à la culture des germes qui y vivent et y acquièrent éventuellement des fonctions pathogènes.

Parmi ces milieux, il convient de ne pas oublier l'homme lui-même, qui héberge dans ses cavités naturelles tous les facteurs de ses maladies; aux barrières que nos efforts opposent à la contagion, il convient d'ajouter, en toute circonstance, l'hygiène locale et individuelle.

Tumeur de l'utérus. — M. CADET DE GASSICOURT donne lecture d'une note de M. Heurtaux relatant l'observation d'une malade atteinte d'une tumeur, non fluctuante, sise à la partie moyenne de l'hypogastre, sensible par le vagin, ayant amené des crises douloureuses en dehors de l'époque des règles et une poussée de péritonite.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire fut porté, mais la laparotomie fit voir que la tumeur était reliée à la corne de l'utérus par un pédicule ayant fait un tour complet.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Marseille, le 19 décembre 1896.

Monsieur,

Vous n'ignorez pas, certainement, que l'instruction ministérielle du 28 décembre 1895, dit dans son article 238 que « les dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 ne peuvent, en aucun cas, être dispensés de la période de

quatre semaines àlaquelle ils sont assujettis en vertu de cet article ».

L'article 239 de la même instruction ministérielle dit que « des devancements d'appel peuvent être accordés à ceux de ces hommes, qui, par leur carrière ou leur situation (instituteurs dans les écoles d'Orient ou d'Afrique, élèves ecclésiastiques, etc.), ne sont pas destinés à devenir officiers de réserve ».

Vous concevez, Monsieur le Directeur, les conséquences regrettables qui résultent de cet état de choses pour les étudiants en médecine. Ceux-ci sont à ce moment, pour la plupart, médecins auxiliaires de réserve. Ils sont, depuis la circulaire de janvier dernier, convoqués en cette qualité, au moment des manœuvres, du 26 août au 22 septembre ordinairement. Or, beaucoup d'entre nous en sont alors à leurs derniers examens et se présentent, les uns à la session de juillet, et les autres en novembre et décembre. Cette période de quatre semaines ainsi jetée au milieu de leur préparation est absolument inopportune. Il serait donc utile et même, à mon avis, légitime, que nous pussions, nous aussi, obtenir des devancements d'appel, comme l'article 239 de l'instruction ministérielle citée plus haut en accorde aux élèves ecclésiastiques. On pourrait alors faire cette période au printemps et préparer ensuite ses examens en toute tranquillité.

Le second point sur lequel je voudrais attirer votre attention est relatif à la tenue des médecins auxiliaires.

Le règlement du 6 avril 1888, confirmé par une instruction ministérielle récente, alloue aux médecins auxiliaires des effets de sous-officiers, sur lesquels ceux-ci feront placer à leurs frais les attributs du corps de santé et les insignes de leur grade, mais il n'est pas question de parements de velours, qu'on accorde pourtant aux jeunes étudiants de l'École de Lyon. En campagne, les médecins auxiliaires portent le brassard de la Convention de Genève.

Affectés surtout en campagne au service de l'avant, l'ambulance surprise par une retraite brusque des troupes de ligne peut très facilement tomber aux mains de l'ennemi. Or, croyez-vous que celui-ci prendra toujours au sérieux la neutralité de ces médecins bizarrement équipés, dont la tenue tiendra en partie de celle du corps combattant et en partie de celle du service de santé?

Le même règlement autorise les médecins auxiliaires qui s'habillent à leurs frais à porter la tenue des adjudants des corps auxquels ils sont affectés, avec l'attribut médical au collet.

Ne serait-il pas préférable de les autoriser à porter (comme cela est généralement toléré) la tenue des aides-majors, sauf le galon de grade et la bande des pantalons? Cela ne coûterait rien à l'État et permettrait aux intéressés de se procurer une tenue qui leur servirait à nouveau comme officiers de réserve.

Je sais bien que la chose est tolérée; mais si une circulaire ministérielle transformait cette tolérance en droit, on éviterait ainsi certains incidents regrettables comme il s'en produit parfois aux grandes manœuvres.

Veuillez agréer, etc.

P.-A. RAPINE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la médaille d'or (médecine) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Claude. — Médaille d'argent : M. Gasne. — Accessit : M. Kahn.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 18 décembre. — Questions orales posées : Muqueuse de l'utérus à l'état de vacuité. — Signes de la grossesse normale.

Notes. — MM. Le Maguet, 22 + 8 = 30. — Froussard, 24 + 15 = 39. — Louis Moret, 22 + 15 = 37. — Fresson, 25 + 18 = 43. — Guéniot, 20 + 18 = 38. — H. Bernard, 24 + 17 = 41. — G. Sicard, 25 + 16 = 41. — Chifoliau, 24 + 15 = 39. — Fossard, 22 + 15 = 40.

Il n'y a pas eu de séance le 21.

— Par décret, en date du 18 décembre 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Comte et Laurent.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Huchard et Baillif.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Guérin, Haan, Jorand, Houzé, Cathelin, Veuillot, Piras, Vénot, Duhamel, Wolters, Louart, Brioude, Alleaume, Villeneuve, Burdet, Monjoin, Sangline, de Vaucher, Maury, Boyer, Darnal, Guillemot, Fortin, Proust, Lestoquoy, Levillain, Masson, Roussel, de Fajole, Le Goff, Maillard, Ricapet, Morin, Barbier, Privat, Reynders, Robet, Cougnenc, Salvage, Naussac, Auperin, Prunier, Perdereau, Petitpas, Lairé, Tamboise, Joguet, Tonnel, Aymé, Laborde, Griffault, Julhiet.

— Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Marseille se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Vaysse, Niel, Laporte, Eynard, Cotte, Chailan et Mas.

Externes : MM. d'Anthoine, Aubert, Porcheron, Pieri, Jourdan, d'Hawthorn, Audibert, Coltelloni, Riss, Thieu, Litardi et Reybaud.

— MM. les docteurs Arnal et Bergeret sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque d'Albertville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Camus est nommé chef adjoint des travaux pratiques de physiologie.

— *École de médecine de Clermont.* — Un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

M. Maurin, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de chimie et de toxicologie.

— *École de médecine de Marseille.* — Un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

M. le docteur Arnaud est nommé professeur de thérapeutique.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Allaire, chef des travaux chimiques, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 11 juin 1897.

— La Ligue nationale contre l'alcoolisme vient de constituer son bureau pour 1897.

Ont été nommés : président, M. le docteur A. Motet; vice-présidents, MM. le docteur Bouchereau, Cheysson, Glandaz et Vandendorpel; secrétaire général, M. le docteur E. Philbert; secrétaires généraux adjoints, MM. les docteurs Audigé et Moreau (de Tours); secrétaires des séances, MM. les docteurs Carro et Roubinowitch; bibliothécaire archiviste, M. le docteur Cruet; trésorier, M. Bartaumieux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gayat, décédé à Saint-Raphaël; A. Leclercq, médecin aide-major de première classe.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 149 — SAMEDI 26 ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. SAMEDI 26 ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1896. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 décembre 1896.

A côté des charlatans, rebouteurs et guérisseurs vulgaires, qui pratiquent sans diplôme et qui, de temps en temps, tombent sous le coup d'une loi trop clémente, il y a des charlatans diplômés, patentés. Ce sont ceux-là qui font le plus de tort à la profession médicale.

Nous connaissons tous le célèbre docteur X... qui guérit par « les urines » et traite par correspondance des milliers d'individus, le docteur Y... qui porte de ville en ville sa « merveilleuse découverte », le docteur Z... qui a trouvé un traitement « sans mercure » par l'extrait fluide de plantes aromatiques, et le fameux docteur qui guérit radicalement les hernies, sans opération ni bandage, et cette « Académie » qui rend l'ouïe aux sourds et la vue aux aveugles. Nous n'aurions garde d'oublier ceux qui, en quelques jours, réparent des ans l'irréparable outrage, rendent aux femmes stériles la fécondité, et font disparaître les écoulements les plus anciens et les plus invétérés.

Nous n'en finirions pas si nous voulions étaler toutes les escroqueries qui, sous le couvert d'un diplôme, sont journellement et impunément commises. Or il nous semble que ces escroqueries devraient tomber sous le coup de la loi. Nous avons grand intérêt à être débarrassés de ces faiseurs, dont l'indignité nous éclabousse et rejaillit sur nous.

Nous pourrions, à cet égard, nous inspirer de ce qui vient de se passer en Allemagne. Le docteur Volbeding, fort connu dans la Prusse Rhénane, vient d'être condamné à quatre ans et un mois de prison, à 3000 marcs d'amende et à cinq ans d'interdiction de ses droits civils. Ce docteur était poursuivi par le ministère public, sous la prévention d'escroqueries, d'homicide par imprudence et de corruption de fonctionnaire. Plus de 600 journaux allemands lançaient ses réclames qui lui coûtaient, dit-on, près de 200 000 francs par an : il traitait les malades par correspondance et avait un véritable bureau organisé pour rédiger les ordonnances et envoyer les remèdes. Les drogues, toujours les mêmes, étaient fabriquées dans un laboratoire par des manœuvres quelconques, qui n'avaient aucune notion de pharmacologie.

Volbeding était médecin, pourvu d'un diplôme régulier, ce qui n'a pas empêché la justice allemande de le poursuivre et de le démasquer. La justice française devrait prendre exemple sur cette manière de faire et ne pas hésiter à poursuivre ceux qui, abrités derrière un diplôme, abusent de leur situation privilégiée, pour exploiter leurs concitoyens.

Notre dernier article, sur ce sujet, nous a valu une série de lettres et de documents que nous ne pouvons tous faire connaître. Nous y voyons un de ces faux médecins, menant grand train, mais tiraillé par des échéances trop lourdes, jouant au chirurgien et se lançant dans des opérations dont il ignore les premiers éléments. Nous y voyons également un autre confrère du même ordre entreprenant la cure opératoire d'une hernie inguinale et, finalement, taillant, coupant, ouvrant la veine fémorale, et descendant jusque dans l'articulation de la hanche et jusque sur la tête fémorale! Ce sont là des crimes et de véritables monstruosités, qui devraient tomber sous le coup de la loi.

Tout médecin peut se tromper. Le médecin n'est pas infaillible, en effet; notre idéal doit tendre seulement à rendre nos erreurs exceptionnelles et peu préjudiciables. Mais, entre le médecin qui se trompe et celui qui vit de ses erreurs et de son impudence, il y a un abîme infranchissable. L'un doit être excusé, l'autre, à notre avis, devrait être sévèrement puni.

DU TRAITEMENT DES EMPYÈMES CHRONIQUES

PAR LA DÉCORTICATION DU POUMON

RÉSULTATS. — INDICATIONS. — TECHNIQUE (1)

Par le docteur Ed. Delorme,
Médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

II

Obs. IX (personnelle). — Sur un homme de trente ans, opéré avec M. Labbé, pour un empyème chronique droit total, avec fistule pulmonaire, j'obtins encore un résultat non négligeable; la séparation de la membrane permit au poumon de reprendre les deux tiers de son expansion normale, et certainement, si ce malade n'avait pas succombé aux progrès de sa cachexie, le poumon remis en valeur eût repris son volume, sinon en totalité, au moins en grande partie (1895).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1453.

OBS. X (personnelle). — Enfin, sur mon troisième malade atteint d'empyème total gauche, profond de 8 centimètres, remontant à plus de deux ans et qui, en vain, avait subi une *opération d'Estlander étendue*, la décortication fut impossible, et en dépit d'une *opération de Schede*, la cavité n'est pas comblée; une fistule sécrétante persiste (1895).

Avec ce dernier cas commence la série des opérés chez lesquels le résultat poursuivi ne put être obtenu, soit que la membrane n'ait pu être enlevée ou que le poumon soit resté atélectasié. Je ne fais que signaler ces cas que je reprendrai bientôt.

OBS. XI (RECLUS). — Tuberculeux opéré le 5 février 1894. État général et local très mauvais. Empyème total ancien.

Volet thoracique. *Extirpation totale de la membrane viscérale assez facile.* Dissection de cette membrane sur le péricarde et le diaphragme. Sous l'influence d'un trouble respiratoire, les alvéoles paraissent se dilater. Terminaison de l'opération en enlevant le lambeau. Mort le soir. « L'autopsie relève des lésions beaucoup plus sérieuses qu'on ne l'avait pensé; *le poumon droit était atélectasié dans son lobe inférieur, tuberculeux dans son supérieur; le gauche était ramolli à son sommet, parsemé de granulations confluentes dans tout le reste de son étendue.* »

Je retiens que dans ce cas, inopérable aujourd'hui, et dont la méthode n'a point à souffrir, la membrane se sépara entière.

OBS. XII (BOUILLY). — M. Bouilly nous a dit avoir opéré un malade chez lequel il n'avait pu dégager la membrane.

OBS. XIII à XV (GUINARD). — M. Guinard a cité, au Congrès de chirurgie de 1895, des cas d'insuccès; M. E. Bœckel, au même Congrès, en a signalé un.

OBS. XVI. — M. TAVEL (de Berne) m'en communique un autre. Il s'agissait d'une jeune fille tuberculeuse atteinte depuis longtemps d'une pleurésie purulente. La membrane viscérale, en partie calcifiée, faisait corps avec le poumon farci de tubercules. L'atélectasie était définitive; cette malade guérit de son opération.

Enfin, M. GIRARD (de Berne) et DELAGENIÈRE (du Mans) parlent, sans aucun détail, de cas d'insuccès opératoires (obs. XVII et XVIII).

Tel est le bilan actuel, que je crois complet, des résultats fournis par la décortication pulmonaire. Inutile, je crois, de baser une statistique sur des éléments si disparates et d'accuser 30 à 40 p. 100 de résultats bons (1), chiffre pourtant respectable, surtout si l'on songe aux conditions dans lesquelles on a eu parfois recours à ma méthode; mieux vaut chercher la cause des insuccès et s'attacher dorénavant à les éviter.

Indications. Contre-indications. — Si nous opposons à ces observations, prises sur le vivant, les enseignements tirés des autopsies et consignés, surtout depuis un siècle, dans nos auteurs, nous voyons qu'observations et descriptions sont concordantes. L'anatomie pathologique, comme la clinique, montre que, tantôt et souvent, la fausse membrane est séparable et le poumon insufflable; que d'autres fois la fausse membrane est très adhérente au poumon ou que celui-ci n'est pas susceptible de se dilater.

(1) Je n'ai pas voulu rappeler ici les observations heureuses de Roux (de Lausanne) et de Girard (de Berne), laissant à leurs auteurs le soin de les signaler. Ils parlent en faveur de l'opération et modifient ce taux de succès qu'ils porteraient à 40 p. 100.

Quelque partisan qu'on puisse être de l'opération, ces données imposent cette rigoureuse conclusion, que la valeur de la décortication *est tout entière liée à son opportunité*, au soin que l'opérateur aura mis à saisir son indication formelle : *une membrane décollable, un poumon perméable*, mais surtout une membrane décollable, puisqu'un poumon primitivement non insufflable peut ultérieurement se dilater. Il est donc de l'intérêt du patient, de l'opérateur, et de l'avenir de la méthode, que cette indication si nette soit recherchée.

Or est-il possible, à l'heure actuelle, sur un malade présentant une vaste cavité d'empyème chronique, d'établir cette indication en se basant sur les anamnestiques ou des signes extérieurs?

Malheureusement non. Et, sans entrer dans une discussion, je dirai que : ni la durée de la maladie, ni son étiologie, ni sa nature, ni les résultats de l'examen bactériologique, ni même ceux fournis par l'auscultation, ne peuvent toujours donner des renseignements suffisants.

Nous n'avons qu'un bon moyen de nous renseigner, c'est d'*aller droit à la membrane et au poumon* et d'explorer *de visu*, et on est d'autant plus autorisé à faire cette thoracotomie exploratrice, qu'elle constitue le premier temps d'une opération (décortication, Estlander modifié) que l'état du malade impose.

La membrane incisée, au besoin en plusieurs points, successivement, *se sépare* ou ne *se sépare pas*. Dans le dernier cas, on transforme l'opération. Dans le premier, on continue la décortication alors même que le poumon atélectasié ne reviendrait pas d'emblée à sa place, car rien ne dit que débarrassé de sa coque encapsulante et remis en valeur, il ne puisse ultérieurement se dilater en partie ou en totalité.

On abandonnerait l'opération, à cause de ses dangers, si le poumon, perméable en quelques points, était farci de cavernules tuberculeuses superficielles.

Dans ces précises limites, je crois que la décortication, qui ne fait courir aucun risque à l'opéré et qui lui offre le si précieux avantage de lui redonner tout un poumon, est appelée à garder la place qu'elle mérite dans la thérapeutique des empyèmes chroniques dont la cure est actuellement si déconcertante pour le chirurgien.

Je pense qu'ainsi conduite, elle verra ses succès s'accroître à mesure que nous nous éloignerons de la période incertaine de début pendant laquelle on n'a pu faire la part exacte de ses indications et de ses contre-indications.

Il me semble, en tous cas, qu'elle devra tout d'abord être préférée aux méthodes de thoracoplastie, puisqu'elle les dépasse par le but poursuivi : le *rappel d'un organe à ses fonctions*.

Détails de technique. — Avant l'intervention, il me semble indispensable, si ce n'est dans les cas de fistule pulmonaire, de désinfecter, pendant plusieurs jours, par de grands lavages à l'eau bouillie mêlée d'alcool, d'acide borique, de permanganate, etc., c'est-à-dire d'antiseptiques non toxiques, de désinfecter la cavité étendue et anfractueuse de l'empyème. Ces cavités sont, en effet, des réceptacles de pus bleu, parfois de pus putride qui s'accumulent dans l'angle costo-diaphragmatique. Par ces lavages, on réduit autant que possible les chances d'infection au cours de l'opération et on simplifie quelque peu le nettoyage de la cavité.

En principe, je suis éloigné des instrumentations spéciales

qui ne sont pas absolument imposées. Ici peuvent suffire les instruments ordinaires, ceux qui servent aux excisions costales, des sondes cannelées d'acier, très résistantes, un détache-tendon, une spatule élévatoire pour dégager la membrane; une grande pince amygdalienne droite de Baudens, des pinces à ovariotomie pour saisir la coque et l'attirer; des ciseaux à polypes pour l'exciser, de grandes pinces hémostatiques, voire les pinces à pédicules pour arrêter au besoin l'écoulement sanguin; des curettes de différentes grosseurs, surtout une très grosse, à long manche, en forme de cuiller arrondie, pour nettoyer les parois de la cavité.

Tous ces instruments doivent être longs à cause de la profondeur du poumon, presque mousses pour éviter de l'entamer.

La distance qui sépare le poumon de la paroi, la délicatesse qu'impose l'incision de sa membrane d'enveloppe et la mise à découvert de la surface pulmonaire, enfin la gêne que peuvent occasionner l'extension brusque ou les mouvements incessants des lobes libérés qui masquent le champ opératoire, imposent avant tout de se donner du jour, beaucoup de jour, si l'on ne veut pas s'exposer à faire une opération incomplète ou dangereuse. Aussi, je reste attaché, jusqu'à nouvel ordre, au volet thoracique, sans le faire descendre plus bas que je l'ai conseillé autrefois, ce qui me paraît inutile. Je le crois préférable aux brèches pariétales que laissent l'excision de deux ou trois côtes et l'incision des espaces correspondants. Ces brèches donnent un jour insuffisant.

Pour déterminer le siège du volet thoracique, il faut se guider à la fois sur la position et les dimensions de la poche et sur les adhérences que le poumon a contractées avec la cage thoracique. Les rapports de cet organe avec la paroi, variables suivant les cas, seront toujours, avant la séparation du volet, relevés à la sonde ou au doigt. Pour faciliter l'exploration, on s'aidera au besoin d'une résection de la côte supérieure à la fistule. Par cet examen préalable, on évitera la blessure du poumon.

Bien que le schock n'ait pas été habituellement sévère et différent de celui qu'on observe à la suite des opérations d'Estlander, il y a lieu cependant de s'en préoccuper, et, pour le prévenir ou le réduire au minimum, de diminuer dans toute la mesure du possible la durée de l'opération et de l'hémorragie.

C'est pour atteindre ce but que je laisserais dorénavant la peau adhérente au lambeau ostéo-musculaire, que je dégagerais, à la base du volet, les côtes intermédiaires par deux courtes incisions répondant l'une à la deuxième côte supérieure, l'autre à l'avant-dernière et parallèles à elles; je couperais les côtes supérieure et inférieure, en m'aidant du tracé de l'incision. C'est pour remplir cette indication que j'exciserais les côtes à la base du lambeau en un temps, avec une pince-gouge spéciale. C'est encore dans ce but que je proposerais de ne consacrer au nettoyage de la cavité que juste le temps nécessaire et de s'aider surtout de la grosse curette mousse ou de tampons aseptiques, au lieu de chercher à disséquer minutieusement, comme certains l'ont fait, la fausse membrane sur le diaphragme et le péricarde, jeu dangereux et inutile.

On ne peut avoir, en effet, la prétention de nettoyer à fond toutes les surfaces et d'aviver la paroi pariétale. Aussi, après m'être débarrassé, par des grands raclages, du magma de pus et de granulations fixés à la paroi thoracique, aux surfaces du péricarde, du diaphragme et du poumon, nettoyé le cul-de-sac costo-diaphragmatique avec des tampons et gratté avec attention la place où doit être incisée la membrane enveloppante, je passerais assez vite à l'incision de la coque.

C'est un des plus délicats, le plus délicat peut-être; aussi les instants passés à bien l'exécuter ne sont-ils pas des moments perdus.

La séreuse viscérale, malgré son extrême minceur, est plus résistante qu'on ne pense; conservée, elle protège bien le parenchyme pulmonaire; quand on l'a sectionnée, il est facile de dilacérer ce dernier. L'incision se fera donc avec lenteur, minutie, et d'une façon progressive.

Dans un endroit bien accessible, la membrane est rayée avec le bistouri, plutôt qu'incisée, dans une étendue de 2 à 3 centimètres et à une faible profondeur. Cela fait, avec la sonde cannelée ou une curette, on dilacère chaque lèvre de la plaie. Si la couleur gris-bleuâtre du poumon n'est point aperçue, alors on continue à rayer puis à dilacérer la coque jusqu'à ce qu'on arrive à la surface lisse du poumon. La sonde cannelée est promenée délicatement contre la face profonde de la membrane, parallèlement à elle, et, par de légers mouvements de va et vient, en se rapprochant plus de la coque que du parenchyme, on dégage assez cette dernière pour pouvoir engager sous elle la pointe de ciseaux mousses, l'élévatoire ou mieux l'index. Le dégagement se poursuit ensuite avec les doigts et la main, comme je l'ai dit dans ma Communication académique de 1894, que je ne veux pas reproduire ici.

Que si, malgré les précautions prises, on entamait le parenchyme lors de l'incision de la coque, il serait préférable de se reporter à quelque distance, car, comme je viens de le dire, il est facile et dangereux de pénétrer avec le doigt ou des instruments dans le parenchyme.

Lorsque le poumon, dès les premières tentatives de dégagement à la sonde cannelée, accuse une tendance trop marquée à faire hernie, au lieu de poursuivre sur le même tracé le large dégagement de la membrane, il est peut-être préférable de se reporter plus haut ou plus bas, sur un autre lobe, et de recommencer là la manœuvre de la première incision et du premier dégagement. En préparant ainsi son terrain sur chaque lobe, on éviterait d'être gêné, pour les incisions ultérieures, par un poumon qui en imprimant à la membrane d'incessants ou de brusques mouvements, masque le champ opératoire, donne des craintes pour sa blessure et incite le chirurgien à hâter son opération ou à la laisser incomplète.

Si le poumon montrait moins de tendance à la hernie, il va sans dire qu'il y aurait peu d'inconvénients à continuer le dégagement en prolongeant la première incision.

La présence d'une fistule pulmonaire, complication qui n'est pas rare, comporte quelques indications spéciales. Et d'abord, faut-il tenter de l'oblitérer? La réponse ne paraît pas douteuse; elle doit être affirmative. L'air qui s'échappe par la fistule est perdu pour l'expansion du poumon correspondant et, d'un autre côté, si la plaie extérieure guérissait avant la fistule pulmonaire, celle-ci pourrait faire subsister le pneumothorax et l'affaissement du poumon.

Il est facile de reconnaître ces fistules soit *de visu*, soit par les bulles d'air qui en sortent et qui éclatent au milieu du sang ou des liquides que renferme la plèvre au cours de l'opération. Ce signe m'a servi chez trois de mes opérés.

Pour les oblitérer, on peut, comme M. Lardy et moi

l'avons fait, se contenter d'un avivement périphérique avec une curette de dimensions appropriées. On les ferme encore en embrochant les parties voisines avec une suture à anse unique ou double au catgut. Un avivement, bien entendu, a précédé l'application de la suture. J'ai encore employé ce procédé avec succès (1).

Dès que la guérison de la plaie sera obtenue, une gymnastique respiratoire appropriée (effort, marche, course) forcera le poumon à se déplisser, en cas d'atélectasie, et maintiendra le résultat acquis, s'il est dilatable.

J'aurais encore bien d'autres questions secondaires à soulever, bien d'autres détails à fournir ; je me réserve de les publier bientôt.

Je m'arrête non sans engager vivement à accorder à la décortication pulmonaire la place qu'elle mérite et à en continuer l'essai sur de nouvelles bases.

THÉRAPEUTIQUE

Désodorisation de l'iodoforme. — On a cherché à masquer l'odeur désagréable de l'iodoforme, soit pour son administration à l'intérieur, soit pour son emploi externe.

Jaksch a remarqué que tous les antiseptiques à odeur spécifique jouissent de la propriété de masquer complètement celle de l'iodoforme, en même temps que leur odeur propre devient aussi à peine perceptible. D'où l'emploi du thymol, de la naphtaline, du goudron, de la créoline; celle-ci est préférable, dans la proportion de 1 à 2 p. 100 : on obtient une poudre brunâtre, à odeur faiblement aromatique, soluble dans l'alcool et l'éther ; si on la traite par l'eau, celle-ci ne dissout que la créoline.

Oppler a préconisé l'emploi du café pulvérisé, dans la proportion du tiers ou du quart.

Dix p. 100 de coumarine ou de vanilline masquent très bien l'odeur de l'iodoforme (Stout); on peut aussi se servir de l'acide cinnamique, en l'employant en quantité égale à l'iodoforme (Stout).

Laura Goodman a remarqué qu'en mettant un crayon de menthol dans un flacon plein d'iodoforme, l'odeur disparaît complètement au bout d'une à deux heures.

On a préparé, par un procédé tenu secret, un iodoforme bituminosé; en incorporant du goudron à l'iodoforme jusqu'à désodorisation, on obtient des écailles micacées brunes, à éclat métallique.

Kay a obtenu, avec 10 p. 100 de goudron, une pâte n'ayant plus que l'odeur du goudron; 5 p. 100 donne un mélange pulvérulent, ne sentant plus en aucune façon l'iodoforme.

Aussi M. Negel a-t-il proposé la préparation de pilules ainsi formulées :

Iodoforme	3 grammes.
Goudron	15 —
Extrait d'opium.	60 centigr.

pour 120 pilules, 8 par jour.

Enfin, on peut avoir recours aux essences; Cantrelli mélange parties égales d'iodoforme, d'essence de menthe et d'essence de lavande. On peut aussi employer :

5	parties	d'essence de	menthe.
2	—	—	citron.
1	—	—	néroli.
1	—	—	benjoin.

pour 100 grammes d'iodoforme. (*Bull. gén. de thérap.*)

(1) J'en ai parlé au Congrès de chirurgie de 1895.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1897

(Les concours seront clos fin février 1897.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra nostras et le choléra dit indien.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1400 francs. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.*

Prix Marie Chevalier. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

Prix Daudet. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le

1er décembre 1897. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1898. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.*

Prix Pourat. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1896. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PATHOGÉNIE DE L'APPENDICITE

M. **Lucas-Championnière** dit que la théorie du vase clos n'a pas recueilli beaucoup de suffrages dans la Société de chirurgie. En Angleterre, en Amérique, des objections analogues ont été soulevées.

Il y a, en effet, des affections dites appendicites qui ont une pathogénie spéciale et demandent une intervention particulière. Des abcès iliaques peuvent être dus, non pas seulement à l'appendicite, mais aussi à une typhlite. Si on attribuait tous ces abcès à des appendicites, on serait conduit à des opérations qui, parfois, pourraient être pernicieuses.

Le diagnostic d'appendicite n'est pas toujours facile à établir : on peut la confondre avec des ovaro-salpingites, un déplacement rénal aigu, une péritonite tuberculeuse aiguë, une rupture traumatique musculaire de l'abdomen.

Il faut donc réagir contre les tendances des chirurgiens actuels qui veulent toujours intervenir dès que la moindre douleur dans le côté droit peut faire penser à l'appendicite.

La théorie du vase clos ne supporte pas l'examen. L'appendicite est, en somme, un épiphénomène de l'engouement stercoral. Si la théorie du vase clos était vraie, il faudrait voir, dans tous les cas opérés, l'appendice fermé. Une fois l'appendice supprimé, les accidents ne rentrent pas toujours dans l'ordre.

Il y a, d'autre part, des cas de guérison certaine d'appendicite, les individus conservant leur appendice.

La vraie théorie de l'appendicite est l'ancienne théorie de l'encombrement intestinal, auquel se surajoute l'infection microbienne. L'appendicite succède donc souvent à la typhlite. La fièvre typhoïde aussi peut donner lieu à l'entérocolite, à la typhlite avec ou sans appendicite.

L'appendicite a de grands rapports avec l'alimentation. Cette affection survient souvent chez les individus digérant mal, mâchant incomplètement. L'appendicite paraît plus commune en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, qu'en France. L'explication doit être cherchée précisément dans la différence de l'alimentation suivant les pays.

L'appendicite familiale peut de même tenir à un défaut d'alimentation commun à une même famille. L'alimentation vicieuse prédispose à l'infection intestinale.

En somme, l'appendicite ne semble pas exister souvent à l'état isolé, toujours indépendante de l'entéro-colite. Il ne faut donc pas, dans tous les cas, procéder immédiatement à l'ablation de l'appendice.

Comme traitement de ces accidents, le premier point à rechercher, c'est l'évacuation de l'intestin. Grâce à la microbiologie, on revient aux anciennes pratiques des purgations. Les purgatifs sont, en somme, les meilleurs antiseptiques intestinaux. Donc, dans les accidents d'appendicite, il ne faut jamais commencer par prescrire les opiacés.

Quand il se produit de la péri-appendicite suppurée, cette suppuration peut tenir soit à la propagation directe par l'organe, soit à la propagation par les vaisseaux lymphatiques.

Mais cette propagation par voie lymphatique ne se fait jamais à une grande distance. Rien ne prouve que les suppurations sous-hépatiques ou autres soient d'origine appendiculaire. En somme, si l'appendice joue un certain rôle dans les accidents dits d'appendicite, il ne joue pas tout le rôle. Il en résulte que l'opération ne doit pas toujours être la même. Il faut traiter avant tout l'encombrement intestinal.

M. **Felizet** fait observer que lorsqu'on opère à froid, dans les cas d'appendicite, on trouve facilement l'appendice et on peut l'examiner à l'aise.

Quand on opère à chaud, en général, on ne trouve pas l'appendice, soit que l'appendice soit détruit, soit qu'il ne soit pas en cause. Souvent, en effet, les abcès sont dus à la typhlite et à la pérityphlite.

M. Felizet relate 2 observations de typhlite vraie chez deux jeunes enfants ayant une alimentation vicieuse et trop abondante. Ces enfants avaient tous deux des collections iliaques suppurées, siégeant en avant et en dehors de la fosse iliaque. Chez les deux malades, il existait le « boudin » cæcal. Ce boudin présentait une paroi épaissie. Des adhérences masquaient le tiers postérieur du cæcum. L'appendice n'était pas malade.

Les deux malades ont guéri. Donc, chez ces malades, chez

lesquels on a noté de la constipation, de l'engouement stercoral, des écarts de régime, il s'agissait d'une véritable typhlite.

L'appendice peut donc être sain. S'il y a appendicite, elle a pu succéder souvent à la typhlite.

M. RECLUS a observé récemment une malade de trente-deux ans qui, ayant des oxyures, prit un lavement au sublimé.

Immédiatement après, elle fut prise de coliques, de selles glaireuses. Puis, au bout de quelques jours, les phénomènes intestinaux disparurent.

Mais au bout de quelque temps survinrent des phénomènes d'appendicite et de péri-appendicite.

Donc, dans ce cas, l'intoxication mercurielle a donné dans tout l'intestin une inflammation qui s'est éteinte dans le gros intestin assez rapidement; elle a persisté, au contraire, au niveau de l'appendice, où elle a permis l'infection microbienne avec péri-appendicite et péritonite.

La théorie de M. Poirier, soutenue dans la dernière séance, ne séduit guère M. Reclus; elle exclut absolument l'influence des corps étrangers; elle ne permet pas d'expliquer les appendicites chez les gens âgés, chez lesquels la régression est terminée.

La théorie de M. Pozzi ayant trait au bouchon muqueux n'est pas plus acceptable. L'existence de ce bouchon muqueux est une vue de l'esprit. De plus, cette existence est même révoquée en doute par les médecins pour la production de l'ictère.

M. PONCET a eu l'occasion de voir un grand nombre d'appendicites. D'après 71 observations, M. Poncet a déjà, il y a quelques mois, réfuté la théorie de M. Dieulafoy à l'Académie de médecine. La théorie du vase clos n'est qu'une hypothèse.

Il s'agit de phénomènes infectieux qui trouvent leur raison d'être chez les sujets mêmes. On peut assimiler l'appendicite à l'amygdalite par exemple (Roux).

Depuis cette époque, M. Poncet a pu observer 12 nouveaux cas. Le diagnostic d'appendicite est relativement facile, et le rôle de l'appendice est très important en pathologie. Sur les 12 cas, M. Poncet n'est pas intervenu dans 3 cas. Dans 9 cas, il est intervenu : 6 fois pour des phlegmons, ces malades ont guéri; 3 fois pour des péritonites. Chez 2 de ces derniers opérés, l'appendice était fermé ou perforé. Chez un malade opéré à froid, l'appendice était coudé, déformé; mais il n'était pas bouché.

Dans 2 cas seulement, l'appendice était rétréci, comme turgide; mais l'occlusion n'était pas complète. Mais ce rétrécissement était l'effet et non la cause des accidents.

En résumé, la pathogénie de l'appendicite n'est pas encore éclairée complètement. La théorie du vase clos n'est pas défendable. Il s'agit d'une véritable infection, qui doit conduire à une intervention.

RAPPORT

Hernie inguino-scrotale double avec fistule appendiculaire. — M. MICHAUX lit un rapport sur un travail de M. Veslin (d'Évreux), relatif à un cas de hernie inguino-scrotale double, avec fistule appendiculaire, consécutive à l'appendicite. Ce fait a été observé chez un enfant de vingt-huit mois. Le petit malade a guéri après l'opération.

Ces cas de hernies de l'appendice sont assez rares. Il est plus rare encore de voir l'étranglement de l'appendice avec appendicite et fistule appendiculaire, comme dans l'observation de M. Veslin.

L'étranglement de l'appendice semble difficile à admettre. L'appendicite herniaire doit être plus fréquente.

ÉLECTIONS

M. Delens a été nommé président de la Société de chirurgie pour l'année 1897; M. Berger, vice-président; M. Nélaton, premier secrétaire général; M. Reynier, deuxième secrétaire général; M. Walther, trésorier; M. Brun, archiviste.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 23 décembre. — Questions orales posées : Glande sous-maxillaire. — Stomatite mercurielle.

Notes. — MM. Petit (Jean), 23 + 15 = 38. — Larrieu, 26 + 17 = 43. — Rousseau, 23 + 8 = 31. — Legay, 22 + 15 = 37. — Leroy des Barres, 23 + 15 = 38. — Pauly, 20 + 9 = 29. — Chauveau, 22 + 15 = 37. — Hivet, 26 + 16 = 42. — Loubet, 23 + 15 = 38. — Coustols, 20 + 10 = 30.

Séance du 26 décembre. — Questions orales posées : Rapports de la crosse de l'aorte. — Signes et complications de l'anévrysme de l'aorte.

Notes. — MM. d'Herbécourt, 26 + 16 = 42. — Langlet, 24 + 15 = 39. — Léger, 20 + 14 = 34. — Minet, 25 + 17 = 42. — Poulain, 24 + 14 = 38. — Bellin, 20 + 14 = 34. — Lutzgarten, 23 + 14 = 37. — Adrien Mauger, 26 + 16 = 42. — R. Labbé, 21 + 14 = 35. — Iselin, 24 + 18 = 42.

Errata. — Séance du 18 décembre. — Au lieu de M. Froussard, 24 + 15 = 39, lire : 25 + 15 = 40. — Au lieu de M. Fossard, 22 + 15 = 40, lire : 25 + 15 = 40.

— Par décret, en date du 23 décembre 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Barrême et Mercier.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Coppin, Denis, Gallas et Roux-Fressineng.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1896, des concours s'ouvriront le 26 juillet 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille :

1° Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

2° Pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie de ladite École.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lescuyer (de Verdun-sur-Meuse), décédé subitement à l'âge de soixante-deux ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1897, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur TROUSSEAU, et le docteur Constantin PAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH. — 4° *Code médical professionnel*, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT.

Plus, un calendrier à deux jours par page; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médi-

cales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendr er et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 150. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1896. 69e ANNÉE. JEUDI 31 DÉCEMBRE 1896. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Bergeron pour la lecture des discours qu'il a prononcés, au nom de l'Académie, dans deux circonstances récentes, le jubilé Roussel et la translation des cendres de Pasteur. Cette lecture a été accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

L'Académie a ensuite entendu trois communications dont deux poursuivant le même but, le traitement de la surdité et dont l'autre a trait au traitement de la myopie. Cette dernière a été faite par M. Panas. Il s'agit du traitement chirurgical de la myopie, c'est-à-dire du traitement par l'ablation du cristallin. Cette méthode n'est pas nouvelle et, dans l'historique de la question, M. Panas rappelle que déjà au siècle dernier on avait songé à traiter des myopies très accentuées par ce procédé qui semble revenir aujourd'hui en faveur.

Des myopes, passons aux sourds. M. Laborde a présenté un appareil fort ingénieux imaginé par M. Dussaud (de Genève). Cet appareil, auquel on donne le nom de microphonographe, n'est autre chose que l'association du phonographe au microphone. A l'aide de cet appareil, il n'est pire sourd qui ne puisse entendre. M. Dussaud a pu ainsi faire entendre la *Marseillaise* à un jeune sourd-muet qui en était émerveillé et marquait son contentement en battant la mesure du chant national. La combinaison du microphone de M. Dussaud appliqué sur un nouveau phonographe inventé par un mécanicien français, M. Sivan, constitue une importante découverte, appelée, croyons-nous, à rendre de grands services.

C'est encore du traitement de la surdité qu'il s'agit dans la communication de M. Garnault. Cet auteur propose un traitement chirurgical qui consiste à enlever la membrane du tympan, le marteau et l'enclume.

L'Académie a nommé un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. C'est sur M. Railliet que s'est portée la presque unanimité des suffrages. Enfin, il a été procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes. Voici quels sont les nouveaux élus : MM. Bucquoy et Weber (épidémies), Proust et Robin (eaux minérales), J. Chatin et Prunier (remèdes secrets), Fournier et Roux (vaccine), Blache et Guéniot (hygiène de l'enfance).

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYOPIE

Par le docteur Panas,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

A une époque relativement récente où, malgré les conceptions lumineuses de Young, on attribuait aux muscles extrinsèques (droits et obliques) le pouvoir d'accommodation par allongement du globe, on a pensé que la répétition de cet acte pouvait devenir cause de myopie. De là à s'attaquer aux muscles, il n'y avait qu'un pas, qui fut franchi par Jules Guérin (section des muscles droits), puis Phillips (section de l'oblique supérieur), Bonnet, de Lyon (section de l'oblique inférieur), Szokalski et d'autres.

La démonstration due à Helmholtz que le cristallin et le muscle ciliaire étaient les seuls agents de l'accommodation, a eu pour résultat l'abandon des myotomies dans la myopie, et une dernière tentative de réhabilitation, faite récemment par Motais (d'Angers), n'a pas trouvé jusqu'ici d'écho. Il se pourrait, toutefois, que les raisons invoquées contre la ténotomie, basées sur la non-intervention des muscles extrinsèques dans l'accommodation, ne fussent pas valables pour ce qui concerne l'etiologie et le traitement chirurgical de la myopie.

Pour nous, d'accord avec J. Guérin, Giraud-Teulon et d'autres, la convergence forcée joue un rôle prépondérant dans l'évolution de la myopie progressive, surtout chez les individus prédisposés.

Bonnet (de Lyon), dans son « Traité des sections tendineuses », relate des cas de réduction dans le degré de la myopie, obtenue par la ténotomie du petit oblique à son insertion orbitaire. Comme il s'agit là d'une intervention des plus simples, nous pensons qu'elle mérite d'être reprise, ne fût-ce qu'à titre d'essai.

Pour compléter l'historique des opérations qui s'attaquaient au cristallin transparent, il nous faut signaler la mention qu'en fait Beer dans son traité de 1817, p. 659. Weber, au Congrès de Heidelberg, 1858, y revient, ainsi que Mooren (*ibid.*), qui relate une opération de ce genre,

peu encourageante il est vrai, puisqu'elle fut suivie d'iridocyclite destructive. A ce propos, Donders et de Graefe s'élevèrent contre toute tentative opératoire dans la myopie, et cet arrêt fit qu'on n'en parla plus jusqu'en 1888, époque à laquelle Ruiz et Kœnig (1) plaidèrent en faveur de l'intervention par des arguments valables, mais auxquels manquait la sanction de l'expérience. En 1888, Fukala présentait, à la Société médicale de Vienne, deux malades jeunes, opérés par discision avec succès et, en 1890 (2), il en publiait un ensemble de dix-neuf cas, tous concernant des individus de moins de vingt-quatre ans, et offrant une myopie supérieure à 13 D. C'est à lui, en réalité, qu'il faut faire remonter les premières observations positives. Parmi ceux qui ont suivi cette voie, nous citerons Vacher (1891), Bouchard (thèse 1892), Schweigger (1892), Thier, Valude, Hippel, Schirmer, Wray, Pflüger, Vacher (1894 et 1895), Sattler, les deux cas de Valude et Silvastri (3).

Après cette énumération, il nous sera permis de relater une observation personnelle qui ne manque pas, croyons-nous, d'intérêt au point de vue de la double intervention opératoire et du résultat dont elle a été la suite.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de seize ans, myope de 22 D. à l'œil droit, et de 16 D. à l'œil gauche. A part un croissant myopique rudimentaire, aucune lésion choroïdienne ; milieux transparents. Ne peut exercer aucun métier à cause de sa forte myopie, malgré l'emploi de verres correcteurs.

L'œil droit opéré le 11 mars 1893 par iridectomie suivie de discision, puis d'extraction, était devenu hypermétrope de 1,25 D. avec + 0,75 D. d'astigmatisme conforme à la règle. L'acuité visuelle égale à un tiers lui permettait de voir au loin et de lire sans la moindre fatigue. Sur les sollicitations du malade, l'œil gauche fut opéré le 22 novembre 1895 par discision et extraction sans iridectomie. Le résultat fut exactement le même, avec le même degré d'hypermétropie et d'astigmatisme. L'acuité visuelle supérieure à un tiers permettait au malade, grâce à la rondeur et à la mobilité de sa pupille, de se guider au loin sans verre et d'être très satisfait de la vision de près.

Revu en juillet, puis en décembre 1896, le sujet se trouve toujours dans le même état satisfaisant, en tant qu'acuité visuelle; mais l'examen ophtalmoscopique nous montre les petits croissants choroïdiens situés toujours du côté temporal, en voie d'évolution manifeste, bien qu'il s'agisse désormais d'yeux aphakes privés de toute réfraction. Cette constatation, venant à se confirmer par des observations de même ordre, serait on ne peut plus contradictoire de l'avis de ceux qui font jouer à la réfraction le rôle prépondérant dans les progrès du staphylome d'où dérive la myopie.

D'un ensemble de 400 ou 500 observations d'extraction du cristallin dans la myopie, que nous avons dépouillées, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions, en grande partie favorables à cette intervention.

Elle est parfaitement justifiée dans les myopies fortes et progressives, à partir de 16 D. et au-dessus, à la condition que l'acuité visuelle soit suffisante eu égard à la profession exercée par le sujet, ce qui suppose l'absence de lésions maculaires, la transparence des milieux et le manque d'amblyopie (par strabisme ou autrement).

Pour un même degré élevé de myopie, l'opération est d'autant plus indiquée que l'individu est jeune, l'expérience ayant démontré combien alors sont à craindre par la suite des complications graves telles que : le synchisis vitréen, l'atrophie et l'apoplexie de la macula, la choroïdite disséminée, les cataractes corticales et, par-dessus tout, le décollement spontané de la rétine.

Sans doute, l'extraction du cristallin transparent n'est pas exempte de mécomptes. Nous pensons même que le chiffre des insuccès est supérieur à celui qui ressort des statistiques publiées jusqu'ici, et cela, moins par mauvaise foi d'auteur que par le manque d'une surveillance assez prolongée des opérés, dont on se presse trop de publier la guérison. Néanmoins, la gravité des complications, à craindre dans la myopie que rien ne peut pallier, doit faire accepter l'opération, même au risque d'insuccès qui, en somme, constituent l'exception et dont le nombre décroîtra grâce à une antisepsie sévère et en tenant compte des contre-indications opératoires. Disons, à ce propos, que, pour la majorité des opérateurs, les lésions choroïdiennes atrophiques ne constituent une contre-indication formelle que si elles intéressent la macula ou s'accompagnent de décollement de la rétine. En pareil cas, le résultat serait aléatoire, sinon nul, et mieux vaut s'abstenir de toute intervention.

(1) *Rec. d'ophtalm.*, 1888, p. 224.
(2) *Arch. f. Ophtalm.*, t. XXXVI, fasc. II, p. 230.
(3) *Sett. med. dello Sperimentale*, 1896.

ABOLITION DU RÉFLEXE DU TENDON D'ACHILLE DANS LA SCIATIQUE (1)

Par M. J. Babinski, médecin des hôpitaux.

Je désire attirer l'attention de la Société sur un signe de la sciatique qui, déjà signalé il est vrai (2), n'est toutefois guère connu, et n'est même pas mentionné dans les traités classiques.

Voici en quoi consiste ce signe : tandis que, du côté sain, le réflexe du tendon d'Achille est normal, du côté malade ce réflexe n'existe pas ou est très faible. J'ai constaté ce phénomène, non seulement dans les cas de sciatique intense avec amyotrophie notable, correspondant à la forme que l'on désigne sous la dénomination de *sciatique névrite*, mais aussi chez des malades atteints de la forme légère de cette affection que l'on appelle *sciatique névralgique*, épithète qui n'implique, du reste, pas l'idée que, dans les cas de ce genre, il n'y ait pas d'altération organique du nerf.

Je vais présenter à la Société deux malades, chez lesquels on constate ce signe avec la plus grande netteté. Voici, d'une manière succincte, l'histoire clinique de chacun d'eux :

Observation I. — Le nommé E..., âgé de quarante-quatre ans, exerçant la profession de sellier, a souffert, autrefois, il y a de cela environ vingt ans, dans le territoire du sciatique gauche, mais ces douleurs ne l'ont pas empêché de travailler. Il a, du reste, toujours joui d'une bonne santé; il ne paraît pas avoir eu la syphilis, n'a pas eu de manifestations rhumatismales et n'a pas fait d'excès de boisson.

Il y a deux mois, le malade a ressenti, le long du sciatique gauche, quelques douleurs qui disparurent au bout de huit jours, et furent remplacées par des douleurs siégeant sur le trajet du sciatique droit, plus intenses et plus tenaces que les précédentes, qui l'ont mis dans la nécessité de suspendre son travail et d'entrer à l'hôpital.

Ces douleurs sont continues, mais, de plus, sont sujettes à des paroxysmes; la pression sur les points fessier, péronéo-tibial et malléolaire externe, les augmente considé-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.
(2) *Die Sehnenreflexe u. ihre Bedeutung f. die Pathologie des Nervensystem von Sternberg*, 1893, p. 116.

rablement. On constate le signe de Lasègue. La sensibilité au tact et la sensibilité à la température sont normales. Pas d'amyotrophie; pas de troubles de la contractilité électrique des muscles. Pas de troubles vaso-moteurs. Le chatouillement de la plante des pieds provoque des deux côtés la flexion des orteils. Les réflexes rotuliens sont semblables des deux côtés et normaux. *Le réflexe du tendon d'Achille du côté gauche est normal; celui du côté droit fait totalement défaut.* Il n'existe aucune autre manifestation pathologique chez ce malade.

Obs. II. — La nommée C..., âgée de vingt ans, employée de magasin, s'est très bien portée jusqu'à l'âge de dix-huit ans. A cette époque, elle a commencé à éprouver quelques douleurs dans le pied et dans la jambe gauches, qui, d'abord légères, augmentèrent ensuite d'intensité et rendirent la marche difficile; les personnes de l'entourage de la malade s'aperçurent alors qu'elle inclinait le tronc du côté droit, et que la hanche gauche devenait plus saillante. Il y a six mois, à son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait d'éprouver dans le membre inférieur gauche des douleurs continues qui, à certains moments, devenaient encore plus violentes; ces douleurs occupaient le trajet du sciatique; la pression sur les points fessier, fémoraux et malléolaire externe, était très douloureuse. Signe de Lasègue. La sensibilité tactile et la sensibilité thermique étaient normales. Très légère atrophie des muscles de la jambe gauche. Pas de troubles vaso-moteurs. Le réflexe cutané plantaire était normal des deux côtés. Il en est de même du réflexe rotulien. *Le réflexe du tendon d'Achille était normal à droite; il manquait presque complètement à gauche.* Le tronc était fortement incliné du côté droit et la colonne vertébrale décrivait une double courbure, l'une inférieure lombaire, à concavité droite, l'autre supérieure, dorsale, à concavité gauche; cette scoliose était identique à celle qui a été décrite par Charcot et Babinski (1). Aucun autre trouble à signaler.

La malade fut soumise, à plusieurs reprises, à l'usage du salicylate de soude et son état s'est amélioré progressivement.

Actuellement, les douleurs ont presque disparu; la scoliose s'est atténuée d'une manière très notable; les muscles des jambes ont à peu près le même volume des deux côtés : le réflexe du tendon d'Achille gauche existe nettement, mais il est très notablement plus faible que celui du côté droit.

Dans ces deux cas, le diagnostic de sciatique est indiscutable, et la différence entre le réflexe du tendon d'Achille du côté sain et celui du côté atteint de sciatique est des plus nettes. Ce signe, comme en général tous les signes objectifs, me paraît avoir une grande valeur au point de vue du diagnostic; sa présence indique l'existence d'une altération organique du nerf, et elle permet d'écarter l'hypothèse de simulation; elle peut contribuer à permettre de distinguer la sciatique vraie de la sciatique hystérique, qui n'est pas une véritable névralgie, qui n'a pas pour siège le nerf, mais qui consiste en une douleur de nature psychique, et dans laquelle, si j'en juge d'après les faits que j'ai observés jusqu'à présent, le signe en question fait défaut.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1896. — Présidence de M. Hervieux.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. Le nombre des votants étant 66, majorité 34, M. Railliet obtient 55 suffrages, M. Saint-Yves Ménard 8, M. Benjamin 1, M. Kauffmann 1 et 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Railliet est proclamé élu.

PRÉSENTATION

Microphonographe. — M. Laborde présente un appareil imaginé par M. Dussaud (de Genève) et qui n'est autre qu'un microphone de forme spéciale fixé sur la membrane d'une nouvelle espèce de phonographe. Celui-ci est mis en marche par un mouvement d'horlogerie; une pile sèche laisse un courant qui va passer dans un rhéostat, puis dans le microphone spécial et dans un cornet semblable à celui des appareils téléphoniques. Lorsqu'on porte le cornet à l'oreille, on entend les paroles ou les airs répétés par le phonographe avec une intensité que l'on peut régler à volonté au moyen du rhéostat, en faisant varier l'intensité du courant qui circule dans le microphone.

En augmentant progressivement la force du courant, on arrive à des intensités si grandes des paroles ou des airs répétés, que l'oreille ne peut plus les supporter sans de violentes douleurs. C'est alors que M. Dussaud remet le cornet téléphonique à une série de sourds de toute espèce, affectés des genres de surdité les plus différents et aux degrés les plus divers. En réglant convenablement le courant, il arrive dans la plupart des cas à leur faire suivre, avec un peu d'exercice et d'habitude, des mélodies dont ils battent la mesure et qu'ils distinguent très bien les unes des autres.

L'inventeur a été conduit à cette découverte par ses longues études sur l'acoustique. Depuis des années il rêvait d'améliorer le sort de ceux qui sont privés de l'ouïe et cherchait, par une série d'expériences, une méthode rationnelle. Il se convainquit :

1° Que les sons transmis par l'intermédiaire du microphone subissent une transformation importante au point de vue de leurs propriétés et sont plus accessibles aux ouïes faibles, parce qu'ils prennent certains des caractères des bruits;

2° Que le microphone était le seul moyen pratique d'augmenter la puissance des ondes acoustiques, jusqu'au moment où les sens de l'ouïe, même les plus mauvais, pourvu qu'il en existât des vestiges, puissent les percevoir;

3° Qu'en ébranlant un microphone mécaniquement, par l'intermédiaire de la plaque vibrante du phonographe, on aurait une puissance plusieurs milliers de fois supérieure à celle obtenue en envoyant des ondes aériennes sur le microphone;

4° Qu'en disposant la plaque vibrante du cornet téléphonique presque en contact avec l'oreille, on obtenait, par l'intermédiaire du bois du téléphone qui touche l'oreille, une sorte d'ébranlement mécanique par contact, dont le nombre des vibrations varie avec chaque note ou chaque syllabe donnée par le phonographe. — C'est donc, dans certains cas, des chocs se répétant quelques centaines de fois par seconde, en nombre toujours le même à celui des vibrations des notes ou syllabes émises, qui procurent au sourd-muet des sensations variées, correspondant, dans une mesure très relative, il est vrai, à celles que nous nommons des *sons*.

On conçoit aisément que les sourds mis en expérience peuvent suivre la cadence d'une mélodie et la distinguer d'une autre et même montrer une préférence marquée pour telle ou telle mélodie, comme M. Dussaud a eu plusieurs fois l'occasion de le constater.

On peut, par le maniement du rhéostat, juger de l'état de surdité plus ou moins absolu du sujet. L'appareil mesure véritablement la surdité, et, à ce titre déjà, présente une grande utilité dans la médecine, pour constater les améliorations ou les états inverses successifs, dans les diverses

(1) J. Babinski. Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique, *Arch. de neurol.*, n° 43.

périodes d'un traitement, ou aux divers stades de la vie humaine.

COMMUNICATIONS

Traitement chirurgical de la myopie. — M. PANAS fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1461.)

Radiographie. — M. PONCET (de Lyon) présente une série de radiographies obtenues par MM. Destot et Bérard, et représentant les circulations artérielles et veineuses du rein dans divers états pathologiques. Les auteurs ont pu tirer de ces recherches les conclusions suivantes :

1° Pour le rein. La circulation artérielle est lobaire et terminale et permet de distinguer un rein antérieur et un rein postérieur indépendants, sauf toutefois pour l'artère du lobe supérieur qui se divise souvent en deux branches telles, qu'en l'injectant, on injecte toute l'extrémité supérieure du rein.

2° L'artère interpyramidale se divise par dichotomie fausse au niveau de la substance corticale, mais ne s'anastomose pas avec sa collatérale : il n'existe pas de voûtes artérielles.

3° Les artères émettent immédiatement une foule de capillaires se rendant immédiatement aux glomérules sans passer par des intermédiaires multiples. Dans les injections, on voit les capillaires naître directement des artères comme les aiguilles d'une branche de pin ou le givre sur une branche.

4° Les artères de la pyramide viennent des glomérules.

5° Les veines s'anastomosent facilement et l'on peut injecter le rein en totalité par un seul petit vaisseau.

En résumé : l'application des rayons X et du stéréoscope à l'étude de l'angéiologie permet, par une méthode logiquement combinée d'injections métalliques, d'éclaircir les points restés obscurs de la circulation des divers organes.

En ce qui concerne la circulation du rein cette méthode établit, entre autres particularités, que l'opinion de Kölliker et de Hyrtl est fondée, à savoir qu'il n'existe pas de voûtes artérielles et que les artères pyramidales naissent des glomérules.

Lait stérilisé. — M. CHARPENTIER fait un rapport au sujet d'une note de M. Guéneau (de Levallois-Perret) qui demande à l'Académie de médecine si les nourrices devaient continuer à suivre les instructions de l'Académie, qu'on leur remet avec leur livret et où il est dit que le lait doit être tiédi au bain-marie, ou si elles devaient, conformément aux prescriptions du Conseil municipal, recourir au lait stérilisé. M. le rapporteur conclut : 1° qu'à partir d'aujourd'hui l'emploi du lait stérilisé doit se substituer à celui du lait cru ou bouilli dans l'alimentation des enfants du premier âge, et 2° que l'Académie doit revoir ses instructions relatives à l'allaitement artificiel, et imposer aux nourrices surveillées l'usage exclusif du lait stérilisé, en leur donnant aussi clairement que possible les instructions nécessaires pour qu'elles puissent procéder elles-mêmes à la stérilisation du lait qu'elles donnent aux nourrissons dont elles ont la charge et la responsabilité.

Traitement chirurgical de la surdité. — M. GARNAULT décrit le procédé opératoire qu'il propose dans le traitement de la surdité chronique, et qui a été appliqué par lui dans 53 cas. Il consiste à enlever la membrane du tympan, le marteau et l'enclume, à extraire ou à mobiliser l'étrier, suivant les cas, après décollement du conduit membraneux et élargissement du conduit osseux. Il n'a jamais observé de fièvre à la suite de cette opération, les malades reprennent la vie ordinaire au bout de trois à quatre jours. Tous les malades atteints de surdité chronique, chez lesquels la supériorité de la perception cranienne sur la perception aérienne pour le diapason montre l'intégrité de l'appareil percepteur, sont opérables.

Dans tous les cas où la surdité était liée à une otite suppurée, l'opération a donné de très bons résultats au point de vue de l'audition. Dans les otites sèches, 50 p. 100 des malades opérés ont été améliorés, 20 p. 100 ont obtenu une audition très satisfaisante. Plusieurs observations permettent d'espérer que lorsque l'opération sera faite plus précocement, ses résultats seront encore meilleurs. De nombreux sourds-muets pourront vraisemblablement entendre ou réentendre la parole.

Dans tous les cas où les malades présentaient des bourdonnements, ceux-ci ont été améliorés ou ont disparu à la suite de l'opération.

La séance est levée.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1898

(Les Concours seront clos fin février 1898.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX AUBERT. — 500 francs. — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1400 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX CIVRIEUX. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des sarcomes.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX FALRET. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de la blennorragie.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX HUGUIER. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur*

le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX LAENNEC. — 500 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX LOUIS. — 4000 francs. (Triennal.) — Question : *De la sérothérapie.*

PRIX MÈGE. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *De l'asthme des foins.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX NIVET. — 3000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

PRIX ORFILA. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Question : *De la coque du levant et de la picrotoxine. — Thérapeutique et toxicologie.*

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

PRIX POURAT. — 1000 francs. (Annuel.) — Question . *La circulation du sang dans le poumon.*

PRIX HENRI ROGER. — 2500 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TREMBLAY. — 7200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1899

(Les Concours seront clos fin février 1899.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX AMUSSAT. — 1000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6800 francs. (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des modifications du placenta et des membranes de l'œuf retenues dans l'utérus.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du nervosisme.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du lymphadénome.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1456.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1457.

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Desportes, Godard, Th. Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Laborie, Baron Larrey, Meynot, Monbinne, Nativelle, Nivet, Perron, Ricord, Roger, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 28 décembre. — Questions orales posées : Rapports des reins. — Colique néphrétique.

Notes. — MM. Pelisse, 24 + 17 = 41. — Tardif, 22 + 16 = 38. — Deroyer, 22 + 15 = 37. — A. Bernard, 25 + 15 = 40. — Herscher, 23 + 16 = 39. — Renault, 20 + 13 = 33. — Nicaise, 22 + 13 = 35. — Janot, 23 + 16 = 39. — Prat, 23 + 16 = 39. — Morely, 26 + 19 = 45.

— Par décret, en date du 29 décembre 1896, ont été promus dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Strauss et Czernicki.

M. le médecin principal de deuxième classe Fluteau.

MM. les médecins-majors de première classe Achard, Kopf, Manquat et Mignon.

M. Duchateau, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Baudouin, Sudour, Stoupy, Legrain, Choux, Douart, Février, Dziewonski, Pauzat, Moreaud, Briot, de Schuttelaere, Bischoff et Altemaire.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, Baratte, Baret, de Peyret, Beylier, Poirier, Morand et Hürstel.

M. Baudin, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

MM. les docteurs Darrieux (de Saint-Jean-Pied-de-Port) et Riban (de Louvigné-du-Désert).

MM. les médecins de première classe de la marine de Gouyon de Pontouraude, Amouretti, Torel, Plante, Gouran, Geay de Convalette et Daniel.

M. le médecin de deuxième classe de la marine Coppin.

M. Mouton, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, à Lisbonne.

— Par décision ministérielle, en date du 25 décembre 1896, MM. les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de professeur agrégé au Val-de-Grâce et affectés aux chaires d'enseignement ci-après indiquées, savoir : MM. Sieur (anatomie chirurgicale); — Loison (anatomie chirurgicale); — Vincent (législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire).

— Par arrêté ministériel, en date du 17 décembre 1896, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire de deuxième classe des colonies : MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Sauzeau de Puyberneau, Gaudücheau, Le Dantec, Andrieux, Ferris et Chaze.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 décembre 1896, M. Michel, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire de deuxième classe des colonies.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 décembre 1896, un concours s'ouvrira le 29 juillet 1897 devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint des hospices de Beauvais s'est terminé par la nomination de M. le docteur Leblond.

— *École de médecine de Clermont.* — Sont chargés des fonctions de chef des travaux de : 1° physiologie : M. Bardier, chargé de cours; 2° histoire naturelle : M. Bruyant, suppléant; 3° médecine opératoire : M. Maurin, suppléant.

— M. le docteur Flamand est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Montbéliard.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



TABLE DES MATIÈRES

1896

A

B

C

D

E

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

X

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1896

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE